UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Emília Maria Paulina Campos Chayamiti

**Prevalência de úlcera por pressão em pacientes em assistência domiciliar em um
distrito de saúde de Ribeirão Preto**

Ribeirão Preto
2008

Emília Maria Paulina Campos Chayamiti

**Prevalência de úlcera por pressão em pacientes em assistência domiciliar em
um distrito de saúde de Ribeirão Preto**

Dissertação apresentada a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção de título de Mestre, pelo Programa de Enfermagem Fundamental

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

Orientadora: Prof.^a Dr^a Maria Helena Larcher Caliri

Ribeirão Preto

2008

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO OU PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Chayamiti, Emília Maria Paulina Campos

Prevalência de úlcera por pressão em pacientes em assistência domiciliar em um Distrito de Saúde de Ribeirão Preto, 2008.

135 f.: il.; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto / USP.

Orientadora: Caliri, Maria Helena Lacher

1. Úlcera por pressão/ prevenção e controle.
2. Assistência domiciliar
3. Prevalência.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Emília Maria Paulina Campos Chayamiti

Prevalência de úlcera por pressão em pacientes em assistência domiciliar em um distrito de saúde de Ribeirão Preto.

Dissertação apresentada a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção de título de Mestre, pelo Programa de Enfermagem Fundamental, inserida na linha de pesquisa: Fundamentação teórica, metodológica e tecnológica do processo de cuidar em enfermagem.

Aprovada em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof.^a Dr.^a. Maria Helena Larcher Caliri – Presidente/orientadora

Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo

Julgamento: _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura _____

Dedico este trabalho a quem eu amo, minha linda família, que é meu porto seguro e quem me mantém forte em minha caminhada...

A Carlos e Ordália;

Aos meus irmãos;

A Kiyoshi, Inara e Jana.

Agradecimentos

Para a elaboração deste trabalho foi necessária a contribuição de muitas pessoas, a todas elas, agradeço de coração cada contribuição de forma especial:

Às equipes dos Núcleos de Saúde da Família do Distrito Oeste, especificamente às enfermeiras e aos agentes comunitários de saúde;

À Profa. Dra. Ione Carvalho Pinto; pela contribuição na fase inicial do projeto;

Ao Prof. Dr. Laércio Joel Franco, pelas sugestões;

Ao Prof. Dr. Vanderlei José Haas, pela colaboração no preparo do banco de dados;

À Profa. Dra. Miyeko Hayashida, pelo auxílio na elaboração do banco de dados e nas análises estatísticas;

À Profa. Dra. Inês Regina Silva, que contribui na fase final dos resultados;

À Profa. Andréa Mathes Faustino pela atenção e colaboração;

À Bernadete pela contribuição nas referências;

Aos meus amigos e colegas de trabalho da Secretaria Municipal da Saúde; em especial a Luciana Sguilla, Márcia Reis, Malú Mauad, Nazareth, Vera Stocco, Sinval, Ângela, Fátima Bonifácio, Joceli e Cleber que me apoiaram e me incentivaram durante todo o processo.

Às famílias e pacientes, que sempre nos acolhem e ajudam a promover tantos resultados positivos.

Enfim, realizar esse texto me faz lembrar de todas as fases, destes últimos três anos árduos de tarefas, porém de muito aprendizado, crescimento científico e intelectual. E, é claro, que não caberiam aqui (espaço físico) tantos nomes de tantas pessoas... Então, expresso mais uma vez meu eterno agradecimento de todos que contribuíram direta e indiretamente com essa pesquisa.

Agradecimento especial

À Profa. Dra. Maria Helena Larcher Caliri, que me instigou e incentivou nas horas calmas e conturbadas. Sempre amiga e tranqüila soube direcionar minhas ações, contribuindo para o meu crescimento pessoal e profissional.

*“Concedei-me Senhor meu Deus,
Uma inteligência que vos conheça,
Um zelo que vos procure,
Uma ciência que vos encontre...”*

Tomas de Aquino

Apresentação

Minha vida profissional teve início no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP – USP), na Clínica Cirúrgica, de 1987 a 1991, o qual foi, para mim, uma verdadeira e valiosa “escola”. Tive a oportunidade de conhecer um pouco da assistência prestada a pacientes cirúrgicos em cada especialidade, como cirurgia vascular, neurologia, urologia, cardiologia, proctologia, cabeça e pescoço e entre outras. Nessa época, a questão da úlcera por pressão (UPP) já estava presente, porque nessas clínicas existiam os pacientes que ficavam imobilizados no leito e desenvolviam as úlceras, as quais, na época, também eram chamadas de úlceras de decúbito ou escaras. O enfoque centrava-se no tratamento e como enfermeira eu prestava assistência e realizava os curativos com muito interesse e dedicação.

Apesar dos outros papéis assumidos (“inerentes à mulher”), não deixei de buscar atualizações e conhecimentos em saúde, para melhorar as minhas possibilidades e oportunidades no mercado de trabalho.

Ingressei na Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto (SMS-RP) em 1991, onde atuo até o momento. A minha primeira lotação foi em uma pequena Unidade Básica de Saúde (UBS), por um ano. Depois, solicitei transferência para uma Unidade Básica Distrital de Saúde (UBDS) que estava inaugurando com a implantação do Pronto Atendimento (PA). Além do PA, a proposta da direção da SMS - RP era que a UBDS fosse também uma Clínica de Especialidades. Nessa Unidade, trabalhei de 1992 a 2001. Nesse período, por dois anos consecutivos, também colaborei na supervisão de estágios em outras unidades de saúde, para alunos do quarto ano de graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP - USP), pelo Departamento Materno Infantil e Saúde Pública (MISP).

Na atenção primária, as ações eram muito diversas, realizávamos um pouco de cada atividade, como atendimento a crianças, mulheres, adultos e idosos, fazíamos coleta de exames, curativos de feridas crônicas e agudas, participação em campanhas de vacinação, orientação de enfermagem individual e coletiva e visitas domiciliárias. Na ocasião não havia a função de gerência e a enfermeira também, assumia as funções administrativas.

Desempenhando estas atividades, eu também sempre me preocupei com a atenção extramuros, pela possibilidade de conhecer área de abrangência, o contexto social e domiciliar

dos usuários que atendíamos e os recursos locais existentes, como potencial de ajuda na solução dos problemas.

Em 1993, na Divisão de Enfermagem da SMS-RP, começaram as discussões sobre a assistência domiciliária, para a sua sistematização e a necessidade da criação de uma nova forma de abordagem que contemplasse as necessidades de saúde da população.

Quando o Serviço de Assistência Domiciliar (SAD) foi oficializado, em 1996, começamos a ter mais estrutura e apoio nas unidades de saúde no desempenho do cuidado. Inicialmente, priorizávamos os recém-nascidos de risco, e com o passar do tempo, percebíamos a necessidade de ampliar nossa atuação aos pacientes adultos e idosos acamados ou restritos a cadeiras, devido ao aumento da demanda dessa clientela. Nessa época, me ative ainda mais às questões dos cuidados e tratamentos das úlceras, pois observávamos as mais variadas prescrições médicas, com diversidade nas orientações, debilidades nas justificativas científicas para os tratamentos e na continuidade da assistência, entre outras.

Em 1998, havia a proposta da SMS-RP, juntamente com a coordenação do SAD, para implantar o Serviço de Internação Domiciliar; quando participei do processo e fui selecionada. A partir de então, os profissionais da equipe (médicos, enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem) iniciaram a elaboração dos documentos e protocolos para a instalação do serviço, o qual não foi implantado. Porém, alguns dos profissionais continuaram, em grupo, a estudar sobre as temáticas da assistência, direcionando para as feridas crônicas. Eu continuei a participar dos estudos, o qual culminou na elaboração de um manual, de orientação para a equipe, denominado “*Manual de Assistência Integral às Pessoas com Feridas Crônicas*”. Para sua elaboração dispensamos muito tempo de estudos, busca e avaliação da literatura científica, iniciando uma parceria com a Profa. Dra. Maria Helena Larcher Caliri da EERP-USP. Essas atividades possibilitaram a transformação do grupo em Comissão, contribuindo para a implantação do manual na rede municipal de saúde, realização de oficinas pedagógicas para capacitação e atualização das equipes, sistematização da avaliação do paciente e da ferida, padronização de tratamentos, aquisição de coberturas e recursos adequados.

Em 2001, fui convidada a trabalhar na Divisão de Enfermagem da SMS-RP, como assistente da chefia, onde permaneci até janeiro de 2005.

Em agosto de 2004, passei a coordenar o SAD da SMS-RP. Nesta função tenho contato direto com pessoas que necessitam de assistência domiciliária por diversos motivos, seja por doenças ou condições crônicas de saúde. Com a desospitalização, ocorrendo com maior frequência e cada vez mais precocemente, essas pessoas voltam para os seus domicílios

com problemas que demandam cuidados especiais para a manutenção ou melhoria de suas funções vitais e tratamento dos agravos presentes. Conseqüentemente, necessitando da continuidade da assistência no contexto domiciliar, isso me levou, a refletir ainda mais, buscando subsídios para resolver ou minimizar esses problemas dos pacientes acamados com dependência total ou parcial, entre os quais se destaca a UPP.

Em 2005, ao planejar o ingresso na Pós-graduação, tive a oportunidade de propor o desenvolvimento desta pesquisa para investigar a situação atual dos adultos e idosos atendidos no domicílio no que concerne ao risco e a ocorrência da UPP e o manejo do tratamento pelo Serviço de Saúde.

RESUMO

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) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

A ocorrência de úlcera por pressão (UPP) nos pacientes atendidos nos serviços de saúde é um problema significativo tanto para os indivíduos como para os familiares e instituições do mundo todo. Os pacientes com restrição de mobilidade são os que têm maior risco. A assistência domiciliária pode contribuir com o atendimento humanizado na promoção da saúde e prevenção da doença assim como para orientar e acompanhar os cuidadores domiciliares no atendimento das necessidades dos pacientes com condições crônicas que estão sujeitos a complicações como a UPP. Este estudo é do tipo descritivo e quantitativo e teve como objetivos identificar nos pacientes em assistência domiciliária em um Distrito de Saúde, as características sócio-demográficas e clínicas, o escore de risco para a UPP pela escala de Braden; a prevalência de pacientes com UPP; as características da lesão e as medidas utilizadas para prevenção e tratamento. A população foi 47 pacientes, com 76,7% na faixa etária de 60 a 80 anos, 51% do sexo feminino, 42,5% casados, 85% de cor branca; predominância de escolaridade no nível fundamental 1 incompleto; 48,9% recebiam entre 3 a 5 salários mínimos; 91,5% pacientes eram dependentes de cuidadores. As morbidades mais frequentes foram as doenças do sistema circulatório (63,8%) e do sistema nervoso (48,9%). Para 48,9% dos pacientes a restrição da mobilidade ocorreu em decorrência da própria doença. O escore médio da Escala de Braden foi 17, mínimo 10 e máximo 23 e os idosos tinham escores mais baixos. Nove pacientes tinham UPP (prevalência 19,1%). A localização anatômica de maior frequência foi a região do trocânter do fêmur (29,4%) e a região dos calcâneos (23,5%). Quanto a classificação das UPP, o maior percentual (35,3%) encontrado foi no estágio I e 29,4% no estágio IV. Quanto ao tempo da lesão, 58,8% das UPP haviam surgido há 4 meses. Quanto a dimensão, mais de 40% das lesões tinham mais de 8 cm². Em referência às características do leito das feridas, 11 apresentavam mostravam sinais de cicatrização e 6 apresentavam esfacelo ou necrose. Embora 70% da população tivesse risco para UPP a grande maioria não utilizava as medidas básicas para prevenção da UPP. Em relação ao tratamento 29,4% citaram o uso de pomadas com antibióticos, medida desnecessária e contra-indicada; 35,3% citaram o uso de coberturas industrializadas e em 4 úlceras, foram utilizados produtos sem qualquer evidência como hipoglós, óleo de amendoim e talco. Considerando as características de cada paciente que apresentou a UPP como a idade, morbidade referida e escore da Escala de Braden é possível compreender que os fatores agiram sinergicamente para o desenvolvimento da lesão e que as medidas que poderiam diminuir o impacto do excesso de pressão como a redução do tempo em uma mesma posição e o uso de colchão adequado não foram utilizadas com frequência. A articulação entre os níveis de atenção à saúde é fundamental para esta população para possibilitar o atendimento integral e contínuo. A construção de redes de apoio entre a família, comunidade e serviços poderá facilitar a resolução dos problemas encontrados.

Palavras chaves: Úlcera por pressão/prevenção e controle. Assistência domiciliária. Prevalência.

ABSTRACT

CHAYAMITI, E. M. P. C. Pressure ulcer prevalence in home care patients from a health district in the city of Ribeirão Preto. 2008. 135 f. **Thesis (Masters) – Ribeirão Preto college of Nursing at University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.**

The occurrence of pressure ulcers (PU) in patients seen at health services is a significant issue for the individuals as well as for their families and institutions across the world. Patients with restricted mobility are those at the highest risk. Home care should contribute with humanized care in health promotion and disease prevention, as well as with the process of instructing and following home caregivers in their meeting the needs of patients with chronic conditions subject to complications like pressure ulcers. The objectives of this descriptive quantitative study were to identify the sociodemographic and clinical characteristics of home care patients in a health district, as well as their risk score for PU according to the Braden scale; the prevalence of patients with PU; the characteristics of the wound, and the measures used for prevention and treatment. The population consisted of 47 patients, with 76.7% in the age range of 60 to 80 years, 51% were women, 42.5% were married, and 85% were white. Most patients had incomplete fundamental studies, 48.9% received between 3 and 5 minimum salaries, and 91.5% were dependent on their caregivers. The most common morbidities were circulatory system (63.8%) and nervous system (48.9%) diseases. The mobility of 48.9% of patients was restricted due to the disease itself. The average score on the Braden Scale was 17 (minimum 10 and maximum 23), and the elderly had the lowest scores. Nine patients had PU (19.1% prevalence). The most frequent anatomic location was the femur trochanter region (29.4%) and the calcaneus (23.5%). In terms of PU classification, the higher percentage (35.3%) found was in stage I, and 29.4% in stage IV. As for wound time, 58.8% of PU had appeared four months before. In terms of the wounds' dimension, over 40% were bigger than 8 cm². Regarding the characteristics of the wound beds, 11 presented signs of healing, and six presented slough or necrosis. Although 70% of the population were at risk of PU, the majority did not use any basic PU prevention measures. As for treatment, 29.4% stated using ointments with antibiotics, which is unnecessary and contraindicated. Other 35.3% reported using industrialized dressings, and products without any evidence were used on four ulcers, like *hipoglós®*, peanut oil, and talc. The characteristics of each patient with PU, like age, referred morbidity and score on the Braden Scale make clear that the factors act synergistically toward the development of the wound. In addition, this shows that measures that could reduce the impact from the excessive pressure, like reducing the time in the same position and using an appropriate mattress were not frequently used. The articulation between health care levels is essential for this population in order to make integral and continuous health care possible. Constructing support networks between families, the community, and services could facilitate solving the identified problems.

Keywords: Pressure ulcer/prevention and control. Home care. Prevalence.

RESUMEN

CHAYAMITI, E. M. P. C. Prevalencia de úlceras por decúbito en pacientes atendidos en el domicilio de un distrito de salud de Ribeirão Preto. 2008. 135 f. **Disertación (Maestría) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.**

En los servicios de salud, la frecuencia de úlceras por decúbito (UPD) en pacientes atendidos es un importante problema mundial tanto para los propios individuos enfermos como para los familiares e instituciones. Los pacientes con restricciones para moverse son los que presentan mayores riesgos para UPD. La atención domiciliar puede favorecer una atención humanística, promover la salud y prevenir enfermedades, asimismo permite orientar y realizar un seguimiento a cuidadores de pacientes crónicos en domicilio, quienes atienden las necesidades de estos pacientes. Estudio descriptivo y cuantitativo. Objetivos: identificar en pacientes domiciliarios de un Distrito de Salud las características socio-demográficas y clínicas, los puntajes de riesgo para UPD en la escala de Braden, la prevalencia de pacientes con UPD, las características de la lesión y las medidas adoptadas para prevención y tratamiento. Las características de los 47 pacientes fueron: 76,7% entre el grupo etario de 60 a 80 años, 51% del sexo femenino, 42,5% casados, 85% de raza blanca, la mayoría con educación primaria incompleta, 48,9% percibían de 3 a 5 sueldos mínimos y 91,5% eran pacientes dependientes de sus cuidadores. Las morbilidades encontradas con mayor frecuencia fueron las enfermedades de los sistemas circulatorio (63,8%) y nervioso (48,9%). En 48,9% de los pacientes las limitaciones de movimiento fueron debidas a la propia enfermedad. El puntaje promedio según la Escala fue 17, el mínimo de 10 y el máximo 23, asimismo, los ancianos obtuvieron los puntajes más bajos. Nueve pacientes tuvieron UPD (prevalencia 19,1%). La localización anatómica de mayor frecuencia fue la región del trocánter femoral (29,4%) y los calcáneos (23,5%). Respecto a la clasificación para UPD, el mayor porcentaje (35,3%) se ubicó en el estadio I y 29,4% en el estadio IV. Referente al tiempo de la lesión, 58,8% de las UPD aparecieron 4 meses atrás. En cuanto a su dimensión, más del 40% de las lesiones tuvieron más de 8 cm². Respecto a las características del área lesionada, 11 presentaban y mostraban signos de cicatrización y 6 presentaban gangrena o necrosis. A pesar del 70% de la población encontrarse en riesgo de presentar UPD, la mayoría no adoptaba medidas básicas para prevenirlas. Referente al tratamiento 29,4% utilizaron pomadas con antibióticos, medidas innecesarias y contraindicadas, 35,3% protectores industrializados y en 4 úlceras fueron usados productos sin evidencia científica como hipoglos, aceite de maní y talco. Considerando las características de cada paciente, tales como edad, morbilidad y puntaje de la escala se entiende que los factores actuaron sinérgicamente en la aparición de la lesión, asimismo, medidas básicas no fueron frecuentemente adoptadas, considerando que podrían disminuir el impacto por presión excesiva y reducir el tiempo en la misma posición. Sumase a ello, la falta de uso de un colchón adecuado. De esta forma, la articulación entre los niveles de atención de salud es primordial para que esta población obtenga una atención integral y continua. Así mismo, la constitución de redes de apoyo entre la familia, comunidad y los servicios permitirá la solución de los problemas identificados.

Palabras claves: Úlcera por decúbito/prevención y control. Asistencia domiciliaria. Prevalencia.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição de pacientes quanto a idade, considerando os cinco Núcleos de Saúde da Família. Ribeirão Preto, 2007.....	62
Tabela 2 -	Distribuição de pacientes quanto ao sexo e cor da pele, considerando os cinco Núcleos de Saúde da Família. Ribeirão Preto, 2007.	64
Tabela 3 -	Distribuição de pacientes quanto ao nível de escolaridade, naturalidade, profissão e ocupação. Ribeirão Preto, 2007.....	65
Tabela 4 -	Distribuição de pacientes quanto às variáveis: estado civil, com quem reside, renda familiar e cuidador principal. Ribeirão Preto, 2007	68
Tabela 5 -	Distribuição dos pacientes quanto ao estilo de vida no período anterior e no momento do estudo. Ribeirão Preto, 2007.....	70
Tabela 6 -	Distribuição de pacientes, segundo a morbidade referida no momento do estudo. Ribeirão Preto, 2007.....	71
Tabela 7 -	Distribuição dos pacientes quanto ao fator de restrição e o tempo de restrição. Ribeirão Preto, 2007.....	73
Tabela 8 -	Distribuição de pacientes quanto ao uso de medicamentos. Ribeirão Preto, 2007.....	75
Tabela 9 -	Distribuição de pacientes quanto às internações nos últimos 12 meses, motivo e duração da internação. Ribeirão Preto, 2007	77
Tabela 10 -	Distribuição dos pacientes quanto ao seguimento no NSF, o tempo de seguimento e a formação do profissional que realizava a visita domiciliária, segundo a percepção da família. Ribeirão Preto, 2007.....	79
Tabela 11 -	Distribuição de pacientes, por NSF, quanto aos escores de risco para UPP, conforme a Escala de Braden. Ribeirão Preto, 2007.....	81
Tabela 12 -	Distribuição de pacientes quanto à categorização dos escores da Escala de Braden e a faixa etária. Ribeirão Preto, 2007.....	81
Tabela 13 -	Distribuição dos pacientes, por NSF, quanto aos valores da sub-escala - Percepção Sensorial. Ribeirão Preto, 2007.....	82
Tabela 14 -	Distribuição dos pacientes, por NSF, quanto aos valores da sub-escala – Umidade. Ribeirão Preto, 2007.....	82
Tabela 15 -	Distribuição dos pacientes, por NSF, quanto aos valores da sub-escala - Atividade Física. Ribeirão Preto, 2007.....	83
Tabela 16 -	Distribuição dos pacientes, por NSF, quanto aos valores da sub-escala – Mobilidade. Ribeirão Preto, 2007.....	83
Tabela 17 -	Distribuição dos pacientes, por NSF, quanto aos valores da sub-escala – Nutrição. Ribeirão Preto, 2007.....	84
Tabela 18 -	Distribuição dos pacientes, por NSF, quanto aos valores da sub-escala - Fricção e Cisalhamento. Ribeirão Preto, 2007.....	84
Tabela 19 -	Distribuição de pacientes em relação à categorização dos escores da Escala de Braden e a presença de UPP. Ribeirão Preto, 2007.....	85

Tabela 20 -	Distribuição dos sub-escores médios da Escala de Braden e a presença de UPP. Ribeirão Preto, 2007.....	86
Tabela 21 -	Distribuição de pacientes, conforme os intervalos de IMC e UPP. Ribeirão Preto, 2007....	86
Tabela 22 -	Número de pacientes considerando a presença de UPP e a faixa etária, no momento da entrevista. Ribeirão Preto, 2007.....	87
Tabela 23 -	Valores mínimos, máximos, média e desvio padrão da quantidade de UPP dos pacientes considerando o NSF. Ribeirão Preto, 2007 (n=9).....	87
Tabela 24 -	Prevalência de UPP nos pacientes, considerando os NSF e a classificação dos escores de risco (CER), da Escala de Braden. Ribeirão Preto, 2007.....	88
Tabela 25 -	Distribuição das UPP dos pacientes da pesquisa, considerando a localização anatômica e o estágio da UPP, no momento da entrevista, por NSF. Ribeirão Preto, 2007.....	89
Tabela 26 -	Distribuição das UPP quanto às características da lesão: estágio, tempo de lesão, dimensão, quantidade de exsudato, tipo de tecido no leito da ferida. Ribeirão Preto, 2007.	90
Tabela 27 -	Distribuição de pacientes quanto ao uso das medidas para a prevenção e a presença da UPP. Ribeirão Preto, 2007.....	93
Tabela 28 -	Valores mínimos, máximos, média e desvio padrão quanto ao uso das medidas para a prevenção: tempo sentado em cadeira e tempo deitado em decúbito dorsal dos pacientes considerando a presença da UPP. Ribeirão Preto, 2007.....	95
Tabela 29 -	Terapias tópicas utilizadas no tratamento, considerando os estágios das UPP. Ribeirão Preto, 2007.....	96

LISTA DE SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AD	Assistência Domiciliária
AHCRPR	Agency for Health Care Policy and Research
AIS	Ações Integradas de Saúde
AIVD	Atividade Instrumental de Vida Diária
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVD	Atividade de Vida Diária
CAPS - AD	Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CEREST	Centro de Referência Regional de Saúde do Trabalhador
CER	Classificação dos Escores de Risco
CID	Classificação Internacional de Doenças
CF	Constituição Federal
CICC	Cuidados Inovadores para Condições Crônicas
CONEP	Comitê Nacional de Ética em Pesquisa
CSE	Centro de Saúde Escola
DASP	Departamento de Atenção à Saúde das Pessoas
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DP	Desvio Padrão
DRS	Departamento Regional de Saúde
DOU	Diário Oficial da União
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EACS	Equipe de Agentes Comunitários da Saúde
EC	Emenda Constitucional
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
ELA	Esclerose Lateral Amiotrófica
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Equipe Saúde da Família
GM	Gabinete Ministerial

HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HC FMRP	Hospital das Clínicas Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
HSPES	Hospital dos Servidores Públicos do Estado de São Paulo
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
ID	Internação Domiciliar
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILP	Instituição de Longa Permanência
IMC	Índice de Massa Corporal
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
LTME	Lesão Traumática da Medula Espinhal
MISP	Materno Infantil e Saúde Pública
MS	Ministério da Saúde
NADEF	Núcleo de Atenção a Pessoa Deficiente
NGA	Núcleo de Gestão Ambulatorial
NOAS	Normas Operacionais da Assistência a Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
NSF	Núcleo de Saúde da Família
NPUAP	National Pressure Ulcer Advisory Panel
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pronto Atendimento
PAM	Pronto Atendimento Materno
PC	Paralisia Cerebral
PIC	Programa de Integração com a Comunidade
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios
PRODAF	Programa de Saúde dos Deficientes Auditivos e fissurados
PUSH	Pressure Ulcer Scale for Healing
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SAD	Serviço de Assistência Domiciliar
SAS	Secretaria da Assistência a Saúde
S.D	Sem Data
SES	Secretaria do Estado de São Paulo
SMS	Secretaria Municipal da Saúde

SPSS	Statistic Package for Social Sciences
SUDS	Sistema Único Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBDS	Unidade Básica Distrital de Saúde
UPP	Úlcera por Pressão
USF	Unidade de Saúde da Família
USP	Universidade de São Paulo
VD	Visita Domiciliária

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	21
1.1 ASPECTOS CONCEITUAIS E HISTÓRICOS DA ASSISTÊNCIA DOMICILIÁRIA.....	21
1.2 POLÍTICAS PÚBLICAS NA ASSISTÊNCIA DOMICILIÁRIA.....	26
1.3 CARACTERIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	30
1.4 SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR NO MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO PRETO	36
 2 PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO E JUSTIFICATIVA PARA A PESQUISA	 41
 3 OBJETIVOS	 47
 4 METODOLOGIA.....	 49
4.1 TIPO DE ESTUDO	49
4.2 LOCAL DO ESTUDO	49
4.3 ASPECTOS ÉTICOS	54
4.4 PERÍODO DO ESTUDO	55
4.5 POPULAÇÃO	55
4.6 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS DO ESTUDO	55
 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	 61
 6 CONCLUSÕES	 99
 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	 106
 8 REFERÊNCIAS	 110
 APÊNDICES	 119
 ANEXOS	 129

Introdução

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos Conceituais e Históricos da Assistência Domiciliária

Com tantas alterações de distintas naturezas ocorridas a partir do século XX, no mundo todo, tais como: melhores níveis de vida, de educação, condições de moradias, crescimento de renda, aumento de oferta de alimentos, fizeram necessárias as formulações dos sistemas de saúde. Conseqüentemente, os serviços de saúde melhoraram, houve queda das taxas de doenças infecciosas e parasitárias, de mortalidade e, ao mesmo tempo, a manutenção da natalidade alta, com um longo período de crescimento populacional.

Atualmente, em todo o mundo, as taxas de natalidade estão recuando, as expectativas de vida avançando e as populações envelhecendo. Neste último século, as expectativas de vida tiveram um aumento de cerca de 30 a 40 anos em países desenvolvidos. Essa longevidade deve-se, em parte, aos avanços científico e tecnológico, bem como a uma melhora substancial nos parâmetros da saúde pública ao longo dos últimos 100 anos (OMS, 2002).

As tendências epidemiológicas e demográficas indicam que haverá aumentos das condições crônicas em todo o mundo, sendo essas o maior desafio do setor saúde neste século. O progressivo aumento na carga de doenças irá gerar um elevado custo em termos de sofrimento, incapacidade e perda econômica (OMS, 2002).

No relatório mundial sobre as condições crônicas, é proposto um novo modelo ampliado, denominado Cuidados Inovadores para Condições Crônicas (CICC). Esse modelo está inserido em um contexto político mais abrangente que envolve os pacientes e suas famílias, as organizações de saúde e as comunidades. Tem como finalidade alertar, principalmente os tomadores de decisão, com propostas de soluções para o gerenciamento

desse problema. Hoje, o que se nota é que os serviços de saúde não possuem um plano de gerenciamento dessas condições crônicas, simplesmente tratam os sintomas quando aparecem, reforçando a busca pela solução imediata dos problemas, supervalorizando o atendimento na queixa-conduta (OMS, 2002).

É necessário reverter o nosso sistema de saúde, re-desenhar o modelo atual, com bases inovadoras de gestão, práticas eficazes, com enfoque nas ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e recuperação na dimensão individual e coletiva, com os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS). Um dos instrumentos utilizados deve ser a Assistência Domiciliária (AD), que favorece o estabelecimento de vínculo entre a família/paciente e profissional da saúde e facilita o acesso aos serviços de saúde. Porém, verifica-se na literatura que, historicamente, a AD está vinculada ao contexto hospitalar e, apenas recentemente, é que se observa a AD sendo contemplada na atenção primária, no tocante às políticas de saúde.

Em meio a tantas modificações, a AD também vem se transformando. No Brasil, o atendimento domiciliar surgiu como um modelo de atenção à saúde, tendo um rápido e expressivo crescimento.

Os fatores que contribuíram sensivelmente para o avanço do atendimento domiciliário foram o desenvolvimento tecnológico, a escassez de recursos na área da saúde e, principalmente, a alteração demográfica e o aumento da demanda (DUARTE; DIOGO, 2005).

Segundo Vilar (2006), a visita domiciliária (VD) tem muito a contribuir na construção desse novo modelo inovador, que utiliza a ferramenta mais elementar de gerenciamento, que é a informação estruturada e compartilhada, para evitar o desperdício e ter controle eficaz da saúde, preferencialmente realizada no próprio domicílio dos cidadãos.

Para Mazza (1994, p.61),

a visita domiciliária constitui uma atividade de assistência à saúde exercida junto ao indivíduo, à família e à comunidade. Seu objetivo é contribuir para a efetivação das premissas de promoção de saúde definidas pela Organização Mundial de Saúde, e adotadas também, pelo Sistema Único de Saúde no Brasil.

Para que a visita domiciliária atinja seus objetivos, outro fator importante deve ser considerado em relação ao tipo de profissional que a executará. Esse profissional deverá estar bem preparado tecnicamente e a respeito de quem será visitado, do local e dos objetivos da visita. Deverá ser cordial, criativo, gostar do que faz e manter neutralidade que não prejudique sua interação com a família.

A AD segundo Protnow e Samuels (1997 apud DUARTE; DIOGO, 2005) é uma estratégia de atenção à saúde que engloba muito mais que o simples fornecimento de um tratamento médico residencial padronizado, é um método aplicado ao paciente, enfatizando sua autonomia e suas habilidades funcionais dentro de seu ambiente; envolvendo planejamento, coordenação e a oferta de vários serviços.

Augusto e Franco (1980 apud MAZZA, 1994) relataram que, tradicionalmente, a visita domiciliária tem sido considerada uma importante atividade de saúde pública, intimamente ligada à enfermagem. A AD, data do período pré-cristão, podendo ser dividida em dois períodos distintos que foram denominados de pré-científico ou religioso e o científico.

No período pré-científico ou religioso, a visita domiciliária possuía um enfoque assistencialista, caracterizado pela "caridade" e era realizada por várias ordens religiosas existentes. No segundo período, por volta de 1500, ainda sob grande influência religiosa, a assistência domiciliária assume um caráter mais metódico.

O início do chamado período científico foi marcado por uma sistematização dos procedimentos da visita domiciliária, ocorrido por volta de 1850. Esse processo passa a ser cada vez mais elaborado, difundindo-se simultaneamente na Europa e nos Estados Unidos.

Nos Estados Unidos, mais especificamente em Nova York, a visita domiciliária teve início aproximadamente em 1900, sendo criada a Instituição "Visiting Nurses Association", que logo se estendeu para outros estados do país. No início, esse trabalho era para atender a grupo materno-infantil e a pacientes acometidos por tuberculose. Posteriormente, a visita

domiciliária foi ampliada, incorporando outros tipos de serviço de enfermagem, situação esta que se manteve até décadas recentes (AUGUSTO; FRANCO, 1980 apud MAZZA, 1994).

Nos Estados Unidos, na era pós-guerra, várias enfermeiras começaram a atender e cuidar dos pacientes em casa. Apenas na década de 1960 é que este movimento tomou mais vulto e a idéia da “desospitalização precoce” começou a ser levada a sério. Os hospitais estavam lotados, os leitos não eram suficientes e existiam longas filas de internação hospitalar. Além disso, a situação era agravada pelo aumento da população, dos doentes de guerras e dos idosos, que precisavam, cada vez mais, de cuidados médicos e de enfermagem. Assim, havia a urgência de novos hospitais (FALCÃO, 1999).

Nesta época, surgiram as “Nursing Home”, que existem até hoje. São instituições que realizam o atendimento direcionado ao idoso dependente e ao doente crônico terminal. No entanto, a demanda para atender outros tipos de pacientes, com diversas patologias era grande (FALCÃO, 1999).

Com o avanço da assistência no domicílio, houve um salto de eficiência, promovendo-se uma recuperação precoce do paciente, e também uma redução nos custos que variavam entre 20% a 70% mais barato do que os cobrados pelos Hospitais. Posteriormente, os planos de saúde começaram a se interessar por esta modalidade de atendimento, pensando na redução dos custos da assistência, no contexto americano, o “*home care*” se tornou uma alternativa realista e definitiva (FALCÃO, 1999).

No Canadá, os serviços de Assistência Domiciliária funcionam desde a década de 1960, orientados para a alta precoce de pacientes cirúrgicos (REHEM; TRAD, 2005).

No Brasil, com os problemas advindos das epidemias, na década de 20, foi necessário repensar a assistência à saúde, preconizando-se à assistência de Saúde Pública como meio de controlar e combater os males (MAZZA, 1994).

O modelo médico sanitário foi importado dos Estados Unidos e tinha como pressupostos a valorização das ações e medidas sobre o meio ambiente externo, como foco de doenças. O enfoque passa, então, dessa consideração para a do indivíduo como, também, envolvido no processo saúde/doença. Nessa época, a atenção à saúde da população brasileira era dada predominantemente a nível hospitalar e o Estado, respaldado pelas práticas sanitárias científicas, penetrava em todos os espaços sociais – fábricas, habitações, escolas – impondo medidas higiênicas, onde as condições de salubridade existentes pudessem constituir entraves e ameaças ao desenvolvimento da produção (MAZZA, 1994).

Nas décadas de 1940 a 1960, havia visitadoras vinculadas aos centros de saúde, com função de prestar assistência domiciliária. No entanto, essa assistência era voltada apenas para gestantes, crianças e portadores de doenças transmissíveis, com o objetivo do tratamento da tuberculose, hanseníase, tracoma e a diminuição da mortalidade infantil. Nesses programas, a visita domiciliária restringia-se apenas ao doente. Em todo o país, nesse período, foram sendo criados os dispensários, centros de saúde e outros serviços. Em meio a outras atividades, havia a preocupação com promoção, prevenção de doenças, monitoramento de grupos de riscos e vigilância sanitária, destacando as visitas domiciliárias à puérperas e recém-nascidos.

A implantação da assistência domiciliária, como atividade planejada no Brasil, teve início no setor público, no Hospital dos Servidores Públicos do Estado de São Paulo (HSPE), em 1963. Porém, posteriormente, sua expansão tem ocorrido muito mais no setor privado (REHEM; TRAD, 2005).

Atualmente, com todas as modificações ocorridas, após muitos avanços e com progresso da saúde pública ainda temos desafios, como a implementação das políticas pública e a “continuação” da reforma do Sistema Único de Saúde (SUS), para torná-lo eficiente e equitativo, modificando o sistema de saúde que hoje é organizado para atender os casos agudos, e não atende as necessidades das comunidades.

A assistência domiciliária ressurge para responder a uma necessidade real de agravos da saúde, ou seja, condições crônicas, principalmente quando o usuário apresenta dificuldade para locomoção até o serviço. Um dos objetivos da assistência domiciliária é o conhecimento por parte dos profissionais de saúde das condições de vida dos pacientes, em termos econômicos, sociais e familiares e da comunidade. Sendo importante que a equipe seja referência para esta comunidade, para que se estabeleça vínculo de co-responsabilidade (usuário/equipe/profissional), para que possa conhecer e ser conhecido podendo acompanhar de perto em detalhe a evolução da saúde das famílias atendidas.

Como é sabido, o cuidado no domicílio diminui os custos gerados pela longa permanência hospitalar, diminui a demanda para os serviços de emergências por questões não emergenciais e propícias também ação educativa para desenvolver mudanças no comportamento e no estilo de vida.

Para Vaz (1994), cuidar da saúde do cidadão, em sua própria residência, aumenta a capacidade de atendimento da rede pública e humaniza o tratamento.

1.2 Políticas Públicas na Assistência Domiciliária (AD)

No panorama da AD, existem legislações importantes pertinentes ao tema. Em 23 de março de 1998, o Ministro de Estado da Saúde, estabeleceu, através da portaria 2416, os requisitos para credenciamento de hospitais e critérios para realização de internação domiciliária (ID) no âmbito do SUS, considerando que a ID proporciona à humanização, acompanhamento dos pacientes crônicos e dependentes do hospital, a adequada desospitalização, favorece maior contato do paciente com a família e sua recuperação, diminuindo o risco de infecções hospitalares (BRASIL, 1998).

A Lei 10424/02 complementou a Lei 8080/90, que é a Lei Orgânica da Saúde (LOS), que passa a vigorar acrescida do Capítulo VI e do art. 19-I; Do subsistema de atendimento e internação domiciliar. Estabelecendo no âmbito do SUS, o atendimento domiciliar e a internação domiciliária. Incluindo, principalmente, os procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social, entre outros necessários ao cuidado integral dos pacientes em seu domicílio (BRASIL, 2002).

Em 16 de abril de 2002, foi publicada no Diário Oficial da União (DOU) a portaria da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) / Ministério da Saúde nº. 249, estabelecendo a Assistência Domiciliar como uma modalidade assistencial a ser desenvolvida pelo Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso. Essa assistência deve ser de forma integral e integrada aos pacientes idosos, nas diversas modalidades, incluindo a AD. No entanto, esta regulamentação também vincula a Assistência Domiciliária à área hospitalar. O artigo 2º desta portaria estabelece que as Secretarias Estaduais de Saúde adotem as providências necessárias à articulação dos Centros de Referência Cadastrados com a Rede de Atenção Básica e o Programa de Saúde da Família (BRASIL, 2002).

Esta é a primeira iniciativa de aproximação entre a área de assistência de média e alta complexidade e a atenção básica em relação à assistência domiciliária.

A Consulta Pública 81/2003, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) dispõe sobre o Regulamento Técnico para o funcionamento dos Serviços de Assistência Domiciliária nas modalidades de Atendimento e Internação Domiciliar, considerando a normatização dos requisitos mínimos para essa assistência, desde o momento de sua indicação e por todo período de atenção no domicílio. Permitindo assim, a redução da permanência hospitalar, reinternações freqüentes e risco de infecção, oferecendo maior possibilidade de conforto, proximidade com familiares, atenção da equipe multidisciplinar e infra-estrutura específica, de acordo com a necessidade de cada paciente; considerando também a

necessidade de disponibilizar informações técnicas aos serviços de saúde, assim como aos órgãos de vigilância sanitária, sobre as técnicas adequadas de gerenciamento da assistência. Para efeito deste Regulamento Técnico são adotadas as seguintes definições:

Assistência Domiciliar: Termo genérico que representa diversas modalidades de atenção à saúde desenvolvidas no domicílio, entre elas o Atendimento e a Internação Domiciliar.

Atenção Domiciliar: termo que envolve ações de promoção à saúde, prevenção de doenças e complicações, abrangendo a assistência e reabilitação, desenvolvidas no domicílio.

Atendimento Domiciliar: conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas por meio de ações preventivas ou assistenciais com participação de equipe multiprofissional.

Internação Domiciliar: atividades caracterizadas pela atenção em tempo integral em casos mais complexos, com necessidade de tecnologia especializada de recursos humanos, equipamentos, materiais, medicamentos, atendimento de urgência/emergência e transporte. Prevê visitas programadas da equipe multidisciplinar (BRASIL, 2003).

Na Resolução da Diretoria Colegiada - RDC Nº 11, de 26 de janeiro de 2006, que dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar, com objetivo de estabelecer os requisitos de funcionamento para os Serviços de Atenção Domiciliar. Adota outras definições, a seguir:

Atenção domiciliar: termo genérico que envolve ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação desenvolvidas em domicílio.

Assistência domiciliar: conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas desenvolvidas em domicílio.

Cuidador: pessoa com ou sem vínculo familiar capacitada para auxiliar o paciente em suas necessidades e atividades da vida cotidiana.

Internação Domiciliar: conjunto de atividades prestadas no domicílio, caracterizadas pela atenção em tempo integral ao paciente com quadro clínico mais complexo e com necessidade de tecnologia especializada (BRASIL, 2006).

A Internação Domiciliar (ID) deve ser uma modalidade assistencial inserida nos sistemas locais de saúde do SUS. Assim, integra as ações da rede básica, urgência e emergência e área hospitalar.

Numa abordagem do espaço-território, pressupondo o domicílio como local de atuação, referencia-se à territorialidade da rede básica, podendo transcendê-la. A equipe de internação domiciliar pode ser acionada pelo hospital de referência, pela rede básica, pela central de regulação e pelos serviços de urgência e emergência. As modalidades de atenção domiciliária compreendem ações de promoção, prevenção e reabilitação. Ocorrem no domicílio e compreende os níveis de cuidados de atenção primária, secundária e terciária. No caso específico da internação domiciliária, esta deve atingir o conjunto de usuários possível, que possa beneficiar-se de cuidados no domicílio, que não possua autonomia para deslocar-se e que possa ser desospitalizado sem risco (BRASIL, 2006).

Uma última portaria, sobre a atenção domiciliária é a Portaria 2529, de 19 de outubro de 2006, que institui a internação domiciliária no âmbito do SUS, menciona que a assistência domiciliária pode ser desenvolvida por profissionais da atenção básica e/ou da atenção especializada. Esta portaria amplia no âmbito do SUS a definição da Internação Domiciliar como: Conjunto de atividades prestadas no domicílio a pessoas clinicamente estáveis que exijam intensidade de cuidados acima das modalidades ambulatoriais, mas que possam ser mantidas em casa, por equipe exclusiva. A composição das equipes multiprofissionais de ID, compostas, no mínimo, por médico, enfermeiro e técnico ou auxiliar de enfermagem; e equipes matriciais de apoio, podendo ser compartilhadas por várias equipes ou serviços de internação domiciliar, ou mesmo com a rede de serviços de saúde, composta por outros

profissionais de nível superior, levando em consideração o perfil da atenção a ser prestada e os protocolos firmados em âmbito local (BRASIL, 2006).

Estabelece como prioridade os seguintes grupos populacionais: idoso; pessoas com doenças crônico-degenerativas agudizadas; pessoas com patologias que necessitem de cuidados paliativos; e pessoas com incapacidade funcional, provisória ou permanente (BRASIL, 2006).

Rehem e Trad (2005) encontraram na literatura científica uma variedade de termos para designar o cuidado no domicílio: assistência domiciliária (predominante), atenção domiciliária, internação domiciliária, hospitalização domiciliária e “home care”. Para Bellido (1998 apud REHEM; TRAD, 2005), esta polissemia deriva das dificuldades históricas de expressar claramente as características dessa modalidade assistencial, diferenciando-a das outras formas de assistência.

1.3 Caracterização do Sistema Único de Saúde

No Brasil, as políticas públicas se orientam pela a Constituição Federal (CF) de 1988, que estabeleceu o Sistema Único de Saúde no território nacional, regido pelos princípios de universalidade e equidade no acesso a ações e serviços e pelas diretrizes de descentralização da gestão, integralidade do atendimento e participação da comunidade na organização do sistema de saúde. Esse último refere-se à participação popular na definição das políticas sociais e também propicia maior visibilidade à gestão. A CF redefine o conceito saúde, novas dimensões são incorporadas reconhecendo a saúde como direito a ser assegurado pelo Estado (LUCCHESE, 2002).

A nova concepção do sistema de saúde modificou as relações de poder político e de responsabilidade entre o Estado e a sociedade. Tendo os gestores de saúde local papel fundamental para concretizar a Reforma Sanitária Brasileira.

O processo de construção da proposta do SUS começou a partir do movimento da reforma sanitária, em meados da década de 70, com a participação de vários seguimentos, como profissionais de saúde, acadêmicos, lideranças sindicais e populares, partidos políticos e outros. As duas políticas, anteriores ao SUS mais relevantes, foram as Ações Integradas de Saúde (AIS), no período de 1981 a 1984 e o Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS), vigente no período de 1987 a 1989. Outro marco importante anterior ao SUS no processo de construção da política foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que ampliou o conceito de saúde para além do biológico (LUCCHESE, 2002).

A política de saúde definida na Carta Constitucional de 1988 e regulamentada na Lei Orgânica da Saúde - LOS 8080/1990 avançou para uma noção ampliada de saúde considerando fatores determinantes e condicionantes da saúde, entre outros a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (LUCCHESE, 2002).

A regulamentação do SUS se dá nos artigos 196 a 200 da CF de 1988, estabelecendo seus princípios, diretrizes e competências; nas leis 8080 e 8142 de 1990, que trazem mais detalhes, e delimitam as atribuições da direção do SUS em cada esfera de governo, nacional, estadual e municipal. A lei 8142, que surgiu para complementar a LOS 8080, discorre sobre o papel da participação da comunidade e gestão do SUS e sobre as transferências inter-governamentais de recursos financeiros na área da saúde (LUCCHESE, 2002).

Os instrumentos de sustentação da política de saúde, de modo geral, são a CF de 1988, a Lei Orgânica da Saúde - LOS 8080/90, a Lei Complementar da Saúde - Lei

8142/1990 e a Emenda Constitucional - EC 29 de 2000. Essa emenda definiu a participação das esferas federal, estadual e municipal no financiamento das ações e serviços de saúde. Todos os entes da federação são obrigados a vincular parte de suas receitas a ações e serviços de saúde.

Em termos normativos, têm-se as Normas Operacionais Básicas da Saúde (NOB - 1991, 1992, 1993 e 1996), que são portarias do Ministério da Saúde, que regulamentam as atribuições de cada governo e os critérios e mecanismos de transferências de recurso federal de custeio de assistência para estados e municípios e as Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS - 2001 e 2002). As normas exercem papel de orientação do processo de descentralização, explicitando a competência e responsabilidade de cada esfera de governo, com ênfase na regionalização e o aumento da equidade, buscando a organização de serviços de saúde que envolvam todos os níveis de atenção. Para a NOAS é fundamental considerar a definição do papel da Secretaria Estadual da Saúde (SES) e de cada Secretaria Municipal da Saúde (SMS); as noções de territorialidade na identificação de prioridades de intervenção e de organização de redes de assistência regionalizadas e resolutivas; as capacidades técnica-operacionais necessárias das ações de alocação de recursos, programação físico-financeira, regulação do acesso, contratação de prestadores de serviço e controle e avaliação.

O campo de assistência à saúde encerra um conjunto de ações levadas a efeito pelo SUS, em todos os níveis de governo, para o atendimento das demandas pessoais, individuais e coletivas e que é prestada no âmbito ambulatorial e hospitalar bem como em outros espaços, especialmente no domiciliar.

Lucchese (2002) ressalta que a construção de um Sistema Único de Saúde, universal, integral e igualitário visou romper com a lógica de proteção social e adotar a importância da saúde como um bem público e universal, independente de contribuição, etnia, sexo, classe social ou de qualquer outro tipo de discriminação.

O SUS tem quase duas décadas de existência, muitos avanços ocorreram, todavia, sempre com muitos desafios, como a implantação na totalidade e a busca constante para alcançar seus objetivos que são tão complexos. Esses objetivos estão relacionados aos fatores condicionantes e determinantes da saúde; às ações para reduzir riscos de doenças e agravos; às condições ao acesso universal e igualitário as ações e aos serviços para a promoção, proteção e recuperação; à assistência às pessoas através de ações assistenciais e preventivas.

Com o princípio da descentralização, os gestores do SUS são os representantes de cada esfera de governo, significando que a direção é única no nível nacional, estadual e municipal.

Para Rocha (s.d.), um importante papel foi exercido pelas Normas Operacionais Básicas de 1993 e de 1996, na implementação do SUS. A NOB - 96 tinha o objetivo geral de promover e consolidar o pleno exercício, do poder público municipal, da função de gestor na atenção à saúde de seus habitantes com a responsabilidade de cada esfera de governo. Ainda para o mesmo autor, o que havia no Brasil eram serviços de saúde e não propriamente sistema de saúde, pois, não havia comando único, os serviços públicos de saúde estavam dispersos em estabelecimentos com vínculos diversos com filiações múltiplas, conseqüentemente o financiamento era de diversas fontes (ROCHA, s.d.).

A gestão e implantação do SUS é um processo muito dinâmico e complexo, até pela diversidade e imensa extensão do país, havendo a necessidade de redefinição constante. Para suplantar estas dificuldades, ocorreu a divulgação do “Pacto pela Saúde 2006”, Portaria Nº 399/GM de fevereiro de 2006, que possui três eixos fundamentais: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão do SUS. Neste último, fica clara a responsabilidade de cada instância gestora do SUS, fortalecendo a gestão compartilhada e solidária do SUS, com ênfase para o sistema de financiamento público tripartite. Em seguida, foi promulgada a Portaria 699/GM, de 30 de março de 2006, que Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão (BRASIL, 2006).

Egry e Fonseca (2000), afirmam que o papel das instituições públicas como as de saúde, é buscar a equidade ou diminuição das desigualdades, privilegiando o acesso das famílias, especialmente das classes menos favorecidas, às formas qualitativamente mais elevadas de vida e trabalho. Portanto, ao constituir um setor dentro de um serviço público, deve se privilegiar a população com maiores riscos sociais de adoecer e morrer e com menores potencialidades para o enfrentamento de tais riscos.

Nos últimos anos, em Ribeirão Preto, houve uma preocupação, por parte dos gestores e profissionais de saúde em implementar a assistência, uma vez que, na última década, o atendimento programático sofreu transformação, acompanhando a reforma sanitária, incorporando os princípios do SUS que norteiam os programas de saúde estabelecidos pelo Ministério da Saúde. A equipe de saúde, principalmente da atenção básica tem como função cuidar das pessoas, dos grupos, das famílias e comunidades, de modo que eles consigam e mantenham um “estado de saúde”. Para tanto, é necessário que esses trabalhadores apropriem-se da responsabilidade e compromisso com uma base de conhecimentos teóricos que se fundamente em pesquisa. Não é suficiente que a tomada de decisões seja embasada na intuição, no hábito ou nas tradições. Além das preocupações com a gestão e o financiamento do sistema, é fundamental Investir em recursos humanos (RIBEIRÃO PRETO, 2004).

No âmbito local, a Secretaria Municipal da Saúde também está trabalhando na reorientação do modelo assistencial biomédico para um modelo que contemple uma atenção integral do indivíduo, tendo por base a saúde coletiva (RIBEIRÃO PRETO, 2005). Para o alcance do fortalecimento da atenção primária, se faz necessário à estruturação da rede de serviços, a humanização das práticas de saúde e de gestão, capacitação permanente e qualificação no sentido de prover cuidados contínuos para as pessoas com doenças crônicas e às pessoas com necessidades especiais. Sabe-se que 80% dos problemas identificados podem ser resolvidos na atenção primária.

Dentro da atenção primária, a Estratégia Saúde da Família (ESF) e a AD devem ser consideradas como eixos principais no âmbito do SUS, para reorganização do modelo assistencial, tendo como princípios a família como foco de abordagem, território definido, clientela adscrita, trabalho interdisciplinar, co-responsabilização integral, resolutividade, intersetorialidade e estímulo à participação coletiva. Para a tão desejada mudança de paradigma, a prioridade deve estar orientada para o cidadão e sua autonomia, para a família e a comunidade.

No Plano de Saúde do município de Ribeirão Preto, ressalta diretrizes propostas para reorganização do sistema de atenção à saúde e o modo de produção do trabalho nas unidades de saúde, através da ampliação da Estratégia da Saúde da Família (ESF) e do Serviço de Assistência Domiciliar (SAD). Para reorganização da atenção básica deve-se considerar a família como foco de atuação na política de saúde, considerando-a como protagonista do processo assistencial de saúde e o domicílio como espaço social e histórico. Para tal, há necessidade de um sistema eficaz de referência e contra-referência entre os níveis de atenção e também, uma interface com outros setores sociais na solução dos problemas identificados, na busca de assistência eficiente e de qualidade de vida, aproximando, portanto, dos princípios da Reforma Sanitária.

Na perspectiva de estabelecer as ações a serem desenvolvidas pelo SAD, a SMS-RP, adotou conceituação que distingue visita domiciliar, assistência domiciliar e internação domiciliar, (PEREIRA et al; 2004 apud RIBEIRÃO PRETO, 2007), descritas a seguir:

Visita domiciliária (VD) é tomada como um importante instrumento, entre outros, para operacionalizar parte de um programa de saúde ou parte de uma política de assistência à saúde presente em uma sociedade, num dado momento histórico.

Neste sentido, a VD é utilizada para realizar inquéritos, cadastramentos, controle de usuários faltosos, controle de focos epidêmicos, em resumo ações pontuais e focalizadas. Em geral essas ações, são realizadas por um agente de saúde treinado.

Assistência Domiciliária (AD) está destinada àqueles pacientes crônicos, ou àqueles incluídos em algum tipo de programa, que, devido suas precárias condições de saúde, requerem assistência no domicílio. No entanto, não está previsto cuidados e tratamentos de densidade tecnológica, assim, havendo a necessidade de equipamentos de uso hospitalar, recomenda-se na AD uma equipe multidisciplinar, com atuação interdisciplinar.

Na AD os trabalhadores não permanecem no domicílio após realizarem os cuidados, o que implica, necessariamente, a presença do cuidador. Em Ribeirão Preto, o Serviço Público ainda não conta com a modalidade internação domiciliária.

1.4 Serviço de Assistência Domiciliar no Município de Ribeirão Preto

A elaboração do Serviço de Assistência Domiciliar (SAD) surgiu devido à necessidade de sistematizar a AD em Ribeirão Preto. Existia uma demanda crescente para esta modalidade de atenção, resultante da reestruturação do Sistema de Saúde, da mudança do perfil demográfico e epidemiológico da população.

Para Pereira (2001 , p. 44),

a SMS/RP, a partir de 1993, iniciou um processo de discussão acerca do modelo de assistência dentro dos preceitos e diretrizes do SUS, objetivando definir prioridades para a saúde do município e estabelecer estratégias de ação, implantação e implementação de ações de saúde específicas junto às unidades municipais de saúde”. Uma proposta que emergiu foi o Projeto de Assistência Domiciliar – SAD. Para a autora “a elaboração do SAD foi fruto de um processo de reflexão, em que se discutiu as práticas e as necessidades emergentes na atenção à saúde, tomando por referência o momento político sanitário em que encontrava o país e município.

A partir da oficialização do SAD, em fevereiro de 1996, os enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde (UBS) efetuam visitas domiciliárias semanais, com vistas à assistência ao caso índice e familiares, promovendo o autocuidado em saúde, sua execução é pela equipe de enfermagem.

Os principais propósitos do SAD são: Promover a prestação de assistência integral à saúde da comunidade, a partir do atendimento de um caso-índice¹ (inscrito na Unidade de Saúde), abrangendo a unidade familiar; incentivar o desenvolvimento da responsabilidade da família/cuidador com relação ao auto-cuidado em saúde e estabelecer mecanismos de integração entre a rede de serviços de saúde e a família. Orientar família/ cuidador quanto aos cuidados diários (preparar a família para a assistência da pessoa acometida, nos cuidados e na prevenção de uma evolução indesejável, como na UPP, diminuindo o nível de estresse).

O SAD prioriza os seguintes grupos: pessoas com dependência total ou parcial (agravos que impeçam a plena autonomia para locomoção e o auto-cuidado); pessoas necessitando de cuidados especiais de enfermagem que possam ser desenvolvidos em nível domiciliar; pessoas com doenças transmissíveis, necessitando de cuidados específicos e educação em saúde e pessoas consideradas (pelos diversos profissionais das unidades de saúde, profissionais dos programas da SMS, bem como instituições da comunidade e população), em iminência de risco ou agravo à saúde (RIBEIRÃO PRETO, s.d.).

Vários são os estudos científicos, que demonstraram as vantagens da assistência domiciliária. Pereira et al. (2004) encontraram, em revisão da literatura, que a adoção da opção pela assistência nos domicílios favorece o aumento de vagas nos hospitais, a redução dos riscos de infecção hospitalar, a humanização do atendimento e a redução dos custos. Destaca-se ainda que a implantação de serviços dessa natureza possa promover uma maior integração e colaboração entre os serviços hospitalares e extra-hospitalares e uma assistência contínua e integral.

Paz e Santos (2003) relataram que vários são os fatores que justificam a implantação e implementação de programas de cuidado domiciliar. Esses estão relacionados ao sistema de

¹ Caso Índice: Caso Índice no SAD é considerado a situação problema que dispara o processo de atendimento, no domicílio, podendo ser um paciente acamado que necessite de suporte para o auto cuidado ou preparo de um cuidador, paciente faltoso de algum programa de saúde, situação que demande orientação específica, ou qualquer outra situação considerada de ação prioritária para segmento pelos serviços de saúde ou usuários destes serviços, respeitando o protocolo do SAD.

saúde vigente, ao paciente e a sua família, bem como a formação profissional na área da saúde.

Em relação ao sistema de saúde, a realização do cuidado domiciliar reduz os custos gerados pela longa permanência hospitalar, minimiza a hipertrofia nos serviços de emergências por demandas não emergenciais, o que evita a sobrecarga da equipe e da instituição. No que diz respeito ao paciente observa-se a melhora clínica e de qualidade de vida, evitando também infecções hospitalares. No caso dos profissionais, o cuidado domiciliar propicia uma formação acadêmica qualificada, a fim de atender as questões desse tipo de atendimento.

Acredita-se que, em Ribeirão Preto, na última década, esse aumento da demanda de pacientes pela assistência domiciliária foi gerado principalmente pelo aumento de vítimas das causas externas, tais como acidentes de trânsito e a violência urbana, aumento das complicações das doenças crônicas (diabetes e acidente vascular cerebral - AVC). Outras causas são: a reorganização do Sistema Único de Saúde, a significativa melhora do atendimento pré-hospitalar que contribui para o aumento da sobrevivência das pessoas, muitas vezes com seqüelas; o empobrecimento da população; o desemprego; e a crescente procura pelos serviços públicos de saúde de um modo geral. Outro fator relevante é o crescimento da população idosa (CHAYAMITI et al., 2007).

Nessa mesma década, significativamente, a demanda de pacientes com feridas crônicas começou a crescer, tanto no SAD quanto nas salas de curativos das Unidades de Saúde, juntamente a outras demandas que envolviam procedimentos de relativa complexidade, principalmente as dos pacientes egressos de hospitais, sendo necessária à elaboração de protocolos de atenção domiciliária.

Para Rabeh e Caliri (2003), protocolos de assistência são ferramentas para implementação das evidências e são construídos pelos profissionais a partir das

recomendações das diretrizes, considerando os recursos e o orçamento disponível pela instituição.

Pereira et al. (2004), relataram também o aumento de atendimento nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) a pessoas com patologias e cuidados mais complexos, havia uma transferência do local da assistência a estes pacientes, do hospital para as unidades de saúde e domicílios; uma tendência observada mundialmente.

Embora, o SAD tenha 12 anos de existência, o serviço enfrenta permanentes desafios, sendo que consideramos como principais a parceria com a família, aprender trabalhar em conjunto com a comunidade, construir a rede de apoio social, apoiar às equipes de saúde, ter retaguarda efetiva dos demais serviços e integração nos diversos níveis de atenção a saúde.

*Problema de investigação
e justificativa para a pesquisa*

2 PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO E JUSTIFICATIVA PARA A PESQUISA

A ocorrência de úlcera por pressão (UPP), nos pacientes atendidos nos serviços de saúde, é um problema significativo para as instituições, usuários e familiares do mundo todo.

A UPP causa impacto na morbidade e mortalidade dos pacientes, na qualidade de vida da pessoa e da família e no consumo de recursos muitas vezes escassos, sendo a prevenção uma prioridade (CALIRI, 2002). A UPP pode ser prevenida com a educação para prevenções, direcionada aos profissionais, pacientes e familiares à adoção de medidas adequadas (BERGSTROM et al., 1994).

Em diversos países, a presença da UPP tem sido considerada um indicador negativo de qualidade. Os resultados de pesquisas têm sido implementados na prática, por meio dos programas de melhoria de qualidade, visando à diminuição de sua ocorrência. Para contribuir com a redução da UPP, além de investimentos na construção e atualização das diretrizes para a prevenção, as Associações de Classe da Enfermagem têm construído e divulgado ferramentas para gerenciamento do problema, utilizando uma visão sistêmica. Para mudar um resultado (indicador) em uma instituição, é preciso avaliar a estrutura e processos e modificá-los quando necessário. Esta visão modifica o enfoque que era dado antigamente, em que a presença da UPP representava a falta de cuidado adequado pela enfermagem, passando a focalizar os processos e estrutura do serviço como causas dessa ineficiência (LOGAN et al., 1999; RYCROFT-MALONE; MCINESS, 2000).

Logan et al. (1999) propõem que a avaliação inicial da situação deve incluir a investigação do ambiente onde a prática ocorre, o conhecimento, as atitudes e habilidades dos enfermeiros e a forma como as evidências estão sendo disseminadas e utilizadas. Recomendam, ainda, que a implementação das evidências, a partir do diagnóstico inicial da situação, deve ser feita através de um plano construído pelos profissionais envolvidos com o

problema, de forma que as mudanças considerem as limitações institucionais e os potenciais dos membros do sistema social.

A educação da equipe de saúde, principalmente de enfermagem, talvez seja o mais importante fator para a mudança de comportamento na prática com avaliação diária da pele e os fatores de riscos para desenvolver UPP (BERGSTROM et al; 1994).

A UPP é definida como uma área localizada de morte celular, desenvolvida quando um tecido mole é comprimido entre uma proeminência óssea e uma superfície dura, por um período prolongado de tempo (BERGSTROM et al; 1994). É classificada em quatro estágios que refletem a profundidade da lesão tecidual. A descrição desta classificação é importante para permitir a documentação e a comunicação entre os profissionais dos resultados da avaliação das condições da pele e nortear a decisão para o tratamento (CUDDIGAN; FRANTZ, 1998).

A prevenção requer uma abordagem sistemática, que se inicia com a avaliação do paciente admitido em um serviço, considerando os riscos presentes e prosseguindo com a adoção de medidas preventivas apropriadas, envolvendo toda a equipe de saúde. Para isto, os enfermeiros enquanto coordenadores da equipe de enfermagem, precisam ter conhecimentos e habilidades para cuidar de forma eficiente e segura, já que são responsáveis pelos resultados de suas ações (BERGSTROM et al., 1994; BROOTEN; NAYLOR, 1995). Entretanto, como a causa da úlcera é multifatorial, os outros profissionais de saúde também precisam embasar suas ações em conhecimento científico para que haja êxito nas intervenções (MAKLEBUST; SIEGGREEN, 1996).

A necessidade de conhecimento científico para a prevenção da UPP é destacada por vários autores, no sentido da busca da qualidade de assistência, pois, é uma área com práticas freqüentemente baseadas em mitos, tradições e conhecimento comum (WALSH; FORD, 1992; BERGSTROM et al., 1994).

Nos Estados Unidos, a síntese do conhecimento sobre a prevenção e tratamento da úlcera por pressão foi feita com apoio e financiamento do governo, através da “Agency for Health Care Policy and Research” (AHCPR) por meio de um comitê de especialistas na área de saúde, com a participação de consumidores e administradores de serviços de saúde e companhias de seguro. Os resultados dos estudos foram divulgados e disponibilizados para o público em forma de diretrizes para a prática clínica (BERGSTROM et al., 1992; BERGSTROM et al., 1994).

O uso apropriado de diretrizes para uma prática baseada em evidências tem como ideal, transpor os resultados das pesquisas ou das recomendações dos especialistas para a assistência e melhorar a qualidade, por exemplo, a diminuição dos índices ou taxas de úlcera por pressão nos pacientes em risco.

Entretanto, sabe-se que diversos fatores podem dificultar ou mesmo impedir que esta meta seja atingida. A implementação das evidências nos serviços de saúde é apresentada como uma tarefa complexa, em que o enfoque precisa ser não somente na natureza das evidências existentes, mas também, nos métodos de translação e no contexto da prática (GERRISH; CLAYTON, 2004).

No domicílio, o cuidado do paciente com úlcera demanda tempo e recursos, exige dos familiares habilidades específicas, sendo visto como estressante e exaustivo (COSTA, 2001).

Pieper et al.(1999) investigaram em 13 agências americanas de assistência domiciliária a prevalência de feridas e as condições de tratamento. Identificaram que 36,3% dos pacientes atendidos apresentavam feridas, sendo as cirúrgicas as de maior frequência (62%), seguidas das UPP (25%). O curativo mais freqüente era feito com gaze seca ou úmida. Os pacientes com feridas demandavam maior tempo para o cuidado e a presença de um cuidador. Os autores destacaram que os profissionais muitas vezes relutam em utilizar as novas tecnologias disponíveis para tratamento tópico por desconhecimento, medo, preocupações com o custo e

receio da infecção da ferida, embora os produtos possam diminuir a necessidade de troca do curativo, acelerar o processo de cicatrização, diminuir os custos e melhorar o bem estar do paciente.

Ferrell et al. (2000) também investigaram a prevalência de UPP em pacientes admitidos para a assistência domiciliar por 41 agências prestadoras de serviço em 14 estados americanos. Identificaram que 9% tinham UPP no momento da admissão sendo que 37% tinham duas ou mais UPP sendo as de estágio II as mais freqüentes (49%). As localizações anatômicas mais freqüentes foram cóccix (26%) e calcâneos (14%). Destacaram que os tratamentos da ferida muitas vezes eram inadequados e que nos pacientes em risco para úlcera, as superfícies de suporte para alívio da pressão não eram utilizadas.

Os resultados destes dois estudos analisados indicam que as recomendações das diretrizes para prevenção e tratamento da UPP não estavam sendo utilizadas.

Chaves e Fernandes (2000) em estudo realizado para analisar o risco para desenvolvimento da UPP, em indivíduos em uma comunidade utilizando a escala de Braden para determinação dos fatores de risco, associados a determinantes socioeconômicos da população, evidenciaram que além dos fatores de risco identificados pela escala, os indivíduos estão submetidos a fatores socioeconômicos que determinarão o desenvolvimento das úlceras por pressão. Concluíram também, que os cuidados preventivos das UPP são objetivos da assistência de enfermagem, e que freqüentemente, o cliente em seu domicílio recebe cuidados de um cuidador leigo, portanto, compete à equipe de enfermagem orientar e supervisionar para alcançar tal objetivo.

Os cuidados no domicílio têm sido de grande complexidade e diversidade, são vistos como estressantes e exaustivos, e são priorizados às pessoas acamadas ou em situação de risco. Esses cuidados específicos no domicílio demandam tempo, investimentos financeiros e habilidade e capacitação para os familiares e profissionais. É necessário parcerias com as

instituições hospitalares, outras secretarias e outros setores da sociedade para que haja a continuidade da assistência com qualidade. A equipe de saúde, principalmente a enfermagem, tem papel fundamental para as ações no domicílio, focalizando a prevenção, a cura e reabilitação.

Uma das situações freqüentemente encontradas no domicílio, pelos profissionais que realizam o SAD, são as pessoas acamadas com UPP ou com risco para desenvolvê-la. Na maioria das vezes, a assistência a esses pacientes é desempenhada pela equipe de enfermagem, não diferentemente de relatos encontrados na literatura, como por Poletti (2000), que referiu que a assistência a pacientes com feridas crônicas sempre foi uma atividade desempenhada pelos membros da enfermagem, desde os primórdios da profissão. Porém, o tratamento muitas vezes é visto como frustrante pelos profissionais por não ser observado o resultado esperado, ou seja, a cicatrização.

Para aqueles pacientes com úlcera por pressão ou em risco para o problema, esta tendência significa que as melhores práticas do cuidado curativo e preventivo precisam ser implementadas em todos os contextos de atenção. Entretanto, poucos estudos têm investigado a situação da adoção das recomendações ou diretrizes para prevenção e tratamento da UPP em pacientes atendidos no domicílio (MADIGAN, 1998).

Naquele momento, o que nos instigava era o desconhecimento da ocorrência da UPP no município de Ribeirão Preto, e propusemos realizar esta investigação com a finalidade de avaliar as condições atuais da assistência domiciliária prestada aos pacientes com UPP ou com riscos para desenvolvê-la e saber qual assistência esses pacientes recebem.

Objetivos

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

- Avaliar a prevalência de UPP nos pacientes acamados e ou que não deambulam (restritos a cadeiras), em assistência domiciliária, cadastrados nos Núcleos de Saúde da Família (NSF) do Distrito de Saúde Oeste, no município de Ribeirão Preto.

3.2 Objetivos específicos

- 1- Descrever o perfil sóciodemográfico e clínico dos pacientes;
- 2- Identificar nos pacientes o escore de risco para a UPP, utilizando a escala de Braden;
- 3- Identificar a prevalência de pacientes com UPP;
- 4- Avaliar a localização anatômica e as características da lesão;
- 5- Avaliar as medidas utilizadas para prevenção e tratamento e a sua adequação considerando as recomendações para a Prática Baseada em Evidências.

Metodologia

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

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

4.2 Local do estudo

4.2.1 Características do Município

O município de Ribeirão Preto está inserido na Sexta Região Administrativa do Estado de São Paulo. Possui extensão territorial de 651km², com 504.923 habitantes segundo o Censo Demográfico de 2.000, 99,5% desta população está localizada na zona urbana. Situa-se no Nordeste do Estado de São Paulo, a 313 km da capital. Os limites da cidade são dados pelos seguintes municípios: ao sul, Guataporã; a sudeste, Cravinhos; ao norte, Jardinópolis; a leste, Serrana; ao oeste, Dumont; a noroeste, Sertãozinho; e ao nordeste, Brodósqui.

A região de Ribeirão Preto é uma das mais ricas do Estado de São Paulo apresentando elevado padrão de vida (renda, consumo, longevidade). Além disso, possui bons indicadores sociais (saúde, educação e saneamento). A qualificação da população, medida em anos de estudos, está acima da média das outras cidades. Cerca de 42% da população têm mais de oito anos de estudos, 16,4% têm mais de 11 anos de estudo e 13% têm mais de 15 anos de estudos. Os anos de estudo dos chefes de domicílio também demonstram um maior nível de educação formal desta população comparativamente ao constatado para a região e para o conjunto do estado. Enquanto no estado de São Paulo e na região de governo, os chefes de domicílio têm, em média, pouco mais de 6 anos de estudo, Ribeirão Preto apresenta uma média de 7,6 anos de estudo dos chefes de domicílio (RIBEIRÃO PRETO, s.d.). Entretanto, a questão é que os

efeitos da recessão econômica que afeta o Brasil, também em Ribeirão Preto, desdobra em profundos impactos sociais, sobre a vida das pessoas, particularmente, para aquelas que apresentam alguma dependência, contribuindo para agravar as desigualdades.

Ribeirão Preto configura-se em um centro científico, tecnológico e formador de recursos humanos nas mais variadas áreas do conhecimento, especialmente na área da saúde. Juntamente com outros 24 municípios, Ribeirão Preto compõe a Departamento Regional de Saúde de Ribeirão Preto - DRS XIII, da Secretaria Estadual da Saúde, sendo seu município sede. Desde a assinatura do Convênio das AIS, em 1983, e tendo em 1987 assinado o Convênio de Municipalização da Saúde, o município gradativamente, amplia sua rede física de saúde, com um significativo número de serviços próprios, uma vasta rede pública de prestação de serviços, em termos de disponibilidade de recursos, tanto em atenção básica como em atenção especializada e de alta complexidade. A rede básica conta com 46 unidades, sendo 5 UBDS, que realizam atendimentos programáticos e pronto atendimento, com funcionamento 24 horas; 28 UBS, sendo que 20 unidades têm as equipes de agentes comunitários de saúde (EACS) e 13 núcleos de saúde da família ou unidade de saúde da família (NSF/USF). O município conta com 21 ESF, 24 EACS e 6 equipes de saúde bucal (ESB) na modalidade 1 (RIBEIRÃO PRETO, 2007).

No nível secundário de atenção, conta com 13 ambulatórios de especialidades entre próprios, conveniados e contratados (Pediatria e Atendimento Materno - PAM, Núcleo de Gestão Ambulatorial - NGA, Centros de Referência - DST/AIDS e Tuberculose Vila Virgínia e Simioni, Centro de Referência Regional de Saúde do Trabalhador (CEREST), Núcleo de Atenção a Pessoa Deficiente - NADEF, Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e outras Drogas (CAPS -AD), CAPS - semi-internação CAPS - Ambulatório, Ambulatório de Saúde Mental, Núcleo de Saúde Mental - CSE - FMRP - USP, Ambulatório de Especialidades Santa Casa-Centro Universitário Barão de Mauá, Centro de Especialidades Electro Bonini-Unaerp)

e também a oferta de determinadas especialidades em unidades distritais. A assistência hospitalar é prestada em estabelecimentos conveniados/contratados pelo gestor e também no Hospital das Clínicas da FMRP-USP.

Embora, nos últimos anos, tenha havido uma grande melhora do acesso, em termos físicos, com as unidades de saúde distribuídas em todo município, isso não tem sido, garantia do direito à assistência à saúde a todos os usuários, conforme os princípios do SUS.

A SMS-RP possui programas de saúde que são vinculados ao Departamento de Atenção a Saúde das Pessoas - DASP, sendo eles: Programa de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente (Programa de Aleitamento, Floresce uma Vida, Atenção Nutricional, e Estimulação Precoce), Programa de Saúde dos Deficientes Auditivos e fissurados (PRODAF), Assistência Integral à Saúde da Mulher, Saúde do Adulto e idoso, Programa de Integração com a Comunidade (PIC), Programa de Hipertensão e Diabetes, Saúde Mental, Atenção a Saúde da Pessoa com Deficiência, DST/Aids, Saúde do Trabalhador, Saúde da Família, Fitoterapia, Homeopatia e Medicina Alternativa, Procedimentos Coletivos e Especiais em Odontologia, Serviço de Assistência Médica de Urgências e o Serviço de Assistência Domiciliar (SAD).

4.2.2 Distritos de saúde do município de Ribeirão Preto

A assistência à saúde em Ribeirão Preto está organizada em cinco regiões, denominadas Distritos de Saúde. Estes estão localizados nas Regiões: Norte - Distrito Norte, Sul - Distrito de Vila Virgínia, Leste - Distrito de Castelo Branco, Oeste - Distrito de Sumarezinho e Região Central - Distrito Central.

Os Distritos de Saúde são regiões com áreas e populações definidas a partir de aspectos geográficos, econômicos e sociais, agrupam várias Unidades de Saúde e outros

equipamentos sociais. A forma de distribuição das Unidades em Distritos tem por objetivo oferecer atendimento básico, o atendimento em algumas especialidades e de pronto atendimento em urgências. Essa distribuição, também facilita o acesso das pessoas ao Sistema de Saúde (RIBEIRAO PRETO, s.d.).

A estimativa populacional por distrito de saúde, no ano de 2007 foi de 107.936 habitantes para o Distrito Central, 86.583 habitantes para o Distrito Sul, 128.969 habitantes para o Distrito Leste, 101.218 habitantes para o Distrito Norte e 143.211 habitantes para o Distrito Oeste, totalizando 567.917 habitantes (RIBEIRÃO PRETO, 2008).

Cada Distrito conta com várias unidades de atenção básica, que têm como finalidade prestar atendimento básico nas áreas médicas, odontológicas e de enfermagem, para a população de sua área.

O Distrito Oeste conta com 9 UBS, 1 UBDS (CSE/Sumarezinho) e 7 NSF, sendo que cinco, são os núcleos de saúde da família em funcionamento através de parceria com a Universidade São Paulo (FMRP e EERP). Esses cinco NSF foram escolhidos como cenários para o desenvolvimento do estudo.

Figura 1 - Organograma da Rede Municipal de Saúde
 Fonte: <www.ribeiraopreto.sp.gov.br>

4.3 Aspectos éticos

4.3.1 Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa

Para atender as normas da Comissão Nacional da Ética em Pesquisa (CONEP), contidas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2006), inicialmente, o projeto de pesquisa foi encaminhado ao Centro de Atenção Primária da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP, para após ser apresentado aos coordenadores dos cinco NSF, para anuência (ANEXO 1). Posteriormente, com a aprovação dos NSF (ANEXO 2) o projeto foi submetido à apreciação, avaliação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP (ANEXO 3).

4.3.2 Apresentação do projeto de pesquisa para os profissionais dos NSF

No 1º semestre de 2007, o projeto de pesquisa foi apresentado aos cinco NSF, para as equipes multidisciplinares e coordenadores dos NSF, mediante agendamento prévio com as enfermeiras quando foi feito esclarecimentos das dúvidas e considerações feitas pelos profissionais quanto à coleta de dados e ao retorno dos resultados para os serviços. Para atender as solicitações dos profissionais, a VD da pesquisadora aos pacientes foi feita sempre que possível com a enfermeira ou o ACS do NSF para facilitar o seguimento e tratamento do caso com orientação aos pacientes/familiares.

Outras questões identificadas pelos profissionais dos NSF foram quanto à necessidade de treinamento da equipe sobre a temática investigada como definição e características da UPP, medidas adequadas de prevenção e tratamento, quais produtos eram padronizados, fluxo

de solicitação de coberturas para curativos pelas equipes e projeto de ampliação da assistência domiciliar na SMS-RP.

Uma questão comum entre os profissionais dos NSF, foi a solicitação da apresentação dos resultados da pesquisa em cada núcleo ficando combinado que a apresentação seria realizada após a defesa. Porém, sempre que foi possível o encontro com os profissionais, os casos foram discutidos com o enfermeiro de cada NSF logo após a coleta dos dados.

4.4 Período do estudo

O estudo foi realizado nos anos de 2007 e 2008.

4.5 População

A população da pesquisa foi selecionada considerando os seguintes critérios:

- indivíduos residentes nos bairros de abrangência e cadastrados em um dos 5 NSF;
- indivíduos acamados ou restritos a cadeiras, com idade maior ou igual a 18 anos;
- indivíduos que consentissem em participar da pesquisa.

4.6 Procedimentos para a coleta dos dados do estudo

4.6.1 Construção e avaliação do Instrumento de coleta de dados

Para atender os objetivos da pesquisa foi construído um instrumento de coleta de dados, composto por quatro partes. A parte I teve a finalidade de caracterizar o perfil sócio-demográfico dos sujeitos da pesquisa. A parte II buscou a obtenção dos dados clínicos referentes à saúde do paciente e identificar o escore de risco para desenvolver a UPP. A parte

III visou coletar informações sobre as condições da pele e as características da UPP e a terapia tópica utilizada no momento da entrevista. A parte IV visou identificar as medidas utilizadas para a prevenção e tratamento. Para complementar o instrumento, foram utilizadas as versões das escalas de Braden e PUSH (Pressure Ulcer Scale for Healing), validadas para o português.

A primeira versão do instrumento foi avaliada por meio de estudo piloto realizado pela pesquisadora no domicílio de quatro pacientes que tinham acompanhamento por enfermeiros de outras unidades de saúde da SMS-RP. Observou-se a necessidade de alterações nos itens relacionados à renda familiar, responsável/ cuidador, profissional que realiza o acompanhamento e internações. Foram incluídos 3 itens, referentes à causa e tempo de imobilidade e se o familiar/paciente tinham perguntas ou sugestões para a assistência e foram feitos alguns ajustes na apresentação. Também foi acatada a sugestão dos profissionais das equipes dos NSF, sendo incluído um item para identificar se o paciente era atendido pelo SUS ou por plano de saúde privado ou se era atendido nos dois serviços.

Posteriormente, o instrumento foi novamente avaliado pela pesquisadora e orientadora com obtenção de consenso quanto sua apresentação na versão final (Apêndice B).

4.6.2 Escala de Braden (ANEXO 4)

Vários são os pesquisadores que elaboraram escalas de predição de riscos para desenvolvimento da UPP, colaborando na prevenção da úlcera dando subsídios aos enfermeiros para indicar qual paciente que correm riscos para desenvolvê-la. A Escala de Braden, é uma das mais usadas. É um instrumento utilizado para a avaliação das condições gerais do paciente auxiliando na seleção das ações preventivas e curativas para as úlceras por pressão. Foi desenvolvida por Barbara Braden and Nancy Bergstrom em 1987, e validada no Brasil por Paranhos e Santos (1999).

A escala é composta por seis domínios: percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, nutrição, fricção e cisalhamento. Desses domínios, três medem determinantes clínicos da exposição do paciente à pressão prolongada e intensa: percepção sensorial, atividade e mobilidade e três aferem fatores que interferem na capacidade do tecido de suportar o excesso de pressão: umidade, nutrição, fricção e cisalhamento (BERGSTROM et al., 1987).

Cada um dos domínios da escala (ou sub-escalas) tem uma especificação quantitativa padronizada das condições do paciente, com variações de 1 a 4, (com exceção da fricção e cisalhamento, de 1 a 3). O avaliador deve anotar nas colunas à direita (referente ao dia de observação), a pontuação referente à condição que foi detectada na avaliação. A somatória da pontuação nos 6 domínios pode variar de 6 a 23.

Atualmente, o risco do paciente para desenvolver UPP é classificado por níveis de riscos considerando a somatória dos escores ou o escore total (AYELLO, 2007) definindo-os como:

- Em Risco: Pacientes adultos com escores de 15 a 16; pacientes idosos com escores 17 e 18;
- Risco moderado: pacientes com escores 13 a 14;
- Risco alto ou elevado: pacientes com escores iguais e entre 10 -12;
- Risco muito elevado: pacientes com escores iguais ou menores que 9;

Nos estudos iniciais foi estabelecido o escore 16, como escore de corte para risco para UPP para adultos e idosos (BERGSTROM et al., 1987) e posteriormente, com base em novos estudos, pacientes com mais de 65 anos com escores 17 e 18 passaram a ser incluídos no grupo “em risco” (BERGSTROM et al., 1998).

Em 1980, foi definido pela OMS, que para os países em desenvolvimento, como o Brasil, o indivíduo é considerado idoso quando atinge a idade de 60 anos, estando, portanto,

mais propenso a apresentar alterações no seu estado de saúde frente a um agressor, externo ou interno, tornando-se alvo de doenças (JACOB FILHO et al., 2001).

4.6.3 Escala PUSH (ANEXO 5)

O instrumento Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH), foi desenvolvido e validado pelo PUSH Task Force de NPAUP, em 1996, e adaptado por Santos et al. (2005) para ser usado no Brasil. É usado para a avaliação do estado e processo de cicatrização da UPP e considera 3 parâmetros ou subescalas:

- Área da ferida - considera o maior comprimento versus maior largura, em centímetros quadrados, e é obtida pela multiplicação dessas duas medidas. Conforme a área da lesão, cujos valores variam de 0 a 24cm² atribui-se escores que variam de 0 a 10.
- Quantidade de exsudato presente na ferida - é avaliada após a remoção da cobertura e antes da aplicação de qualquer agente tópico e classificada como: ausente, pequena, moderada e grande, que correspondem a escores de 0 a 3 respectivamente.
- Aparência do leito da ferida - é definida como o tipo de tecido presente no leito da ferida, sendo especificado como: tecido necrótico (escara) - de coloração preta, marrom ou castanha que adere ao leito da ferida ou às bordas da ferida e pode se apresentar mais endurecido ou mais amolecido, comparativamente à pele periferida; esfacelo - tecido de coloração amarela ou branca que adere no leito da ferida e apresenta-se como cordões, ou crostas grossas, podendo ainda ser mucinoso; tecido de granulação - de coloração rósea ou vermelha, de aparência brilhante que se desenvolve a partir das bordas, ou como “ilhas” na superfície da

lesão (feridas superficiais) e ferida fechada ou recoberta - é aquela completamente recoberta com epitélio. A classificação dos tecidos correspondem aos escores 0 (ferida fechada), 1 (tecido epitelial), 2 (tecido de granulação), 3 (esfacelo) e 4 (tecido necrótico).

Os subescores para esses parâmetros, ao serem somados, geram um escore total, com variação possível de 0 a 17. Quanto maiores os escores, piores são as condições da úlcera, e quando os escores diminuem indicam melhora no processo de cicatrização da UPP.

4.6.4 Visita domiciliária para a coleta de dados

Após a aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP, a pesquisadora buscou junto aos NSF informações sobre os sujeitos que tinham acompanhamento domiciliar pela equipe. Foram identificados 61 pacientes em acompanhamento. Inicialmente, foi feito contato por telefone para agendamento da visita inicial. Na visita foram fornecidas informações sobre o estudo e solicitado o consentimento dos participantes com a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Os esclarecimentos sobre a pesquisa foram feitos em linguagem fácil, reforçando a questão do sigilo e a não interferência no seu seguimento no Serviço. Para aqueles que concordaram, foi realizada a entrevista utilizando o questionário como roteiro norteador. Posteriormente, foi realizada a inspeção da pele do paciente e a mensuração da UPP com observação das características da lesão. Foram considerados os estágios da UPP de I a IV (NPUAP, 2007). Para a identificação da prevalência da UPP foram incluídos todos os pacientes com UPP no momento da inspeção da pele.

Foram feitas ainda, sempre que necessárias, orientações aos pacientes e familiares quanto aos cuidados para a prevenção e tratamento. Os dados foram coletados no período de setembro a dezembro de 2007.

Algumas vezes, devido à função de enfermeira que a pesquisadora exercia no serviço público, os pacientes ou membros da família solicitaram explicações sobre o funcionamento do serviço e sobre alguns encaminhamentos aos NSF.

4.6.5 Análise dos dados

Para a análise dos dados, após a codificação de um dicionário de dados, utilizou-se o processo de validação por dupla digitação em planilhas do aplicativo Microsoft Excel. Uma vez validados, os dados foram exportados e analisados de forma descritiva nos programas EPI-INFO e SPSS (Statistic Package for Social Sciences).

Resultados e Discussão

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No início da pesquisa, nos cinco NSF havia sessenta e um (61) pacientes adultos ou idosos acamados ou que não deambulavam cadastrados no Serviço de Saúde da Rede Municipal. Na primeira VD, para contato da pesquisadora, evindecou-se que 6 haviam apresentado melhora do estado geral e estavam deambulando, não atendendo, portanto, os critério de inclusão no estudo. Dos 55 pacientes que permaneceram como sujeitos em potencial, 6 pacientes se recusaram a participar por motivos particulares e 2 mudaram de endereço, saindo da área de abrangência dos NSF. Assim, 47 sujeitos compuseram a população da pesquisa.

5.1 Descrição do perfil sócio-demográfico e clínico dos pacientes do estudo

5.1.1 Descrição do perfil sócio-demográfico

Na Tabela 1 são apresentados dados referentes à faixa etária dos participantes de pesquisa.

Tabela 1 - Distribuição de pacientes quanto a idade, considerando os 5 NSF. Ribeirão Preto, 2007

NSF Faixa etária						Total	f	(%)
	1	2	3	4	5			
≤ 29	0	1	0	2	0	3	6,4	
30 - 39	1	1	0	0	0	2	4,2	
40 - 49	0	1	0	0	1	2	4,2	
50 - 59	0	1	1	2	0	4	8,5	
60 - 69	3	1	0	1	2	7	14,9	
70 - 79	7	0	4	1	3	15	32,0	
≥ 80	4	2	4	0	4	14	29,8	
Total	15	7	9	6	10	47	100,0	

A idade dos pacientes participantes do estudo variou de 21 a 91 anos (moda 79 anos). Observou-se que as maior frequências (%) estão na faixa que englobam 60 a $\geq$ 80 anos, representando no total 76,7% da população.

Observa-se que os pacientes residentes das áreas dos NSF 2 e 4 eram mais jovens e que nas áreas dos NSF 1, 3 e 5 predominavam os pacientes mais idosos. O resultado encontrado justifica-se pela natureza da pesquisa, pois espera-se que condições de limitação da mobilidade ocorra na população mais velha, sendo geralmente decorrentes de condições e doenças crônicas, mais frequentes nos idosos.

Para atender a necessidade dos idosos com dependência na capacidade funcional, a AD é uma modalidade de atenção ao idoso, previsto na Portaria no. 73 de 10 de maio de 2001, do Ministério da Previdência e Assistência Social - MPAS (BRASIL, 2001).

Rodrigues et al. (2007) descreveram a Política Nacional de Atenção ao Idoso (PNAI) no Brasil, destacaram que a enfermagem pode contribuir tanto para o pleno exercício da cidadania do idoso, quanto para a diminuição da exclusão na velhice. A inserção da enfermagem na PNAI envolve o processo de cuidar nos vários níveis de atenção à saúde, incluindo a saúde do idoso, assim como a participação na elaboração e implementação dessa política.

Na Tabela 2 são apresentados os resultados referentes ao sexo e cor da pele.

Tabela 2 - Distribuição de pacientes quanto ao sexo e cor da pele, considerando os 5 NSF. Ribeirão Preto, 2007

NSF							
Variáveis	1	2	3	4	5	Total	f (%)
Sexo							
Masculino	6	4	3	5	5	23	48,9
Feminino	9	3	6	1	5	24	51,1
Cor da pele							
Branca	11	7	9	6	7	40	85,1
Não - branca	4	0	0	0	3	7	14,9
Total de pacientes	15	7	9	6	10	47	100,0
Total (%)	31,9	14,9	19,1	12,8	21,3	100,0	

Na população, destaca-se a predominância de pacientes do sexo feminino, uma condição também esperada considerando que, no Brasil, as mulheres têm maior sobrevida do que os homens. Essa situação de predominância de pacientes do sexo feminino também foi observada nas áreas dos NSF 1 (60,0%) e do NSF 3 (66,7%) porém na área do NSF 2 houve predominância de pacientes do sexo masculino (57,1%).

Considerando a cor da pele, 85,1% da população era de cor branca. Nos NSF 2, 3 e 4 a totalidade dos pacientes era de cor branca. Já nas áreas dos NSF 1 e 5, ao redor de 70% dos pacientes participantes são de cor branca. Os resultados correspondem ao perfil da população da região sudeste encontrado na última Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) onde a maior parte (61%) da população era branca (IBGE, 2004). Na Tabela 3 são apresentados os resultados referentes ao nível de escolaridade, naturalidade e ocupação dos pacientes participantes da pesquisa.

Tabela 3 - Distribuição de pacientes quanto ao nível de escolaridade, naturalidade, profissão, ocupação e situação laboral. Ribeirão Preto, 2007

Variáveis	NSF	1	2	3	4	5	Total	f (%)
<u>Escolaridade</u>								
Analfabeto		3	1	2	3	5	14	29,8
Lê – escreve		1	0	1	0	1	3	6,4
Ensino fundamental ciclo1 incompleto		7	3	4	3	2	19	40,4
Ensino fundamental ciclo1 completo		2	2	1	0	1	6	12,8
Ensino fundamental ciclo 2 completo		0	0	0	0	1	1	2,1
Ensino médio completo		1	0	0	0	0	1	2,1
Ensino superior completo		1	1	1	0	0	3	6,4
<u>Profissão</u>								
Policial militar – GG 0		1	0	0	0	0	1	2,1
Profissional ciências e artes – GG 2		1	1	1	0	1	4	8,5
Técnico nível médio – GG 3		0	0	0	1	0	1	2,1
Serviços administrativos – GG 4		2	0	2	0	0	4	8,5
Vendedores do comércio - GG 5		1	0	1	1	0	3	6,4
Produção de bens e serviços industriais – GG 7		2	1	1	2	4	10	21,3
Produção de bens e serviços industriais – GG 8		1	2	1	0	1	5	10,7
Manutenção e reparação – GG 9		1	0	0	0	0	1	2,1
Do lar		6	3	3	2	4	18	38,3
<u>Ocupação</u>								
Sim		1	0	0	0	0	1	2,1
Não		14	7	9	6	10	46	97,9
<u>Situação laboral</u>								
Aposentado		6	4	6	4	6	26	55,4
Pensionista*		4	1	3	1	3	12	25,5
Outro**		5	2	0	1	1	9	19,1
<u>Naturalidade</u>								
Ribeirão Preto		2	1	4	3	0	10	21,3
Outros Municípios		13	6	5	3	10	37	78,7

* mulheres que recebiam pensão do cônjuge falecido.

**sujeitos em licença para tratamento saúde e, sujeitos deficientes físicos.

Observa-se a predominância no nível de escolaridade fundamental 1 incompleto que corresponde da 1ª a 4ª série (40,4%), seguidos de 29,8% de analfabetos. Esses resultados não correspondem à situação da população da região sudeste, quando comparados aos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2004, quando se identificou que apenas 7,5% da população tinha menos de 1 ano ou não tinha instrução e 31,2% da população apresentava escolaridade de 11 anos ou mais (IBGE, 2004).

Considerando a Classificação Brasileira de Ocupações-CBO (BRASIL, 2002), 29 (61,7%) pacientes referiram uma profissão sendo mais freqüente a categoria dos Trabalhadores de Produção de Bens e Serviços Industriais, representando 21,3%. Esse grande grupo compreende as ocupações cujas atividades principais requerem para o seu desempenho os conhecimentos e as atividades necessárias para produzir bens e serviços industriais, concentrando trabalhadores de produção extrativa, da construção civil e da produção industrial de processos discretos, são trabalhadores da transformação de metais e compósitos, trabalhadores da fabricação e instalação eletroeletrônica; montadores de aparelhos e instrumentos de precisão e musicais; joalheiros, vidreiros, ceramistas e afins; trabalhadores das indústrias têxtil, do curtimento, do vestuário e das gráficas; trabalhadores das indústrias de madeiras e do mobiliário; trabalhadores de função transversais. O segundo grupo de profissões mais freqüente, com 10,7% dos pacientes, foi o outro grupo de Trabalhadores de Produção de Bens e Serviços Industriais, que concentra os trabalhadores que operam processos industriais contínuos, que demandam habilidades mentais de controle de variáveis físico-químicas de processos, trabalhadores de instalações siderúrgicas e de materiais de construção, trabalhadores de instalação e máquinas de fabricação de celulose e papel, trabalhadores da fabricação de alimentos bebidas e fumo, operadores de produção, captação, tratamento e distribuição (energia, água e utilidades), entre outros. Dezoito pacientes (38,3%) referiram não possuir profissão, eram mulheres donas de casa consideradas “do lar”. Os

resultados encontrados são decorrentes das características do município de Ribeirão Preto que concentra grande número de empregos na área de produção de bens e serviços industriais assim como do baixo nível de escolaridade da população estudada.

Quanto à ocupação, no momento da pesquisa, 46 (97,9%) dos pacientes não a possuíam, devido aos próprios critérios de inclusão adotados para participação na pesquisa, pois apresentavam em situação crônica de limitação de atividade com restrição ao leito ou cadeira. Somente um paciente apresentava ocupação, mas se encontrava em licença para tratamento de saúde, com expectativa de retorno ao trabalho.

Identificou-se que 26 (55,4%) eram aposentados. Dentre os 9 (19,1%) alocados em outra categoria, 7 referiram não possuir renda própria, 4 estavam em processo para recebimento da aposentadoria, 2 estavam recebendo benefício, por serem deficientes físicos e 1 por estar de licença para tratamento de saúde. Considerando que a maior parte dos pacientes eram idosos, mesmo que não apresentassem limitação na atividade física estariam ainda representando o perfil da população da região sudeste onde somente 5,4% dos idosos tem trabalho remunerado (IBGE, 2004).

Quanto à naturalidade, somente 21,3% dos pacientes nasceram no município de Ribeirão Preto e 78,7% migraram de outros municípios, sendo 29,8% de outros municípios do estado de São Paulo, seguidos de 25,5% dos municípios da região, considerando os municípios pertencentes ao Departamento Regional de Saúde XIII, cuja sede é Ribeirão Preto e 23,4% de outros estados do Brasil. Na Tabela 4 são apresentados dados sobre estado civil, com quem o paciente reside, renda familiar e cuidador principal.

Tabela 4 - Distribuição de pacientes quanto às variáveis: estado civil, com quem reside, renda familiar e cuidador principal. Ribeirão Preto, 2007

Estado civil	NSF	1	2	3	4	5	Total	f (%)
Solteiro		1	3	1	2	0	7	14,9
Casado		7	2	4	3	4	20	42,5
Viúvo		6	1	4	1	5	17	36,2
Separado		1	1	0	0	1	3	6,4
Com quem reside								
Filhos (as)		3	2	0	0	5	10	21,3
Esposo(a)		1	1	2	0	2	6	12,8
Esposo e filhos		5	1	2	2	2	12	25,5
Esposo, filhos e netos		0	0	0	1	0	1	2,1
Filho, nora e netos		5	0	4	1	0	10	21,3
Outros*		1	3	1	2	1	8	17,0
Renda familiar/ Salário mínimo								
< 1		0	0	0	1	0	1	2,1
1 – 2		5	3	0	2	2	12	25,5
3 – 5		7	3	6	2	5	23	48,9
≥ 6		3	1	2	0	3	9	19,1
Não souberam referir		0	0	1	1	0	2	4,4
Cuidador principal								
Esposo (a)		3	1	3	2	4	13	27,7
Filho (a)		5	2	1	1	4	13	27,7
Nora		2	0	1	0	0	3	6,4
Formal		1	1	2	0	1	5	10,6
Outro**		2	3	2	2	0	9	19,1
Não necessita de cuidador		2	0	0	1	1	4	8,5

* mãe, ex-esposa, irmãos, sobrinhos e pais.

** mãe, irmã, sobrinha, neta, avó e ex-esposa.

Quanto ao estado civil observa-se que 42,5% eram casados e 6,4% separados. Destaca-se que dos participantes do estudo, 25,5% moravam com esposo (a) e filhos, 21,3% moravam somente com filhos (as), 21,3% com filho, nora e netos, 12,8% moravam com o cônjuge. Nenhum paciente morava sozinho.

Para Herédia; Casara; Cortelletti (2007) no Brasil observa-se que a longevidade traz a possibilidade de um maior tempo de convivência familiar e intergeracional, não raro de quatro gerações, com superposição e transferência de papéis o que pode trazer implicações diretas para a vida dos indivíduos. Nesse contexto, a família é a fonte de apoio informal aos idosos, o que se verifica em situações de co-residência ou não onde os membros de uma família se ajudam na busca do alcance do bem-estar coletivo.

Em relação à renda familiar, 23 pacientes (48,9%) recebiam entre 3 a 5 salários mínimos e 12 (25,5%) pacientes possuíam renda entre 1 a 2 salários mínimos. Somente 1 (2,1%) paciente pertencente ao NSF 4 possuía renda menor que um salário mínimo e recebia a bolsa família.

Quarenta e três (91,5%) pacientes eram dependentes de cuidadores. Dentre esses, para 13 (27,7%) pacientes o cuidador principal era o esposo (a) sendo em 12 casos a mulher. Dos 13 (27,7%) que eram cuidados pelos filhos, em 11 casos as filhas eram as cuidadoras principais. Também na categoria de outros cuidadores e de cuidador formal (que recebia pagamento pelo trabalho prestado), observou-se a presença predominante do sexo feminino. Concluindo, apenas 3 (6,4%) cuidadores eram do sexo masculino. Esse resultado é semelhante a estudos realizados no país e em outros onde a maior parte do cuidado domiciliar é feito por mulheres. Segundo Gordilho et al. (2000) o papel da mulher cuidadora na família é normativo, é esperado que ela assuma tal papel.

Quando a mãe ou a esposa é a cuidadora, não gera tantas modificações na estrutura familiar, mas se ela é a paciente dependente e acamada, como em alguns casos nesse estudo,

os arranjos familiares são presentes, a transferência da mãe para a casa dos filhos, a contratação do cuidador e a dificuldade dos familiares nesta organização do cuidado. Para Duarte et al. (2005) os arranjos domiciliares contribuem para suprir as demandas assistenciais dos idosos com comprometimento funcional.

5.1.2 Descrição das variáveis que compõem o perfil clínico dos pacientes do estudo

Os resultados da investigação do perfil clínico dos participantes da pesquisa são apresentados nas Tabelas 5 a 10 considerando as condições de saúde e de assistência domiciliária.

Tabela 5 - Distribuição dos pacientes, quanto ao estilo de vida no período anterior e no momento do estudo. Ribeirão Preto, 2007

NSF Tabagismo	1	2	3	4	5	Total	f (%)
Sim	0	2	1	0	1	4	8,5
Não	12	3	6	4	6	31	66,0
Ex-tabagista	3	2	2	2	3	12	25,5
<u>Etilismo</u>							
Sim	0	0	0	1	0	1	2,1
Não	11	7	9	5	7	39	83,0
Ex-etilista	4	0	0	0	3	7	14,9

Identificou-se que no momento do estudo, 4 (8,5%) participantes eram tabagistas e 1 (2,1%) era etilista. Do total dos 47 participantes, doze (25,5%) eram ex-tabagistas e 7 (14,9%) ex-etilistas. Sabe-se que esses fatores são associados a diversos problemas de saúde e que tem

elevada prevalência no país, sendo alvos de campanhas para a promoção da saúde visando a sua redução.

Os dados referentes à morbidade referida, considerando as categorias da Classificação Internacional de Doenças - CID 10 (BRASIL, 2006) são apresentados na Tabela 6.

Tabela 6 - Distribuição de pacientes, segundo a morbidade referida no momento do estudo. Ribeirão Preto, 2007

NSF	1	2	3	4	5	Total	f (%)
<u>Doenças do aparelho circulatório</u>							
Sim	10	4	7	3	6	30	63,8
Não	5	3	2	3	4	17	36,2
<u>Doenças do Sistema Nervoso</u>							
Sim	4	4	5	4	6	23	48,9
Não	11	3	4	2	4	24	51,1
<u>Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas</u>							
Sim	6	0	3	1	4	14	29,8
Não	9	7	6	5	6	33	70,2
<u>Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo</u>							
Sim	5	2	1	1	1	10	21,3
Não	10	5	8	5	9	37	78,7
<u>Doenças dos olhos e anexos</u>							
Sim	3	0	0	0	0	3	6,4
Não	12	7	9	6	10	44	93,6
<u>Transtornos mentais e comportamentais</u>							
Sim	2	1	0	0	0	3	6,4
Não	13	6	9	6	10	44	93,6
<u>Doenças do aparelho geniturinário</u>							
Sim	2	1	0	0	0	3	6,4
Não	13	6	9	6	10	44	93,6
<u>Doenças do aparelho respiratório</u>							
Sim	2	0	0	0	0	2	4,3
Não	13	7	9	6	10	45	95,7
<u>Neoplasias</u>							
Sim	0	1	1	0	0	2	4,3
Não	15	6	8	6	10	45	95,7

Observa-se que as doenças do aparelho circulatório são citadas como as mais freqüentes por 30 (63,8%) pacientes. Nessa categoria são incluídas a hipertensão arterial sistêmica (HAS), as cardiopatias, o infarto agudo do miocárdio (IAM), a trombose e tromboembolia pulmonar, a insuficiência venosa e o acidente vascular cerebral (AVC).

No segundo grupo de maior freqüência, observaram-se doenças do sistema nervoso, relatadas por 23(48,9%) pacientes. Nos idosos destacaram-se os distúrbios degenerativos como Doença de Alzheimer e Doença de Parkinson, para os adultos a esclerose lateral amiotrófica (ELA) e para os mais jovens a lesão traumática da medula espinhal (LTME), e distúrbios decorrentes da anóxia neonatal e paralisia cerebral (PC).

Dentre as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas 14(29,8%) pacientes apresentavam diabetes mellitus. Dez (21,3%) referiram doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo. Nos demais grupos de doenças a quantidade de pacientes que a apresentaram foi pequena.

Essas doenças que apresentaram maior freqüência percentual apresentam a característica comum de causarem fadiga, fraqueza muscular, perda motora e sensitiva e ataxia podendo gerar uma ampla faixa de incapacidade para os pacientes. As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e as condições crônicas de saúde como PC e LTME podem trazer também outros déficits aos seus portadores como labilidade emocional, depressão, diminuição da tolerância às situações estressantes e falta de cooperação no tratamento o que os colocam em risco para complicações secundárias (SMELTZER; BARE, 2005, BRUNNER; SUDDARTH).

Na Tabela 7 é apresentada a distribuição dos pacientes segundo o fator de restrição que levou à dependência para a mobilidade.

Tabela 7 - Distribuição dos pacientes, quanto ao fator de restrição e o tempo de restrição. Ribeirão Preto, 2007

NSF Fator de restrição	1	2	3	4	5	Total	f (%)
A própria doença	5	5	4	4	5	23	48,9
Queda	0	2	1	0	0	3	6,4
Fratura de fêmur	5	0	0	0	1	6	12,8
AVC	2	0	3	1	4	10	21,3
Amputação	2	0	1	0	0	3	6,4
cegueira	1	0	0	0	0	1	2,1
Não soube referir	0	0	0	1	0	1	2,1
Total	15	7	9	6	10	47	100
Tempo de restrição (mês)							
< 6	1	1	0	0	0	2	4,2
6 – 12	4	2	4	0	1	11	23,4
13 - 24	5	0	2	0	1	8	17,2
25 - 48	1	1	1	1	1	5	10,6
49 - 72	3	0	0	2	4	9	19,1
73 – 120	0	1	2	2	2	7	14,9
121 - 228	1	1	0	0	1	3	6,4
≥ 229	0	1	0	1	0	2	4,2
Total	15	7	9	6	10	47	100,0

Dos 47 participantes, 23 (48,9%) identificaram que o fator que os levou à restrição da mobilidade foi a própria doença de base principalmente as de origem neurológica e músculo-esqueléticas.

Para 10 (21,3%) pacientes a restrição ocorreu após o acidente vascular cerebral (AVC) e para outros 6 (12,8%) após a fratura de fêmur. Outros 3 (6,4%) citaram a queda ou a amputação como fator causador da limitação.

A diminuição da mobilidade está associada com diminuição da capacidade funcional dos indivíduos para a realização das atividades da vida diária (AVDs) e levar uma vida independente o que traz grande impacto para a pessoa, para a família, o sistema de saúde e tem consequências diretas na qualidade de vida das pessoas (DUARTE; ANDRADE; LEBRÃO, 2005).

O tempo de restrição ao leito ou à cadeira variou de 15 dias a 480 meses com moda de 72 meses ou 6 anos. Os dois pacientes com tempo mais longo de restrição (480 meses e 252 meses) foram dos NSF2 e NSF4, ambos com diagnóstico de anóxia neonatal e paralisia cerebral. O longo tempo de imobilização em uma só posição leva a síndrome do desuso com conseqüências para os diversos sistemas corporais que precisam ser prevenidos pelos familiares que cuidam e pelos próprios indivíduos se tiverem condições para isso (SMELTZER; BARE, 2005 BRUNNER; SUDDARTH).

As condições crônicas de saúde exigem tratamentos longos e freqüentes para controle dos sintomas e para evitar complicações (OMS, 2002). Na Tabela 8 observa-se a distribuição dos pacientes considerando o uso de medicamentos.

Tabela 8 - Distribuição de pacientes, quanto ao uso de medicamentos. Ribeirão Preto, 2007

	NSF					Total	f (%)
	1	2	3	4	5		
<u>Anti-hipertensivo</u>							
Sim	10	4	7	2	6	29	61,7
Não	5	3	2	2	4	16	34,0
<u>Antiepilético, anticonvulsivante, antidepressivo, sedativos, calmante, antipsicótico,antidemencial,antiparkinsoniano</u>							
Sim	9	5	5	2	8	29	61,7
Não	6	2	4	2	2	16	34,0
<u>Antiagregante plaquetário</u>							
Sim	8	2	4	1	4	19	40,4
Não	7	5	5	3	6	26	55,3
<u>Hipoglicêmico</u>							
Sim	4	0	1	1	2	8	17,0
Não	11	7	8	3	8	37	78,7
<u>Antinflamatório, analgésico</u>							
Sim	1	2	2	0	5	10	21,3
Não	14	5	7	4	5	35	74,4
<u>Cardiotônico e antiarrítmicos</u>							
Sim	7	2	2	0	5	16	34,0
Não	8	5	7	4	5	29	61,7
<u>Suplem.vitamínico/alimentar e antianêmico</u>							
Sim	4	0	0	1	1	6	12,8
Não	11	7	9	3	9	39	82,9
<u>Antineoplásico</u>							
Sim	0	2	0	0	0	2	4,3
Não	15	5	9	4	10	43	91,4
<u>Outros</u>							
Sim	9	5	6	2	4	26	55,3
Não	6	2	3	2	6	19	40,4
Não usam medicamento	0	0	0	2	0	2	4,3

Dos 47 pacientes participantes do estudo, 44 (93,6%) faziam uso de medicamentos sob prescrição médica e um (2,1%) fazia uso de auto-medicação. Considerando que as doenças mais frequentes eram as do sistema circulatório e neurológico, também os medicamentos utilizados com maior frequência por 29 (61,7%) dos pacientes foram das categorias dos anti-hipertensivos e das drogas que agem no sistema nervoso como antiepilético, anticonvulsivante, antidepressivo, antipsicótico, antedemencial, antiparkinsoniano, calmantes ou sedativos.

Ainda 26 (55,3%) pacientes utilizavam vários outros medicamentos, como antilipêmicos, antiespásticos, antiúlcera péptica, antibacterianos, antieméticos, hormônios tireoidianos, expectorantes e descongestionantes.

Embora esses medicamentos tenham indicação para controle da doença também interferem nas AVDs e os pacientes podem necessitar da presença do cuidador para auxílio no controle de sua ingestão e na manutenção da adesão. Os idosos necessitam de uma supervisão mais cuidadosa pelo risco de interação entre os vários fármacos e da polifarmácia pelo grande número de medicamentos prescritos e pela própria farmacocinética e farmacodinâmica que são alteradas pelo envelhecimento (HUNTER; CYR, 2006; LYRA Jr., et al., 2006).

Na Tabela 9 é apresentada a distribuição dos pacientes considerando o número de internações ocorridas nos 12 meses que precederam a coleta de dados da pesquisa, os motivos e a duração da última internação.

Tabela 9 - Distribuição de pacientes, quanto às internações nos últimos 12 meses, motivo e duração da internação. Ribeirão Preto, 2007

NSF							
<u>Internação nos últimos 12 meses</u>	1	2	3	4	5	Total	f (%)
Sim	7	3	7	1	5	23	48,9
Não	8	4	2	5	5	24	51,1
<u>Motivos da internação (n=23)</u>							
complicações	4	3	6	1	5	19	82,6
tratamento eletivo/cirurgias	2	0	1	0	0	3	13,1
Fratura	1	0	0	0	0	1	4,3
Total	7	3	7	1	5	23	100,0
<u>Duração da internação(dias)(n=23)</u>							
3-6	2	0	2	1	2	7	30,4
7-10	1	3	4	0	1	9	39,1
> 10	4	0	0	0	2	6	26,2
Não soube referir	0	0	1	0	0	1	4,3
Total	7	3	7	1	5	23	100,0

Constatou-se que 23 (48,9%) pacientes tiveram internações nos 12 meses que antecederam a pesquisa, sendo que nos NSF 1, 2 e 5 entre 43% e 50% dos pacientes estiveram internados e no NSF 3, 77,8% dos pacientes tiveram internação. A duração da internação foi de no mínimo 3 dias, no máximo 22 dias, média de 9,54 dias.

O principal motivo das internações foi em decorrência de complicações da doença para 19 (82,6%) dos participantes. Dentre os que internaram por complicações, a idade máxima foi 91 anos, a mínima 52, e a média 76,26. Para o grupo de pacientes que não internaram a idade mínima foi 21 anos, a máxima 91 e a média 62,79. Conclui-se que os que tiveram complicações que precisaram de internação eram mais idosos do que os não tiveram complicações.

Embora as internações tragam benefícios no tratamento e controle da doença, também podem trazer riscos adicionais para a saúde das pessoas que apresentam limitação da mobilidade.

Nos idosos, a internação está associada à presença de *delirium*, declínios funcionais, perda de peso e UPP (GORZONI; PIRES, 2006). Carvalho-Filho et al. (1998) em estudo retrospectivo com análise de prontuários de 96 idosos hospitalizados em um serviço de geriatria identificaram que 42(43,7%) tiveram complicações iatrogênicas. Dentre as complicações, 58,9% foram relacionadas a terapêutica principalmente medicamentosa, 17,9% a procedimentos de diagnósticos e 23,2% a outras ocorrências como UPP em 8 pacientes e quedas em 3 pacientes dos quais 2 tiveram fraturas. Os pacientes com ocorrência de complicações tiveram ainda maior tempo de internação do que os que não tiveram. Essas complicações trazem ainda conseqüências a longo prazo para os idosos e familiares pois o tratamento irá se prolongar em período posterior à alta hospitalar com necessidades de assistência domiciliária.

Em pacientes jovens com LTME as internações também trazem conseqüências negativas como pneumonia, UPP e infecção urinária dentre outras (NOGUEIRA, 2005).

A Tabela 10 apresenta os dados referentes ao seguimento no NSF, tempo de seguimento e a formação do profissional que realizava a VD.

Tabela 10 - Distribuição dos pacientes quanto ao seguimento no NSF, o tempo de seguimento, profissional que realizava a visita domiciliária e a sua frequência, segundo a percepção da família. Ribeirão Preto, 2007

SUS	NSF					Total	f (%)
	1	2	3	4	5		
Sim	11	5	5	6	5	32	68,1
Não	4	2	4	0	5	15	31,9
<u>Plano de Saúde</u>							
Sim	1	1	1	0	0	3	6,4
Não	14	6	8	6	10	44	63,6
<u>SUS e Plano de Saúde</u>							
Sim	3	1	3	0	5	12	25,5
Não	12	6	6	6	5	35	74,5
<u>Tempo Seguimento - NSF (meses)</u>							
< 6	0	1	0	0	0	1	2,1
6 – 12	1	2	3	1	2	9	19,1
13 - 24	1	0	0	1	1	3	6,4
25 - 48	1	0	1	2	0	4	8,5
49 - 72	5	2	2	2	2	13	27,8
≥ 73	2	1	1	0	3	7	14,9
Não soube referir	2	0	1	0	2	5	10,6
Não segue no NSF	3	1	1	0	0	5	10,6
<u>Profissional que faz a VD</u>							
Enfermeira	0	0	0	1	1	2	4,2
Enfermeira, auxiliar enfermagem e médico	2	4	1	0	0	7	14,9
Agente comunitário de saúde	10	2	7	5	8	32	68,1
Não soube referir	0	0	0	0	1	1	2,1
<u>Frequência da VD</u>							
Semanal	1	3	5	1	0	10	21,3
Quinzenal	3	1	0	0	0	4	8,5
Mensal	3	1	2	3	7	16	34,0
Quando necessário	2	1	1	2	3	9	19,1
Não soube referir	3	0	0	0	0	3	6,4

Dos 47 pacientes, 42 (89,4%) faziam seguimento nos NSF. O tempo mínimo de seguimento foi de 3 meses, o máximo 96 meses, a média foi de 49,18 meses. Dos 47 pacientes, 32 (68,1%) eram atendidos exclusivamente pelo SUS, 12 (25,5%) utilizavam os dois serviços, concomitantemente. Dos 5 pacientes que não seguiam nos NSF, 2 utilizavam o SUS, 1 fazia acompanhamento no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP e 01 na UBDS do Distrito Oeste e os outros 3 seguiam no plano de saúde (6,4%). Concluindo, 15 pacientes possuíam plano de saúde. Esses resultados estão de acordo com os apresentados por Veras e Parahyba (2007), obtidos pela comparação dos dados da PNAD de 1998 e 2003, quanto a cobertura da população nacional por plano de saúde

privado. Os autores identificaram que o menor porcentual de cobertura foi na faixa etária de 0 -19 anos (14,2%) e que a cobertura elevou-se no período de vida economicamente ativa (27,1%), decaiu entre 60 e 69 anos e voltou a crescer nas faixas com mais de 70 anos. Observaram que houve aumento na proporção de idosos com cobertura por plano de saúde privado de 26,9% para 29,4% e que havia associação entre cobertura por plano de saúde e maior renda familiar.

As VD para os pacientes atendidos pelos NSF eram realizadas de forma mais freqüente pelo ACS (68,1%) sendo que para 7 (14,9%) pacientes a VD era feita pela equipe (enfermeiro junto com o auxiliar de enfermagem e médico). Um paciente não soube informar qual profissional fazia a VD e seis pacientes referiram não receber VD. Enquanto no NSF 4, 5 (83,3%) pacientes referiram que a VD era feita pelos ACS, no NSF 2, 4 (57,1%) pacientes referiram que a visita era feita pela enfermeira, auxiliar de enfermagem e médico. A maioria dos participantes referiram receber a VD uma vez por mês (34%), 10 (21,3%) pacientes referiram receber VD semanalmente e 9(19,1%) recebiam a VD quando necessário. Destaca-se que as VD às famílias pelos profissionais do NSF têm diversas finalidades e não só o acompanhamento de pessoas com condições crônicas o que pode justificar a variabilidade no tempo e no tipo de profissional identificado pelos participantes do estudo.

5.2 Escore de risco dos pacientes para UPP, segundo a escala de Braden

Os indivíduos que apresentam restrição na mobilidade estão sujeitos a apresentar risco para UPP independente do local onde a assistência é prestada.

Na Tabela 11 são apresentados os valores encontrados na avaliação do risco dos pacientes utilizando a escala de Braden.

Tabela 11 - Distribuição de pacientes, por NSF, quanto aos escores de risco para UPP, conforme a Escala de Braden. Ribeirão Preto, 2007

NSF Escore de risco						Total
	1	2	3	4	5	
Mínimo	11	14	13	10	14	10
Máximo	23	19	19	17	23	23
Média	18,8	16	15,44	14,5	18,2	17,06
DP	3,82	1,82	2,18	2,58	2,69	3,26
Mediana	18	16	15	15,5	18,5	16
Total de pacientes	15	07	09	06	10	47

Considerando os 47 pacientes, o escore mínimo foi 10 (risco elevado) e o máximo 23 (sem risco). Nos NSF 1 e 5 os escores médios e a mediana foram mais elevados do que nos outros, demonstrando que havia menor número de pacientes com escores de risco.

Na Tabela 12 é apresentada a distribuição dos pacientes conforme o nível de risco para UPP e a faixa etária.

Tabela 12 - Distribuição de pacientes quanto à categorização dos escores da Escala de Braden e a faixa etária, Ribeirão Preto, 2007

Faixa etária Escore da Escala de Braden			Total	%
	< 60	≥ 60		
10 – 12	0	2	2	4,2
13 – 14	2	6	8	17,0
15 – 16	4	10	14	29,8
17 - 18	2	7	9	19,1
≥ 19	3	11	14	29,8
Total de pacientes	11	36	47	100,0

Destaca-se que os 2 pacientes que apresentavam escores de risco elevado (entre 10-12), eram idosos.

Nas Tabelas 13 a 18, são apresentados os valores mínimos, médios e máximos de cada uma das sub-escalas que compõem a escala de Braden.

Tabela 13 - Distribuição dos pacientes, por NSF, quanto aos valores da sub-escala – “Percepção Sensorial”. Ribeirão Preto, 2007

Percepção Sensorial \ NSF	NSF					Total
	1	2	3	4	5	
Mínimo	1	2	1	1	1	1
Máximo	4	4	4	4	4	4
Média	3,46	3	2,88	2,66	3,3	3,14
DP	1,06	0,81	1,05	1,36	1,05	1,06
Mediana	4	3	3	3	4	4
Total de pacientes	15	07	09	06	10	47

Observa-se que, os resultados da avaliação pela sub-escala os pacientes do NSF 3 e 4 apresentavam escores menores que os dos outros grupos estando com maior limitação considerando a percepção sensorial.

Tabela 14 - Distribuição dos pacientes, por NSF, quanto aos valores da sub-escala – “Umidade”. Ribeirão Preto, 2007

Umidade \ NSF	NSF					Total
	1	2	3	4	5	
Mínimo	1	3	4	1	3	1
Máximo	4	4	4	4	4	4
Média	3,66	3,85	4	3,33	3,7	3,72
DP	0,81	0,37	0	1,21	0,48	0,68
Mediana	4	4	4	4	4	4
Total de pacientes	15	07	09	06	10	47

No subescore - umidade, os pacientes do NSF 1 e 4 apresentavam escores menores que os dos outros grupos, embora muito próximos.

Tabela 15 - Distribuição dos pacientes, por NSF, quanto aos valores da sub-escala – “Atividade Física”. Ribeirão Preto, 2007

Atividade Física \ NSF	NSF					Total
	1	2	3	4	5	
Mínimo	1	1	1	1	1	1
Máximo	4	4	3	2	4	4
Média	2,66	1,71	1,66	1,66	2	2
DP	1,23	1,11	0,70	0,51	0,94	1,05
Mediana	2	1	2	2	2	2
Total de pacientes	15	07	09	06	10	47

Para o subescore - atividade física, observa-se que os escores médios dos pacientes dos NSF 2, 3 e 4 foram menores dos que dos outros grupos demonstrando que apresentavam maior restrição na atividade do que os pacientes dos outros grupos. Entretanto, todos tinham restrição na atividade pois esse era um dos critérios para inclusão no estudo.

Tabela 16 - Distribuição dos pacientes, por NSF, quanto aos valores da sub-escala – “Mobilidade”. Ribeirão Preto, 2007

Mobilidade \ NSF	NSF					Total
	1	2	3	4	5	
Mínimo	2	1	1	1	2	1
Máximo	4	3	3	3	4	4
Média	3,13	2	1,88	2,33	3	2,59
DP	0,91	0,57	0,78	1,03	1,05	1,01
Mediana	3	2	2	3	3	2
Total de pacientes	15	07	09	06	10	47

No subescore – mobilidade, os pacientes do NSF 2 e 3 apresentavam escores menores que os dos outros grupos, demonstrando maior limitação para mudanças de posicionamento do corpo do que os outros pacientes.

Tabela 17 - Distribuição dos pacientes, por NSF, quanto aos valores da sub-escala – “Nutrição”. Ribeirão Preto, 2007

Nutrição \ NSF	NSF					Total
	1	2	3	4	5	
Mínimo	2	3	2	1	2	1
Máximo	4	4	4	4	4	4
Média	3,46	3,42	3,44	2,5	3,4	3,31
DP	0,63	0,53	0,72	1,04	0,69	0,75
Mediana	4	3	4	2,5	3,5	3
Total de pacientes	15	07	09	06	10	47

Destaca-se que os pacientes do NSF 4 obtiveram escores menores com ingestão provavelmente inadequada .

Tabela 18 - Distribuição dos pacientes, por NSF, quanto aos valores da sub-escala – “Fricção e Cisalhamento”. Ribeirão Preto, 2007

Fricção e cisalhamento \ NSF	NSF					Total
	1	2	3	4	5	
Mínimo	1	1	1	1	1	1
Máximo	3	3	2	3	3	3
Média	2,33	2	1,55	2	2,4	2,10
DP	0,81	0,81	0,52	0,63	0,69	0,75
Mediana	3	2	2	2	2,5	2
Total de pacientes	15	07	09	06	10	47

No subescore - fricção e cisalhamento, os pacientes do NSF 3 obtiveram o menor escore médio com maior necessidade de assistência para movimentação para evitar problemas.

Outro fator que pode interferir no aumento do risco para UPP é o índice de massa corporal (IMC). Pacientes com baixo índice apresentam-se desnutridos e com elevado índice apresentam-se obesos (WHO, 2000). Encontrou-se no estudo que 6 pacientes estavam

desnutridos, 30 com peso normal, 9 com sobrepeso e 2 obesos (Tabela 21). O IMC mínimo foi 10,93, o máximo 48,06, a média 23,18 (DP 5,47) e mediana 23,52.

5.3 Prevalência de pacientes com Úlcera Por Pressão

O índice de prevalência encontrado foi 19,1% já que dos 47 pacientes que participaram do estudo, 9 apresentavam úlceras por pressão no momento da avaliação.

Na Tabela 19 é apresentada a distribuição dos pacientes com UPP considerando os escores totais da Escala de Braden.

Tabela 19 - Distribuição de pacientes em relação a categorização dos escores da Escala de Braden e a presença de UPP, Ribeirão Preto, 2007.

Escala de Braden	UPP		Total	f (%)
	Sim	Não		
10 – 12	1	1	2	4,3
13 – 14	2	6	8	17,0
15 – 16	1	13	14	29,8
17 - 18	3	6	9	19,1
≥ 19	2	12	14	29,8
Total de pacientes	9	38	47	100

Observa-se que dos 2 pacientes com risco elevado (escores 10-12) 1 (50%) teve UPP, e dos 8 com risco moderado (escores 13-14) 2 (25%) tiveram UPP. Já dentre os pacientes em risco com escores 15 e 16 somente 1 (7,14%) teve UPP e com escores 17 e 18, três (33,3%). Quando se analisa os escores de risco considerando também a variável idade (Tabela 22), observa-se que os pacientes mais idosos tiveram mais UPP, corroborando os dados encontrados na literatura.

Na Tabela 20 é apresentada a distribuição dos sub-escores médios da Escala de Braden e presença de UPP.

Tabela 20 - Distribuição dos sub-escores médios da Escala de Braden e a presença de UPP. Ribeirão Preto, 2007.

Sub-escores médios da Escala de Braden	Presença de UPP		Total
	sim	não	
Percepção sensorial	3,0	3,18	3,14
Umidade	3,78	3,44	3,72
Atividade	2,0	2,07	2,06
Mobilidade	2,11	2,71	2,59
Nutrição	3,33	3,31	3,31
Fricção e cisalhamento	1,88	2,15	2,10

Observa-se que os fatores que podem ter influenciado os menores escores para os pacientes com UPP foram aqueles relacionados à percepção sensorial, atividade, mobilidade, fricção e cisalhamento.

A maior frequência de pacientes com UPP estavam no intervalo de IMC normal, (WHO, 2000), como observa-se na Tabela 21.

Tabela 21 - Distribuição de pacientes conforme os intervalos de IMC e a UPP. Ribeirão Preto, 2007

Intervalos IMC	sem UPP	com UPP	Total	f (%)
18,5 – desnutrido	5	01	6	12,8
18,5-24,99 – peso normal	22	08	30	63,8
25,0 - 29,9 - sobrepeso	9	0	9	19,2
30 – 34,9 - obesidade classe 1	1	0	1	2,1
> 40 - obesidade classe 3	1	0	1	2,1
Total	38	09	47	100,0

Na Tabela 22 são apresentados os dados correlacionando idade e presença de UPP.

Tabela 22 - Número de pacientes considerando a presença de UPP e a faixa etária, no momento da entrevista. Ribeirão Preto, 2007

Faixa etária \ UPP	sim		não		Total	f (%)
		f (%)		f (%)		
< 60 anos	1	9,1	10	90,9	11	23,4
≥ 60 anos	8	22,2	28	77,8	36	76,6
Total de pacientes	9	19,14	38	80,85	47	100,0

Dos 11 pacientes com menos de 60 anos, apenas 1 (2,1%) paciente possuía UPP e dos 36 pacientes idosos, 8 (17,0%) pacientes possuíam UPP. Um relacionamento linear tem sido encontrado em vários estudos entre o aumento da idade dos pacientes e o aumento da ocorrência da UPP. Além da maior prevalência das condições crônicas que levam a diminuição da capacidade funcional nos idosos, a própria fisiologia do envelhecimento contribui para o aumento do risco. O envelhecimento também afeta todos os estágios da cicatrização, independente das comorbidades que por si mesmas também interferem no processo de reparação tecidual (STOTTS; HOPF, 2005; SOUZA; SANTOS, 2006).

Na Tabela 23 são apresentados os valores mínimos, máximos e média de úlceras por paciente considerando os NSF.

Tabela 23 - Valores mínimos, máximos, média e desvio padrão da quantidade de UPP dos pacientes considerando o NSF. Ribeirão Preto, 2007(n=9)

UPP \ NSF						TOTAL
	1	2	3	4	5	
Mínimo	1	1	1	2	1	1
Máximo	2	3	4	2	1	4
Média	1,5	2	2,33	2	1	1,88
DP	0,70	1,41	1,52	0	0	1,05
Mediana	1,5	2	2	2	1	2

Os 9 pacientes apresentaram em média 1,88 UPP. Na Tabela 24 é apresentada a prevalência da UPP, os escores de risco, de acordo com o NSF.

Tabela 24 - Prevalência de UPP nos pacientes, considerando os NSF e a classificação dos escores de risco (CER), da Escala de Braden.

NSF		1			2			3			4			5			Total		
CER	UPP	S	N	T	S	N	T	S	N	T	S	N	T	S	N	T	S	N	T
10 – 12		0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	2
13 – 14		0	0	0	1	1	2	1	3	4	0	1	1	0	1	1	2	6	8
15 – 16		1	3	4	0	2	2	0	2	2	0	3	3	0	3	3	1	13	14
17 - 18		0	3	3	1	1	2	1	1	2	0	1	1	1	0	1	3	6	9
≥ 19		1	6	7	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	5	5	2	12	14
Total de pacientes		2	13	15	2	5	7	3	6	9	1	5	6	1	9	10	9	38	47
S – sim N – não T - total																			

A maior prevalência foi encontrada nos pacientes da área do NSF 3 quando 33,3% dos pacientes apresentavam UPP, seguida dos pacientes da área do NSF 2 com a prevalência de 28,6%.

5.4 Localização anatômica e características das UPP

Na Tabela 25 é apresentada a distribuição das 17 UPP identificadas nos sujeitos da pesquisa, considerando a localização anatômica e o estágio .

Tabela 25 - Distribuição das UPP dos pacientes da pesquisa, considerando a localização anatômica e o estágio da UPP, no momento da entrevista, por NSF

Estágio da UP Localização anatômica	Estágio da UP				Total	f (%)
	I	II	III	IV		
Orelha	1	0	0	0	1	5,9
Trocâter do fêmur	1	1	1	2	5	29,4
Sacral	0	1	1	1	3	17,6
Ísquio	0	0	0	2	2	11,8
Calcâneo	3	1	0	0	4	23,5
Maléolo	1	0	0	0	1	5,9
Plantar	0	1	0	0	1	5,9
Total UPP	6	4	2	5	17	100

A localização anatômica de maior frequência foi a região do trocâter do fêmur (29,4%), seguida da região dos calcâneos (23,5%) e sacral (17,6%). Quanto aos estágios da lesão, a maioria das UPP estavam no estágio I (35,3 %), seguidas do estágio IV (29,4%) . Os locais encontrados nesse estudo são os de ocorrência mais frequente com o posicionamento da pessoa no leito em decúbito dorsal e lateral. Nos estudos realizados em Unidades de Terapia Intensiva de hospitais universitários no Brasil a UPP apresenta-se com maior frequência na região dos calcâneos e sacral e em estágios I e II (FERNANDES, 2006; COSTA, 2003; ROGENSKI, 2002)

Em estudo com idosos em Instituições de Longa Permanência (ILP) as regiões corporais mais frequentes para o desenvolvimento foram o maléolo e o ísquio e a maior percentagem encontrada (66,6%) foi a UPP em estágio I (SOUZA; SANTOS, 2006).

Na Tabela 26, são apresentados os dados das características das UPP.

Tabela 26 - Distribuição das UPP quanto às características da lesão: estágio e tempo de lesão, dimensão, quantidade de exsudato, tipo de tecido no leito da ferida

Tempo de Lesão / Estágios	2m	3m	4m	NS*	Total	f (%)
I	1	0	1	4	6	35,3
II	0	1	2	1	4	23,5
III	0	0	2	0	2	11,8
IV	0	0	5	0	5	29,4
Total	1	1	10	5	17	100,0

Dimensão (Comprimento X Largura) cm	UPP	f (%)
< 0,3	1	5,9
0,3-0,6	2	11,8
0,7-1,0	1	5,9
1,1-2,0	2	11,8
2,1-3,0	3	17,5
3,1-4,0	0	0
4,1-8,0	1	5,9
8,1-12,0	4	23,5
12,1-24,0	2	11,8
> 24,0	1	5,9
Total	17	100,0

Estágio / Exsudato	I	II	III	IV	Total	f (%)
Ausente	6	4	0	2	12	70,7
Pequena	0	0	0	3	3	17,5
Moderada	0	0	1	0	1	5,9
Grande	0	0	1	0	1	5,9

Estágio / Tipo de tecido	I	II	III	IV	Total	f (%)
Epitelial	4	0	0	1	5	29,4
Granulação	1	2	2	1	6	35,3
Esfacelo	1	1	0	3	5	29,4
Necrose	0	1	0	0	1	5,9
Total de UPP	6	4	2	5	17	100,0

* não soube referir

Ao agrupar o estágio das UPP com o tempo de lesão, identificou-se 6 (35,3%) UPP no estágio I, sendo que 2 úlceras existiam entre com 2 e 4 meses e para 4 UPP os participantes não souberam referir há quanto tempo haviam se iniciado. A maior parte das UPP haviam surgido há 4 meses sendo que 5 estavam no estágio IV. Assim, na medida que o tempo passou desde o início da lesão, aumentou também a profundidade anatômica das UPP, evidenciando a persistência dos fatores de risco e, possivelmente, a falta do uso das medidas de proteção. Sabe-se que nem todas as UPP podem ser prevenidas, mas as medidas preventivas devem ser conhecidas e utilizadas por todos os pacientes em risco e seus cuidadores. Também as características das UPP como localização, descrição dos estágios e dos aspectos que evidenciam melhora ou piora da lesão devem ser ensinados não só aos profissionais mas também aos pacientes e cuidadores pois todos são responsáveis pela prevenção qualquer que seja o contexto do cuidado (BERGSTROM et al., 1994).

Quanto a dimensão das lesões houve grande variação, porém mais de 40% das lesões tinham mais de 8 cm². Quanto ao exsudato, a maior parte não apresentava (70,7%) e 2 UPP no estágio III apresentavam entre moderada e grande quantidade de exsudato. Quanto ao tipo de tecido do leito da ferida, 11 mostravam sinais de cicatrização (granulação e epitelial) e outras 6 apresentavam esfacelo ou necrose. Essas características da UPP exigem uma observação e acompanhamento mais freqüente para que as dificuldades para a cicatrização e as complicações sejam detectadas precocemente. Considerando o escore da escala PUSH que pode variar de 0 – 17, o escore máximo encontrado foi 14, o mínimo 2, a média 8,35 e DP 3,39. Para as úlceras em estágio I, observou-se o escore médio 7,33, para o estágio II o escore 6,0, para o estágio III o escore 13 e para o estágio IV, o escore 9,4. Essas últimas tiveram um escore menor pois em duas UPP, o tecido do leito da ferida estava na fase da epitelização.

Esses escores podem ser utilizados como critérios de avaliação e acompanhamento semanal da lesão, pois facilitam a comunicação entre os diversos membros da equipe ao invés de somente a descrição das características das lesões.

Van Rijswijk e Braden (1999) ao revisarem as recomendações de Bergstrom et al. (1994) sobre o tratamento da UPP sugerem que para determinar a adequação do plano de tratamento, as lesões deveriam ser monitoradas a cada troca de curativo e reavaliadas pelo menos semanalmente incluindo a mensuração. Preconiza-se que uma UPP sem presença de infecção, com suprimento sangüíneo e tratamento adequado deve mostrar sinais de cicatrização entre duas a quatro semanas. Em pacientes nos quais a cicatrização não é uma meta possível, o tratamento deve evitar a infecção, prevenir futura deteriorização da lesão e fornecer conforto de forma que a qualidade de vida possa ser mantida (BERGSTROM et al., 1994). O estado nutricional, também precisa ser avaliado frequentemente, pois pacientes desnutridos ou com alimentação com deficiência de nutrientes terão dificuldades na cicatrização, além de terem maior risco para novas UPP. Recomenda-se a inclusão de nutricionista na equipe especializada que lida com a prevenção e tratamento da UPP em todos os contextos de cuidado (RNAO, 2007).

5.5 Medidas utilizadas para a prevenção e tratamento das UPP

Os resultados da avaliação dos pacientes, referente ao uso de medidas e equipamentos para redução de carga mecânica, que causam o excesso de pressão nos tecidos e são adequadas para prevenção e tratamento da UPP, são apresentados na Tabela 27.

Tabela 27 - Distribuição de pacientes quanto ao uso das medidas para a prevenção e a presença da UPP, Ribeirão Preto, 2007

UPP				
Medidas de prevenção	SIM	NÃO	Total	f (%)
<u>Mudança de decúbito</u>				
Sim	6	22	28	59,6
Não	3	16	19	40,4
<u>Descompressão isquiática</u>				
Sim	2	20	22	46,8
Não	5	16	21	44,7
Não se aplica	2	2	4	8,5
<u>Uso do lençol móvel</u>				
Sim	0	4	4	8,5
Não	9	34	43	91,5
Total				
<u>Movimentação por duas pessoas</u>				
Sim	5	8	13	27,6
Não	4	30	34	72,4
Total				
<u>Uso de almofadas nos calcâneos</u>				
Sim	6	20	26	55,3
Não	3	18	21	44,7
Total				
<u>Uso de almofadas na cadeira</u>				
Sim	4	21	25	53,2
Não	3	15	18	38,3
Não se aplica	2	2	4	8,5
<u>Tipo de colchão usado</u>				
Espuma comum 8 – 20 centímetros de altura	2	27	29	61,8
Espuma e magnético - 15 centímetros de altura	1	0	1	2,1
Mola - 15 e 20 centímetros de altura	1	3	4	8,5
Mola - 15 centímetros de altura	1	2	3	6,4
Mola – 20 centímetros de altura	0	1	1	2,1
Caixa de ovo - 8 centímetros de altura	1	0	1	2,1
Caixa de ovo - 7 centímetros de altura	4	6	10	21,3
Ar	0	1	1	2,1
Água	0	1	1	2,1
Total	9	38	47	100,0

Os resultados apresentados permitem concluir que medidas básicas para prevenção da UPP não foram usadas no contexto estudado para grande número de pacientes (40%), embora 70% da população estivesse em risco para UPP pela avaliação realizada utilizando a Escala de Braden.

A mudança de decúbito, uma medida preconizada há muitas décadas como essencial para a prevenção, que permite o alívio da pressão nas regiões de proeminências ósseas, foi realizada em menos de 60% dos pacientes. Também o uso de travesseiro ou almofada na região das panturrilhas, ou no assento da cadeira, para alívio das pressão na região dos calcâneos ou da região isquiática, quando o indivíduo está em decúbito dorsal ou sentado, não foram medidas utilizadas por todos os participantes da pesquisa.

Outras medidas recomendadas para movimentação (mudança por duas pessoas e uso do lençol móvel) também tiveram adesão muito pequena pelos pacientes estudados.

Quanto a recomendação para o uso de colchão especial (junto com o colchão padrão) seja de espuma caixa de ovo, ar ou água foi observada a adesão por pequena porcentagem de pacientes estudados (27,6%). A recomendação feita nas diversas diretrizes internacionais baseia-se na evidência que os colchões especiais destinados a prevenir ou a tratar a UPP são geralmente mais eficazes do que os colchões tradicionais para a melhor distribuição da pressão e para a diminuição da chance de ocorrência de UPP em pacientes em risco (BERGSTROM, 2000) O colchão tradicionalmente comercializado no Brasil e utilizado nas camas em domicílios e mesmo em muitos hospitais não são adequados para evitar o aumento da pressão nas proeminências ósseas. Muitas vezes o que se observa na prática é o uso do colchão de espuma comum e quando a UPP surge na região sacral, os pacientes são posicionados em decúbito lateral sobre o trocânter, o que facilita então o desenvolvimento da UPP nesse local. Com o paciente apresentando UPP nas diversas regiões corporais, mesmo que o reposicionamento seja feito freqüente isso não é suficiente para remover o excesso de pressão, assim, a UPP não apresenta sinais de cicatrização.

Na Tabela 28 são apresentados os dados relacionados ao tempo que os pacientes ficavam sentados em cadeira e tempo deitado em decúbito dorsal (sem movimentação ou mudança).

Tabela 28 - Valores mínimos, máximos, média e desvio padrão quanto ao uso das medidas para a prevenção: tempo sentado em cadeira e tempo deitado em decúbito dorsal dos pacientes considerando a presença da UPP. Ribeirão Preto, 2007

Tempo sentado	UPP		GRUPO (n=40)
	Sim (n=6)	Não (n=34)	
Tempo mínimo	0,5	0,5	0,5
Tempo máximo	14	18	18
Média	7,83	6	6,33
DP	5,87	5,29	5,34

Tempo na posição dorsal	UPP		GRUPO (n=33)
	Sim (n=8)	Não (n=25)	
Tempo mínimo	0,5	1	0,5
Tempo máximo	24	24	24
Média	9,31	10,48	10,19
DP	7,44	7,11	7,09

Quanto a posição sentada, observa-se que embora o tempo máximo encontrado tenha sido menor para os pacientes com UPP, a média de tempo foi maior do que para os pacientes sem UPP. Quanto à posição dorsal, o tempo médio para os pacientes sem UPP foi maior do que os pacientes com UPP. A análise considerou somente o total de pacientes que referiram ficar nas posições investigadas.

Na Tabela 29 observa-se as terapias utilizadas e os estágios das UPP.

Tabela 29 – Terapias tópicas utilizadas no tratamento considerando os estágios das UPP. Ribeirão Preto, 2007

Estágio da UPP					
Terapia tópica *	I	II	III	IV	Total
Hipoglós	01	0	0	0	01
Nebacetin	01	02	0	0	03
AGE	02	01	0	0	03
Óleo de amendoim	01	01	0	0	02
Colagenase com cloranfenicol	0	0	01	01	02
Talco	01	0	0	0	01
Hidrogel	0	0	01	02	03
Hidrocolóide	0	0	01	02	03
Sem tratamento	02	0	0	0	02

* Em alguns casos foi utilizado mais de um produto no mesmo procedimento.

Em relação ao tratamento, citaram o uso de pomadas com antibióticos (29,4%), uma medida desnecessária e contra-indicada pois podem causar alergias e possibilitar resistência microbiana (BERGSTROM et al., 1994; RNAO, 2007). Em quatro úlceras, foram utilizados produtos sem qualquer evidencia como hipoglós, óleo de amendoim e talco, e para 6 UPP (35,3%) citaram coberturas industrializadas. Em duas UPP, não era realizado qualquer tipo de tratamento, por desconhecimento dos cuidadores da existência da úlcera.

Considerando as características de cada paciente que apresentou a UPP como a idade, morbidade referida, escore da Escala de Braden e tempo de restrição, é possível compreender que esses fatores agiram sinergisticamente para o desenvolvimento da UPP e que as medidas que poderiam diminuir o impacto do excesso de pressão como a redução do tempo em uma mesma posição como a dorsal ou sentado e uso de colchão adequado não foram utilizadas com frequência (APENDICE C) .

Dentre os 9 pacientes com UPP, 5 possuíam planos de saúde, sendo que 2 utilizavam os dois serviços (SUS e Convênio). Sabe-se que tanto a prevenção da UPP como o seu tratamento tem um custo elevado. Onze dos 47 pacientes participantes da pesquisa tiveram

UPP anteriormente a esse estudo. Dos 9 pacientes que tinham a UPP nesse estudo, em 6 as lesões se iniciaram durante a hospitalização e se prolongaram após a alta, evidenciando a necessidade de um acompanhamento tanto no domicílio antes da internação quanto no hospital e após a alta, pois apresentam risco para o problema.

Esses resultados apontam as características do paciente e do processo de cuidar entretanto os aspectos referentes a estrutura familiar e a estrutura oferecida pelos serviços para a assistência domiciliária precisam ser melhor investigados para permitir uma melhor compreensão do problema.

A articulação entre os níveis de atenção à saúde é fundamental para esta população para possibilitar o atendimento integral e contínuo. A construção de redes de apoio entre a família, comunidade e serviços poderá facilitar a resolução dos problemas encontrados.

Conclusões

6 CONCLUSÕES

As conclusões neste estudo são apresentadas conforme com os objetivos propostos.

1 Quanto ao perfil sócio-demográfico e clínico dos pacientes evidenciou-se:

- Que os pacientes participantes do estudo apresentava idade média de 68,5 anos, (moda 79 e DP 18,58) e a faixa etária predominante foi a de 70 a 79 anos (32,0%) seguida da faixa etária dos maiores de 80 anos (29,8%);
- Que os pacientes residentes das áreas dos NSF 2 e 4 eram mais jovens e que nas áreas dos NSF 1, 3 e 5 predominavam os pacientes mais idosos;
- Houve a predominância de pacientes do sexo feminino nas áreas dos NSF 1 e 3 (60% ou mais de mulheres) e predominância de pacientes do sexo masculino na área do NSF 2 (57,1%);
- Quanto a cor da pele, nos NSF 2, 3 e 4 a totalidade dos pacientes era de cor branca. Já nas áreas dos NSF 1 e 5, ao redor de 70% dos pacientes participantes eram de cor branca;
- Houve predominância no nível de escolaridade fundamental 1 incompleto que corresponde da 1ª a 4ª série (40,4%), seguidos de 29,8% de analfabetos;
- Em relação à profissão 61,7 % referiram uma profissão, sendo mais freqüente na categoria dos Trabalhadores de Produção de Bens e Serviços Industriais;
- Quanto à ocupação, no momento da pesquisa, 46 (97,9%) dos pacientes não a possuíam;
- Que 55,4% eram aposentados e 25,5 % pensionistas (sendo esses sujeitos mulheres);

- Quanto à naturalidade, 21,3% dos pacientes nasceram no município de Ribeirão Preto e 78,7% migraram de outros municípios;
- Quanto ao estado civil 42,5% eram casados, viúvos 36,2%, solteiros 14,9% e os separados 6,4%;
- Nos NSF onde a população era mais idosa o número de pacientes com estado civil viúvo é maior com 40% no NSF1, 44,4% no NSF3 e 50,0% no NSF5;
- Em relação aos arranjos domiciliares, nenhum paciente morava sozinho, 25,5% moravam com esposo (a) e filhos, 21,3% moravam somente com filhos (as), 21,3% com filho, nora e netos, 17% com outras pessoas e 12,8% moravam com o cônjuge;
- Em relação à renda familiar, 48,9% recebiam entre 3 a 5 salários mínimos 25,5% dos pacientes possuíam renda entre 1 a 2 salários mínimos. Somente 1 (2,1%) paciente possuía renda menor que um salário mínimo, recebia a bolsa família.
- Quanto à identificação do cuidador principal, 91,5% pacientes eram dependentes de cuidadores, 27,7% eram cuidados pelo cônjuge e outros 27,7% eram cuidados pelos filhos, sendo que a maioria dos cuidadores eram mulheres;
- Quanto ao estilo de vida, 8,5% participantes no momento do estudo eram tabagistas e 2,1% etilista; 25,5% eram ex-tabagistas 14,9% ex-etilistas, desses 40,4%, 21% eram tanto ex-tabagistas e ex-etilistas.
- Houve predomínio das doenças do aparelho circulatório, com 63,8% pacientes, 48,9% apresentavam doenças do sistema nervoso, 29,8% apresentavam diabetes mellitus e 21,3% apresentavam doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo;
- Que dos 47 participantes, 23 (48,9%) identificaram que o fator que os levou à restrição da mobilidade foi a própria doença de base principalmente as de origem neurológica e músculo-esqueléticas, 21,3% dos pacientes a restrição ocorreu após o Acidente Vascular

Cerebral (AVC), 12,8% após a fratura de fêmur e 6,4% citaram a queda ou a amputação como fator causador da limitação;

- Quanto ao tempo de restrição, o mínimo observado foi de 15 dias e o máximo de 480 meses, com média de 66 meses (DP 84,53);

- Quanto ao tempo de restrição, no NSF 1 a média foi de 37,5 meses (DP 44,56), no NSF2 a média foi de 124 meses (DP 176,41) NSF3 a média foi de 35meses(DP 40,17), NSF4 a média foi de 112 meses (DP 75,76) e NSF5 a média foi de 67 meses (DP 41,74);

- A maior parte dos pacientes 93,6% faziam uso de medicamentos sob prescrição médica e 2,1% fazia auto-medicação.

- Os medicamentos utilizados com maior frequência por 61,7% dos pacientes eram das categorias dos anti-hipertensivos, antiepilético, anticonvulsivante, antidepressivo, antipsicótico, antidemencial, antiparkinsoniano, calmante ou sedativos e 55,3% dos pacientes utilizavam vários outros medicamentos, como antilipêmicos, antiespásticos, antiúlceras péptica, antibacterianos, antieméticos, hormônios tireoidianos, expectorantes e descongestionantes;

- Quanto à internação nos 12 meses que antecederam a pesquisa, 48,9% dos pacientes tiveram internações, sendo que nos NSF 1, 2 e 5 entre 43% e 50% dos pacientes estiveram internados e no NSF 3, 77,8% dos pacientes tiveram internação;

- O motivo das internações variou entre a decorrência de complicações da doença (82,6%), tratamento eletivo e cirurgias (13,1%) e por fratura (4,3%);

- O tempo médio de internação foi de 9,54 dias (DP 5,78);

- Dentre os que internaram a idade máxima foi 91 anos, a mínima 52, a média 75 anos (DP 11,03) e para o grupo de pacientes que não internaram a idade média foi de 42 anos;

- Quanto ao seguimento no serviço, eram atendidos exclusivamente pelo SUS (68,1%), possuíam planos de saúde (6,4%), utilizavam os dois serviços (25,5%);

- O tempo mínimo de seguimento foi de 3 meses, o máximo 96 meses e o tempo médio foi de 49,18 meses (DP 30,28);
- Houve predominância nas visitas domiciliárias (VD) pelos agentes comunitários de saúde (68,1%), pela equipe - enfermeiro junto com o auxiliar de enfermagem e médico representaram 14,9% dos casos. 2,1% não soube informar qual profissional fazia a VD (no NSF4, 83,3% referiam que a VD era feita pelos ACS e no NSF2, 57,1% referiam que a VD era realizada pela enfermeira, auxiliar de enfermagem e médico);
- Quanto à frequência da visita, referiram receber a VD uma vez por mês (34%), semanalmente 21,3% e recebiam a VD quando necessário 19,1%.

2 Quanto ao escore de risco dos pacientes para UPP, segundo a escala de Braden, evidenciou-se:

- O escore mínimo foi 10 (risco elevado) e o máximo 23 (sem risco), os escores médios nos NSF 1 (18,8) e 5 (18,2) foram mais elevados do que nos outros núcleos;
- Que os 2 pacientes que apresentavam escores de risco elevado (entre 10-12), eram idosos.
- Considerando o subescore - “percepção sensorial”, os menores escores médios foram dos pacientes do NSF 3 (2,88) e 4 (2,66), estando com maior limitação;
- Considerando subescore – “umidade”, os menores escores médios foram dos pacientes do NSF 1(3,66) e 4 (3,33);
- Para o subescore – “atividade física”, os escores médios dos pacientes dos NSF 2 (1,71), 3 (1,66) e 4 (1,66) foram menores, apresentavam maior restrição na atividade do que os pacientes dos outros grupos;
- Para o subescore – “mobilidade”, os menores escores foram dos pacientes do NSF 2 (2) e 3 (1,88), demonstrando maior limitação para mudanças de posicionamento do corpo;

- Considerando o subescore – “nutrição”, os pacientes do NSF 4 obtiveram escores menores (2,5), com ingestão provavelmente inadequada .
- No subescore – “fricção e cisalhamento”, os pacientes do NSF 3 obtiveram o menor escore médio (1,55), com maior necessidade de assistência para movimentação;
- Quanto ao índice de massa corpórea (IMC), nos 5 NSF, o mínimo foi de 10,93, o máximo foi 48,06, a média foi 23,18 (DP 5,47);

3 Quanto a prevalência de pacientes com Úlcera Por Pressão, evidenciou-se:

- O índice de prevalência encontrado foi 19,1%;
- Dos 47 pacientes que participaram do estudo, 9 apresentavam úlceras por pressão no momento da avaliação, alcançando um total de 17 UPP;
- Quanto a presença da UPP, a média encontrada foi de 1,88 UPP (DP 1,05) por paciente;
- Quanto a presença da UPP, no NSF 1 (13,3%), no NSF2 (28,6%), no NSF3 (33,3%), no NSF 4 (16,7%) e no NSF 5 (10,0%);
- Em relação à idade e a presença da UPP, a maior frequência de úlceras foi nos idosos (88,9%);

4 Quanto a localização anatômica e características das UPP, identificou-se:

- A localização anatômica de maior frequência foi a região do trocânter do fêmur (29,4%), seguida da região dos calcâneos (23,5%);
- Quanto aos estágios da lesão, a maioria das UPP estava no estágio I (35,3%), seguidas do estágio IV (29,4%) e estágio II (23,5%);

- A maior parte das UPP haviam surgido há 4 meses, houve grande variação na dimensão das lesões, porém, mais de 40% das lesões tinham mais de 8 cm², a maior parte das UPP não apresentava exsudato (70,7%), quanto ao tipo de tecido do leito da ferida 11 úlceras mostravam sinais de cicatrização com tecido de granulação e epitelial (64,7%) e outras apresentavam esfacelo ou necrose (35,3%)

5 Em relação às medidas utilizadas para a prevenção e tratamento das UPP, observou-se:

- A grande maioria dos participantes não utilizava medidas básicas para prevenção da UPP, embora 70% da população estivesse em risco para UPP pela avaliação realizada, utilizando a Escala de Braden;
- A mudança de decúbito foi realizada em menos de 60% dos pacientes;
- O uso de travesseiro ou almofada na região das panturrilhas, ou no assento da cadeira, não foram medidas utilizadas por todos os sujeitos (41%);
- Outras medidas recomendadas para movimentação (mudança por duas pessoas e uso do lençol móvel) em média 80% não utilizavam;
- Para o grupo com UPP, este apresentou médias de 7,8 horas sentado e 9,3 horas em posição dorsal, não diferenciando muito do outro grupo que apresentou médias de 6 horas sentado e 10,5 horas em posição dorsal;
- O tipo de colchão mais utilizado pelos pacientes (5) com UP era o colchão caixa de ovo, seguido do colchão de espuma (3, sendo 1 magnetizado) e 1 paciente usava o colchão de mola;
- Em relação ao tratamento, citaram o uso de pomadas com antibióticos (29,4%), coberturas industrializadas (35,3%), linimento ácido graxo essencial – AGE (17,6%), hipoglós (5,9%) e não usavam nenhum tipo de tratamento (5,9%).

Considerações Finais

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Cada vez mais o domicílio se transforma em cenário para provisão de cuidados, e isto nos remete a pensar em mudanças no modelo de assistência à saúde e no processo de trabalho dos profissionais envolvidos.

Considerando as mudanças demográfica e epidemiológica nas últimas décadas, os profissionais devem estar preparados e atentos para um novo enfoque, que valorize a família, o estilo de vida, os trabalhos coletivos enfocando a educação em saúde, promoção e prevenção, porém, não é suficiente uma consciência dos profissionais, há necessidade de mudanças nas estruturas dos serviços. Políticas públicas e programas efetivos que dêem respostas a problemas específicos e atuem para diminuir as desigualdades injustas. Diretrizes já existem, porém, existem lacunas e muito mais ainda tem para ser feito, o desafio dos gestores dos serviços públicos deveria ser almejar para que estas de fato se implantem.

As estratégias saúde da família e a AD juntamente, pode ser um modo eficiente, em face desse desafio, mas é necessário que a questão do cuidado às pessoas vulneráveis e ou com dependências incorpore de forma específica, incluindo previsão de financiamento das ações, estabelecimento de rede institucional.

No município de Ribeirão Preto, o SAD é capaz de favorecer em muito o sistema de saúde, e o processo de reestruturação da atenção básica em conformidade com os princípios do SUS, facilitando o acesso, estabelecendo parcerias e vínculos com a comunidade, e promovendo distribuição equânime dos recursos. Entretanto, um aspecto relevante e necessário é a parceria com instituições hospitalares para o desenvolvimento de programas para o planejamento da alta, já que o processo de desospitalização deve envolver todos os serviços e níveis de atenção à saúde, incluindo a equipe do hospital, dos NSF, o SAD e a

família. Para que aconteça a implementação desse serviço, é fundamental a provisão de financiamento dos recursos materiais e humanos necessários.

A equipe de enfermagem deve orientar e supervisionar quanto à qualificação das pessoas que estão cuidando dos indivíduos no domicílio, como investir em prevenção em todos os aspectos e qualidade de vida. Para tanto, esses profissionais devem ser capacitados para essa atenção. O cuidado domiciliar é desenvolvido pela equipe de saúde, pelos familiares e/ou cuidadores e pelo paciente quando este se encontra possibilitado. No entanto, é fundamental o vínculo entre profissionais e a família. As famílias devem ser reconhecidas como parceiras para os cuidados a saúde, mas precisam do apoio dos profissionais, e necessitam de capacitação e respaldo sempre que necessário. O profissional deve compreender a família e suas relações, perceber dificuldades, medos, ansiedades e outros sentimentos oferecendo de fato o apoio necessário e, agir de forma que possibilite o envolvimento da família, com melhora da interação entre os membros, favorecendo a todos, protegendo o paciente e possibilitando suprir a demanda assistencial da pessoa com comprometimento funcional.

Para contribuir, existem protocolos e escalas que devem ser utilizadas pelos enfermeiros para medidas de intervenção que contemplem a prevenção, o tratamento e a reabilitação do paciente. Alguns estudos trazem a efetividade do uso de protocolos e a utilização de escalas de avaliação do paciente, podendo estabelecer cuidados preventivos e otimizar os recursos, conforme as necessidades identificadas. Nesse estudo, as medidas preconizadas no “Manual de Assistência Integral às Pessoas com feridas crônicas” da SMS-RP, visando a prevenção e tratamento de UPP foram pouco utilizadas com os participantes, evidenciando as dificuldades existentes na prática para o uso das recomendações embasadas em evidências.

Os serviços de saúde não podem simplesmente transferir a responsabilidade do cuidado de pacientes acamados ou com restrição de mobilidade para as famílias. Muitas vezes a situação domiciliária é complexa e os cuidadores não estão preparados para assumir mais esta tarefa, necessitando de educação para o cuidado adequado. O desconhecimento das formas de prevenção e tratamento da UPP pode causar danos, aumentando os custos do tratamento para a família e o sistema de saúde. Outra situação preocupante é quando o paciente não possui família ou cuidador, e mais ainda quando o próprio cuidador é idoso com problemas de saúde cuidando de outro idoso com múltiplas morbidades.

Pela Constituição Federal (BRASIL, 1988), pela Política Nacional do Idoso (Brasil, 1994) e a Política Nacional de Saúde do Idoso (BRASIL, 1999) a família é responsável pelo o atendimento às necessidades do idoso, porém não existe o apoio a estas famílias e há falta de definições quanto às responsabilidades das instâncias de cuidados formais e informais. O sistema de saúde, público ou privado, não está preparado para atender nem a demanda que cresce a cada dia, nem a de seus familiares. Por sua vez o sistema previdenciário, público ou privado, não prevê formas de financiamento para o estabelecimento de redes de apoio às necessidades de assistência aos idosos dependentes, com ou sem família. E com a crise econômica muitas vezes o rendimento do idoso passa a ser o sustento da família e com isso, muita das rendas familiares mantêm-se abaixo da linha de pobreza.

Enfim, a promoção da cidadania para grande parte da população depende da eficiência do setor público, com oferta adequada de ações e serviços de saúde. Na prática isto é muito complexo, visto que a cada dia a demanda cresce assim como as restrições orçamentárias.

Referências

8 REFERÊNCIAS²

AYELLO, E. A. Predicting pressure ulcer risk. **Try This**, New York. n. 5, revised 2007. Disponível em: <www.hartfordign.org/publications/trythis>. Acesso em: 19 junho 2008.

BERGSTROM, N. et al. The Braden scale for prediction pressure sore risk. **Nurs. Res.**, Chapel Hill, NC, v. 36, n. 4, p. 205-10, 1987.

BERGSTROM, N. et al. **Pressure ulcers in adults: prediction and prevention**. Clinical Practice Guideline Quick reference guide for clinicians. nº 3; Rockville, MD, U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research. Publication nº 95-0050 May, 1992.

BERGSTROM, N. et al. **Treatment of pressure ulcers clinical guideline**. n.15, Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service Agency for Health Care Policy and Research, Dec. 1994. Publication nº 95-0652.

BERGSTROM, N. et al. Prediction pressure ulcer risk: a multisite study of the predictive validity of the Braden Scale. **Nurs. Res.**, Chapel Hill, NC, v. 47, n. 5, p. 261-9, 1998.

BERGSTROM, N. Review: specially designed products to prevent or heal pressure sores are more effective than standard mattresses. **Evid. Based Nurs.**, Omaha, v. 3, n. 2, p. 54, 2000.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Lei nº 8842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso, e da outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 4 jan. 1994. Seção 1, v. 132, n. 3, p. 77-9.

BRASIL. Lei nº 10424/GM, de 14 de abril de 2002. Acrescenta capítulos VI e artigo 19-I à lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Estabelece no âmbito do sistema único de saúde, o atendimento e a internação domiciliar. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 14 abr. 2002. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 19 março 2007.

² De acordo com:

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 6023: informação e documentação: referências: elaboração. Rio de Janeiro, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. Aprovou o regulamento técnico para o funcionamento dos serviços de assistência domiciliar nas modalidades de atendimento e internação domiciliar. Consulta Pública nº 81, de 14 de outubro de 2003. **Diário Oficial da União**, Brasília, out. 2003. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 19 fevereiro 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. Dispõe sobre o regulamento técnico de funcionamento de serviços que prestam atenção domiciliar RDC nº 11 de 30 de janeiro de 2006. **Diário Oficial da União**, seção 1. Brasília, jan. 2006. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 19 março 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Código Internacional de Doenças – CID 10**. Décima revisão da classificação estatística internacional das doenças e problemas relacionados à saúde. Centro colaborador da OMS para classificação de doenças em português (Centro brasileiro de classificações de doenças - CBCD). Versão eletrônica do CID 10. Brasília, 2006. Disponível em: <www.saude.gov.br/cid10>. Acesso em: 19 janeiro 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Dispõe sobre as diretrizes e normas reguladoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução nº 196/96 de 10 de outubro de 1996. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1996. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 22 março 2006.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social (MPA). Institui a modalidade de atenção domiciliar ao idoso. Portaria nº 73 de 10 de maio de 2001. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2001. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 12 março 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Dispõe sobre os requisitos para o credenciamento de hospitais e critérios para realização de internação domiciliar no âmbito do SUS. Portaria nº 2.416 de 23 de março de 1998. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 58, seção 1, p. 106, 1998.

BRASIL, Ministério da Saúde. Estabelece a assistência domiciliar com modalidade assistencial a ser desenvolvida pelos Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso. Portaria SAS/GM nº 249. **Diário Oficial da União**, n. 72, 16 de abril de 2002. Brasília, 2002. Disponível em: <www.saude.gov.br/sas/portarias>. Acesso em: 18 janeiro 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Institui a internação domiciliar no âmbito do SUS. Portaria nº 2529/GM de 19 de outubro de 2006. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2006. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 12 março 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pacto pela Saúde 2006: Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. Portaria nº 399/GM. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2006. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 12 março 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão. Portaria nº 699/GM, de 30 de março de 2006. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2006. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 12 março 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME**, medicamentos por grupo farmacológico. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 26 janeiro 2008.

BRASIL. Política Nacional de Saúde do Idoso. Portaria nº 1395, de 9 de dezembro de 1999. **Diário Oficial da União**. Brasília, 1999. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 12 março 2008.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Aprova a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), esboçando os grandes grupos (GG) e modificando a Classificação Internacional Uniforme de Ocupações – CIUO 88. Portaria nº 397/GM, de 09 de outubro de 2002 - **Diário Oficial da União**, Brasília, 2002. Disponível em: <www.mtecbo.gov.br>. Acesso em: 23 janeiro 2008.

BROOTEN, D.; NAYLOR, M. D. Nurses' effect on changing patient outcomes. **IMAGE: J. Nurs. Scholars.**, Pennsylvania, v. 27, n. 2, p. 95-9, 1995.

CALIRI, M. H. L. **A utilização da pesquisa na prática clínica de enfermagem. Limites e possibilidades.** 2002. 143 f. Tese (Livre-Docência) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2002.

CARVALHO FILHO, E. T. et al. Iatrogenia em pacientes idosos hospitalizados. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n.1, p. 36-42, 1998.

CHAVES, M. M. N.; FERNANDES, L. M. Úlcera de pressão: análise de fatores de risco de uma comunidade. **Rev. Texto e Cont. Enf.** Florianópolis, v. 9, n. 2, pt. 2, p.866, 2000.

CHAYAMITI, E. M. P. C. et al. Dificuldades para o uso de inovações: assistência às pessoas com feridas crônicas nas unidades de saúde de Ribeirão Preto. **Rev. Estima**, São Paulo, v. 5, n. 3, p. 22-8, jul. -set., 2007.

COSTA, F. A. M. M. **O cuidado de idoso com úlcera de pressão**: representações familiares. 2001. 147 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Ilhéus, 2001.

CUDDIGAN, J.; FRANTZ, R. A. Pressure ulcer research: Pressure ulcer treatment. A monograph from the National Pressure Ulcer Advisory Panel. **Adv. Wound Care**, Detroit, v. 11, p. 294-300, 1998.

DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. E. **Atendimento domiciliar**: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu, 2005.

DUARTE, Y. A. O.; LEBRÃO, M. L.; LIMA F. D. Contribuição dos arranjos domiciliares para o suprimento de demandas assistenciais dos idosos com comprometimento funcional em São Paulo. **Rev. Panam. Salud Publica**, Washington, v. 17, n. 5/6, p.370-8, 2005.

EGRY, E.Y.; FONSECA, R. M.G. S. A Família, a visita domiciliária e a enfermagem: revisitando o processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 233-9, set. 2000.

FALCÃO, H. A. “Home care” – uma alternativa ao atendimento da saúde. **Rev. Virt. Medicina**, edição n. 7, ano II, 1999. São Paulo. Disponível em: <<http://www.medonline.com.br/med>>. Acesso em: 04 janeiro 2007.

FERNANDES, L. M. **Efeitos de intervenções educativas no conhecimento e práticas de profissionais de enfermagem e na incidência de úlcera de pressão em centro de terapia intensiva**. 2006. 215 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

FERRELL, B. A.; JOSEPHSON, K.; NORVID, P.; ALCOM, H. The American Geriatrics Society. Pressure ulcers among patients admitted to home care. **J. Am. Geriat. Soc.**, v. 48, n. 9, p. 1042-7, 2000.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa nacional por amostra de domicílios 2004**: síntese dos indicadores. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 07 julho 2008.

GERRISH, K.; CLAYTON, J. Promoting evidenced-based practice: an organizational approach. **J. Nurs. Manage.**, Oxford, v. 12, p. 114-23, 2004.

GORDILHO, A. et al. **Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso.** Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2000.

GORZONI, M. L.; PIRES, S. L. Idosos asilados em hospitais gerais. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 6, p. 1124-30, 2006.

HERÉDIA, V. B. M.; CASARA, M. B.; CORTELLETTI, I.A. Impactos da longevidade na família multigeracional. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 7-28, 2007.

HUNTER, K. F; CYR, D. Pharmacotherapeutics in older adults. **JWOCN**, Charlottesville, v. 33, n. 6, p.630-8, 2006.

JACOB FILHO, W.; HOJAIJ, N. H. S. L. Avaliação clínica do idoso em estado crítico. In: PAPALÉO NETO, M.; BRITO, F.C., **Urgências em geriatria**: epidemiologia, fisiopatologia, quadro clínico e controle terapêutico. São Paulo: Atheneu, 2001.

LOGAN, J. et al. Evidence-based pressure ulcer practice: the Ottawa model of research use. **Can. J. Nurs. Res.**, Montreal, v. 31, n. 1, p. 37-52, 1999.

LUCCHESE, P. T. R. (Coord.). et al. **Políticas públicas em saúde pública.** São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2002.

LYRA JUNIOR, D. P. AMARAL, R. T.; VEIGA, E. V.; CÁRNIO, E. C.; NOGUEIRA, M. S.; PELÁ, I. R. A farmacoterapia no idoso: revisão sobre a abordagem multiprofissional no controle da hipertensão arterial sistêmica. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 3, p. 435-41, maio-jun. 2006.

MADIGAN, E. A. Evidence based practice in home healthcare nurse. **Frances Payne Botton School Nurs.**, Cleveland, v. 16, n. 6, p. 411-15, 1998.

MAKLEBUST, J.; SIEGGREEN, M. **Pressure ulcer**: guidelines for prevention and nursing management. 2 ed. Pennsylvania: Springhouse Corporation, 1996.

MAZZA, M. M. P. R. A visita domiciliária como instrumento de assistência de saúde. **Rev. Bras. Crescimento Desenvol. Humano**, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 60-8, jul.-dez. 1994.

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

NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (NPUAP). Conceito e classificação de úlcera por pressão: atualização do NPUAP. Tradução Vera Lúcia C. G. Santos e Maria Helena L. Caliri. **Rev. Estima**, São Paulo, v. 5, n. 3, p. 43-44, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**. Relatório mundial/ Tradução com a colaboração da OPAS/OMS. Brasília: OMS, 2002. 105 p.

PARANHOS, W. Y.; SANTOS, V. L. C. G. Avaliação do risco para úlceras de pressão por meio da escala de Braden, na língua portuguesa. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 33, n. especial, p. 191-241, 1999.

PAZ, A. A ; SANTOS, B. R. L. Programas de cuidado de enfermagem domiciliar. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 56, n. 5, p. 538-41, 2003.

PEREIRA, M. J. B. **O trabalho da enfermeira no Serviço de Assistência Domiciliar - potência para (re) construção da prática de saúde e de enfermagem**. 2001. 256 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

PEREIRA, M. J. B. et al. Assistência domiciliar - Instrumento para potencializar processo de trabalho na assistência e na formação. In: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE/ ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises**. Brasília: MS/OPAS, 2004. v. 2, p. 71-80.

PIEPER, B.; TEMPLIN, T. N.; JACOX, A. wound prevalence, types and treatments in home care. **Adv. Wound Care**, Detroit, v. 12, n. 3, p.117-126, 1999.

POLETI, N. A. A. **O cuidado com pacientes com feridas crônicas: a busca de evidências para a prática**. 2000. 245 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

RABEH, S. A. N.; CALIRI, M. H. L. Úlceras de pressão: estratégia para divulgação do conhecimento na literatura de enfermagem. **Rev. Paul. Enferm.** São Paulo, v. 22, n. 3, p 307-14, 2003.

REGISTERED NURSES' ASSOCIATION OF ONTARIO (RNAO). **Assessment and management of stage I to IV Pressure Ulcers.** (revised. Toronto, Canadá; Registered Nurses' Association of Ontario. 2007. Disponível em: <www.rnao.org>. Acesso em: 19 junho 2008.

REHEM, T. C. M. S. B.; TRAD, L. A. B. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. **Rev. Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, supl. set.-dez. 2005.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal da Saúde. **Guia de rotinas e procedimentos de enfermagem da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto.** Ribeirão Preto, 2004.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal da Saúde. Divisão de Planejamento em Saúde. **População total dos Distritos de Saúde e do município de Ribeirão Preto.** Ribeirão Preto, 2008.

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

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal da Saúde. **Plano de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, período 2005-2008.** Ribeirão Preto, 2005, p.61. Disponível em: <www.ribeiraopreto.gov.sp.br> Acesso em: 15 maio 2007.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal da Saúde. **Projeto de Serviço de Assistência Domiciliar.** Ribeirão Preto, s.d.

ROCHA, J. S. Y. **A gestão na saúde no Brasil.** Ribeirão Preto, s.d. (mimeo).

RODRIGUES, R. A. P. et al. Política nacional de atenção ao idoso e a contribuição da enfermagem. **Rev. Texto e Cont. Enf.** Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 536-45, jul.-set. 2007.

ROGENSKI, N. M. B. Estudo **sobre a prevalência e incidência de úlceras de pressão em um hospital universitário.** 2002, 109 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

RYCROFT-MALONE, J.; MCINESS, E. **Pressure ulcer risk assessment and prevention.** London: RCN, 2000. 52 p. (Technical report).

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

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. Brunner & Suddarth: **tratado de enfermagem médico - cirúrgica**. v. 2. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SOUZA, D. M. S. T.; SANTOS, V. L. C. G. Úlceras por pressão e envelhecimento. **Rev. Estima**, São Paulo, v. 4, n. 1, p 36-44, 2006.

SOUZA, D. M. S. T.; SANTOS, V. L. C. G. Incidência de úlceras por pressão e fatores de risco em idosos institucionalizados. **Rev. Estima**, São Paulo, v.4, n.1, p.45, 2006.

STOTTS, N. A.; HOPF, H. W. Facilitating positive outcomes in older adults with wounds. **Nurs. Clin. North Am.**, Orlando, v. 40, n. 2, p. 267-79, 2005.

VANRIJSWIJK, L.; BRADEN, B. **Pressure ulcer patient and wound assessment**: an AHCPR clinical practice guideline update. *Ostomy/Wound Management*, v. 45, Suppl. IA, p. 56S-67S, 1990.

VAZ, J. C. Desenvolvimento Social: assistência domiciliar à saúde. **DICAS**, Rio de Janeiro, n. 8, 1994.

VERAS, R.; PARAYBA, M. I. O anacronismo dos modelos assistenciais para os idosos na área da saúde: desafios para o setor privado. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2479-89, out. 2007.

VILAR, J. M. **Inovação e gestão**: o desafio da saúde no cuidar. Disponível em: <www.pronep.com.br/cip/editorial07>. Acesso em: 19 maio 2006.

WALSH, M.; FORD, P. Nursing rituals – research and rational actions. Butter worth – Heinemann, London: 1992. 164 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Obesity**: preventing and managing the global epidemic. Geneva: World Health Organization, 2000, 253 p. (Report of a WHO Consultation. WHO Technical Report Series 894).

Apêndices

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estou desenvolvendo a pesquisa denominada **“Risco e Prevalência de Úlcera por Pressão em Pacientes em um Distrito de Saúde no Municipal de Ribeirão Preto”**, com finalidade de identificar a ocorrência da úlcera por pressão (UP) nos pacientes acompanhados nos Núcleos de Saúde da Família (NSF) na área de abrangência do Distrito de Saúde Oeste, no município de Ribeirão Preto.

Para realização dessa pesquisa, será feita uma entrevista com o paciente e/ou cuidador, fazendo perguntas sobre as condições de vida e de saúde, sobre o atendimento no domicílio pelos profissionais do serviço de saúde e a presença da UP (ferida na pele). Também será realizada uma avaliação das condições da pele e da UP quando presente. A UP é uma ferida causada pela pressão não-aliviada por longo período de tempo, nas partes do corpo.

Para tanto, gostaria de convidá-lo a participar deste trabalho.

O (a) senhor (a) terá a liberdade de aceitar ou não a participar desta pesquisa, podendo desistir a qualquer momento, sem que isto lhe traga nenhum tipo de prejuízo, pois sua participação é voluntária.

Asseguro que sua identificação e as informações pessoais serão mantidas em sigilo, e podendo os dados não identificados, serem publicados em revistas ou congressos científicos.

Esta pesquisa também não trará nenhum tipo de despesas, gastos ou danos para os participantes bem como nenhum tipo de recompensa financeira. Além de não haver interferência no seu tratamento ou assistência pelos serviços de saúde;

Assim sendo, gostaria de contar com sua colaboração e participação.

Agradeço sua atenção e coloco-me a sua disposição para quaisquer esclarecimentos, pessoalmente, ou pelo telefone (16) 9713 1455.

Atenciosamente,

Emília Maria Paulina Campos Chayamiti

Pesquisadora Principal

Eu, _____, aceito participar da pesquisa e estou ciente de que as informações serão tratadas sigilosamente, e caso não queira mais participar da pesquisa, tenho liberdade de retirar este consentimento.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 2007.

Assinatura _____

APÊNDICE B - INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS☐ ☐ ☐

NSF _____

I - DADOS SÓCIODEMOGRÁFICOS DO PACIENTE

1) Nome - Iniciais: _____ Data da coleta: ____ / ____ / ____

2) Telefone: _____

3) Data de nascimento: ____ / ____ / ____

4) Naturalidade:

- 1. Ribeirão Preto ()
- 2. Município da região ()
- 3. Outro município do Estado São Paulo ()
- 4. Outro ()

5) Sexo: 1. masculino () 2. feminino ()

6) Estado civil:

- 1. solteiro () 2. casado ou união consensual ()
- 3. viúvo () 4. separado ou divorciado ()

7) Cor da pele: 1. branca () 2. negra () 3. parda () 4. amarela () 5. outra _____

8) Nível de escolaridade:

- 1. analfabeto ()
- 2. lê – escreve ()
- 3. ensino fundamental ciclo 1 incompleto ()
- 4. ensino fundamental ciclo 1 completo ()
- 5. ensino fundamental ciclo 2 incompleto ()
- 6. ensino fundamental ciclo 2 completo ()
- 7. ensino médio incompleto ()
- 8. ensino médio completo ()
- 9. ensino superior incompleto ()
- 10. ensino superior completo ()

9) Profissão: _____

- 1. forças armadas, policiais e bombeiros militares ()
- 2. profissionais das ciências e das artes ()
- 3. técnicos de nível médio ()

4. trabalhadores de serviços administrativos ()
5. trabalhadores de serviços, vendedores do comércio em lojas ()
6. trabalhadores de produção de bens e serviços industriais ()
7. trabalhadores de produção de bens e serviços industriais ()
8. trabalhadores de manutenção e reparação (máquinas) ()
9. não possui profissão ()

10) Ocupação: 1. sim () 2. não ()

Se sim qual? _____

11) Se não: 1. aposentado 2. pensionista 3. outro _____

12) Com quem mora:

1. sozinho ()
2. filhos ()
3. esposo ()
4. esposo e filhos ()
5. esposo e filhos / netos ()
6. outros _____

13) 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 ()
5. outro _____

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 _____

II - DADOS REFERENTES À SAÚDE

15) Morbidade referida: _____

1. neoplasias ()
2. doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas ()
3. transtornos mentais e comportamentais ()

4. doenças do sistema nervoso ()
5. doenças dos olhos e anexos ()
6. doenças do aparelho circulatório ()
7. doenças do aparelho respiratório ()
8. doenças do aparelho digestivo ()
9. doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo ()
10. doenças do aparelho geniturinário ()

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

1. a própria doença ()
2. queda ()
3. fratura de fêmur ()
4. AVC ()
5. amputação ()
6. cegueira ()

17) Há quanto tempo está restrito (meses): _____

18) Medicamentos sistêmicos em uso: 1. sim () 2. não ()

Se sim qual: verificar se tem receita ou é auto-medicação _____

1. anti-hipertensivo ()
2. antiepilético, anticonvulsivante, antidepressivo ()
3. antipsicótico, antidepressivo, antiparkinsoniano, calmante/sedativos ()
4. antiagregante plaquetário ()
5. hipoglicêmico ()
6. antiinflamatório, analgésico ()
7. cardiotônico e antiarrítmicos ()
8. suplem.vitamínico/alimentar e antianêmico ()
9. antineoplásico ()
10. outros _____

19) Internações nos últimos 12 meses: 1. sim () 2. não ()

Se sim, quantas: _____

20) Motivo da última internação: _____

1. complicações ()
2. tratamento eletivo/cirurgias ()
3. fratura de fêmur ()
4. outro _____

21) Duração da última internação (dias): _____

22) Onde faz seguimento:

1. SUS ()
2. plano de saúde ()
3. SUS e plano de saúde ()

23) Seguimento no Serviço Público (NSF/SAD): 1. sim () 2. não ()

24) Há quanto tempo (meses): _____

25) Qual profissional faz a VD de forma sistemática:

1. enfermeiro ()
2. auxiliar de enfermagem ()
3. enfermeiro/ auxiliar enf ()
4. enfermeiro/ auxiliar enf/ médico ()
5. outro _____

26) Frequência da VD:

1. semanal ()
2. quinzenal ()
3. mensal ()
4. quando necessário ()
5. outro _____

27) Tabagista: 1. sim () 2. não () 3. ex-fumante ()

28) Etilismo: 1. sim () 2. não () 3. ex-etilista ()

29) Peso estimado: _____kg altura: _____m IMC : _____

AVALIAÇÃO DO ESCORE DA 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: _____ 1. ≤ 9 () 2. 10 – 12 () 3. 13 – 14 () 4. 15 – 16 () 5. ≥ 17 ()

III - DADOS SOBRE AS CARACTERÍSTICAS DA ÚLCERA E TRATAMENTO

37) Teve UP: 1. sim () 2. não ()

38) Onde era a localização anatômica: 1. UP1 _____ 2. UP2 _____ 3. UP3 _____

39) Tempo de cicatrização: 1. UP1 _____ 2. UP2 _____ 3. UP3 _____

40) Cuidados realizados: 1. UP1 _____ 2. UP2 _____ 3. UP3 _____

41) A que atribui a UP: _____

42) Apresenta UP: 1. sim () 2. não ()

43) Quantas: _____

44) Localização anatômica:

1. UP1 () _____ 2. UP2 () _____ 3. UP3 () _____ 4. UP4 () _____

45) Estágio: 1. estágio I 2. estágio II 3. estágio III 4. estágio IV

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

46) Dimensão (cm):

a) UP1: comprimento _____ largura _____ profundidade _____ área _____ cm²

b) UP2: comprimento _____ largura _____ profundidade _____ área: _____ cm²

c) UP3: comprimento _____ largura _____ profundidade _____ área: _____ cm²

d) UP4: comprimento _____ largura _____ profundidade _____ área: _____ cm²

47) Tempo: 1. < 1 semana 2. de 2 a 3 semanas 3. 4 semanas 4. outro _____

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

48) Tratamento utilizado na UP no momento da entrevista:

a) UP1 _____

b) UP2 _____

c) UP3 _____

d) UP4 _____

IV - MEDIDAS UTILIZADAS PARA PREVENÇÃO E TRATAMENTO:

49) Mudança de decúbito de 2/2h: 1. sim () 2. não ()

50) Alívio de pressão quando sentado (descompressão isquiática):

1. sim () 2. não ()

51) Tempo que permanece sentado (horas): _____

52) Utiliza lençol móvel: 1. sim () 2. não ()

53) Como faz a movimentação com ele (a): _____

54) Travesseiro ou almofada para alívio dos calcâneos:

1. sim () 2. não ()

55) Almofada para sentar-se na cadeira:

1. sim () 2. não () tipo _____

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

57) Tipo de colchão

1. Espuma () altura _____ cm densidade _____

2. Caixa de ovo () altura _____ cm

3. Ar ()

4. Água ()

5. Outro ()

58) O (A) senhor (a) gostaria de fazer alguma pergunta ou sugestão:

Entrevistador: _____

APÊNDICE C - QUADRO 1 – PACIENTES COM UPP, CONSIDERANDO ALGUMAS CARACTERÍSTICAS DA ESCALA DE BRADEN E PUSH

Usuário: 12 HD: seqüela de fratura de fêmur, catarata , síndrome do pânico									
Cuidador principal: filha	Escore Escala Braden 15	Tempo sentada = 0 Decúbuto dorsal = 0 Colchão caixa ovo - 7cm	UPP estágio I Orelha D PUSH_Escore 4	Terapia tópica Hipoglós, nebacetin, talco					
Idade: 87									
Tempo restrição: 5 meses									
Usuário: 16 HD: Diabetes mellitus									
Cuidador principal: nora	Escore Escala Braden 21	Tempo sentada =14 horas Decúbuto dorsal = 8horas Colchão mola - 15 cm	UPP estágio I Calcâneo D PUSH_Escore 2	Terapia tópica AGE					
Idade: 74									
Tempo de restrição: 13 meses									
Usuário: 21 HD: Doença de Alzheimer, IAM, HAS, ITU									
Cuidador principal: formal	Escore Escala Braden 14	Tempo sentada =10 horas Decúbuto dorsal = 10 horas Colchão espuma magnético - 15 cm	UPP estágio III Sacral PUSH_Escore 14	Estagio IV Ísqiuo D PUSH_Escore 9	Estagio IV Ísqiuo E PUSH_Escore 10	Terapia tópica Hidrogel e hidrocolóide			
Idade: 64									
Tempo de restrição: 8 meses									
Usuário: 22 HD: LTME									
Cuidador principal: avó	Escore Escala Braden 17	Tempo sentada =10 horas Decúbuto dorsal =14 horas Colchão espuma - 8 cm	Estágio II Plantar pé D PUSH_Escore 6	Terapia tópica Nebacetin					
Idade: 25									
Tempo de restrição: 96 meses									
Usuário: 25 HD: Doença de Parkinson, câncer colo útero, TVP, depressão									
Cuidador principal: formal (e nora)	Escore Escala Braden 17	Tempo sentada = 0 Decúbuto dorsal = 0,5h Colchão espuma - 15 cm	Estágio I Calcâneo D PUSH_Escore 11	Estágio I Maléolo E PUSH_Escore 9	Terapia tópica Sem tratamento				
Idade: 83									
Tempo de restrição: 24 meses									
Usuário: 26 HD: HAS, TCE, queda									
Cuidador principal: irmã	Escore Escala Braden 13	Tempo sentada = Não se aplica Decúbuto dorsal =24horas Colchão caixa ovo - 8 cm	Estágio IV Sacral PUSH_Escore 11	Estágio II Trocânter E PUSH_Escore 5	Estágio III Trocânter D PUSH_Escore 12	Estágio I Calcâneo E PUSH_Escore 12	Terapia tópica Colagenase com cloranfenicol e óleo de amendoim		
Idade: 91									
Tempo de restrição: 8 meses									
Usuário: 28 HD: Doença de Alzheimer									
Cuidador principal: esposa	Escore Escala Braden 10	Tempo sentada = Não se aplica Decúbuto dorsal = 8h Colchão caixa ovo - 7cm	Estágio IV Trocânter D PUSH_Escore 12	Terapia tópica Hidrogel e hidrocolóide					
Idade: 79									
Tempo de restrição: 72 meses									
Usuário: 30 HD: HAS, AVC									
Cuidador principal: esposa	Escore Escala Braden 19	Tempo sentada =0,5 h Decúbuto dorsal = 1h Colchão caixa de ovo 7cm	Estágio I Trocânter E PUSH_Escore 6	Terapia tópica AGE					
Idade: 80									
Tempo de restrição: 84 meses									
Usuário: 35 HD: Doença de Alzheimer, Doença de Parkinson, pneumonia									
Cuidador principal: esposa	Escore Escala Braden 18	Tempo sentada =12h Decúbuto dorsal =9 h Colchão caixa de ovo - 7cm	Estágio II Sacral PUSH_Escore 6	Terapia tópica Nebacetin					
Idade: 74									
Tempo de restrição: 60 meses									

Anexos

ANEXOS

ANEXO 1 – DECLARAÇÃO DO CENTRO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DA FMRP-USP

Ribeirão Preto, 03 de julho de 2007

DECLARAÇÃO

Declaramos que a pesquisadora **ENF^a. EMÍLIA M. P. CAMPOS CHAYAMITTI** apresentou o projeto de Pesquisa intitulado: **“RISCO E PREVALÊNCIA DE ÚCERA POR PRESSÃO EM PACIENTES EM UM DISTRITO DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO PRETO”**, para apreciação, sendo aprovado nos Núcleos de Saúde da Família-I, II, III, IV e V do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP. A Direção Acadêmica de Ensino e Pesquisa aguarda as questões éticas a serem apreciadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa para que se inicie o desenvolvimento do mesmo.

Prof. Dr. Gutemberg de Melo Rocha
 Presidente do Centro de Atenção Primária da
 FMRP-USP

Ilma. Sra.
Profa Dra. Maria Helena Larcher Caliri
 Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP

ANEXO 2 – LIBERAÇÃO DE PESQUISA No. 039/2007

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO CENTRO DE SAÚDE ESCOLA DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-CSE-FMRP-USP.

Of. N°379/07/COORD.CEP/CSE-FMRP-USP. 16/08/2007.

Senhora Professora,

Temos a grata satisfação de comunicar que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 62ª reunião ordinária, realizada em 14 de agosto de 2007, analisou e apreciou o parecer do Relator, referente ao projeto de pesquisa intitulado: **“Risco e prevalência de úlceras por pressão em pacientes em um Distrito de Saúde no Município de Ribeirão Preto”**, protocolo n°.238/CEP-CSE-FMRP-USP, que terá a orientação de V.Sª e da pesquisadora Enfª. Emília M.P. Campos Chayamitti, foi **APROVADO**.

Lembramos que em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado a este CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados.

No ensejo, renovamos os votos de estima e consideração, despedimo-nos.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Laércio Joel Franco
Coordenador do CEP/CSE-FMRP-USP

Ilma. Sra.

Profª. Dra. Maria Helena Larcher Caliri

Docente do Departamento de Enfermagem, Geral e Especializado da
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP.

ANEXO 3 – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO CENTRO DE SAÚDE ESCOLA DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-CSE-FMRP-USP.

Of. N°379/07/COORD.CEP/CSE-FMRP-USP. 16/08/2007.

Senhora Professora,

Temos a grata satisfação de comunicar que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 62ª reunião ordinária, realizada em 14 de agosto de 2007, analisou e apreciou o parecer do Relator, referente ao projeto de pesquisa intitulado: **“Risco e prevalência de úlceras por pressão em pacientes em um Distrito de Saúde no Município de Ribeirão Preto”**, protocolo n°238/CEP-CSE-FMRP-USP, que terá a orientação de V.Sª e da pesquisadora Enfª. Emília M.P. Campos Chayamitti, foi **APROVADO**.

Lembramos que em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado a este CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados.

No ensejo, renovamos os votos de estima e consideração, despedimo-nos.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Laércio Joel Franco
Coordenador do CEP/CSE-FMRP-USP

Ilma. Sra.

Profa. Dra. Maria Helena Larcher Caliri

Docente do Departamento de Enfermagem, Geral e Especializado da
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP.

**ANEXO 4 - ESCALA DE BRADEN (Fonte: Barbara Braden & Nancy Bergstrom, 1988.
Validada para o português por Paranhos & Santos, 1999)**

Percepção Sensorial	1. Completamente Limitado: Não responde a estímulo doloroso (não geme, não se esquivou ou agarra-se), devido à diminuição do nível de consciência ou sedação, ou devido à 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 agüenta o próprio peso e/ou precisa ser ajudado para 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 freqüentemente: 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 freqüentes ou significantes sem ajuda.	3. Levemente Limitado: Faz mudanças freqüentes, embora pequenas, na posição do corpo ou das extremidades, sem ajuda.	4. Nenhuma limitação: Faz mudanças grandes e freqüentes 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 freqüentemente na cama ou cadeira, necessitando assistência máxima para freqüente 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:

Localização da úlcera: _____ Data: ____ / ____ / ____

Observe e meça a úlcera de pressão em intervalos regulares de tempo usando a escala PUSH. Registre a data, os subtotais e os totais.

[illegible]