

Larissa Calheiro

**O PERFIL DOS PACIENTES PORTADORES DE LESÃO POR PRESSÃO
ATENDIDOS PELO PROGRAMA MELHOR EM CASA**

Trabalho de Conclusão apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, para a obtenção da aprovação na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II.

Orientadora: Prof^ª. Janine Koepp

Santa Cruz do Sul

2017

UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL – UNISC
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM E ODONTOLOGIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
Prof. Dra. Suzane Beatriz Frantz Krug e Prof. Dra. Ana Zoé Schilling

Santa Cruz do Sul, 08 dezembro de 2017.

**O PERFIL DOS PACIENTES PORTADORES DE LESÃO POR PRESSÃO ATENDIDOS
PELO PROGRAMA MELHOR EM CASA**

LARISSA CALHEIRO

Esta monografia foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de Enfermeiro

Foi aprovada em sua versão final, em _____.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Orientador Janine Koepf

Prof. Daiana Klein Weber

Prof. Rosylaine Moura

SUMÁRIO

ARTIGO CIENTÍFICO	3
Resumo.....	3
Introdução	4
Metodologia	7
Resultados.....	8
Discussão.....	12
Conclusão.....	17
Referências.....	17
ANEXO A – Normas da Revista Ciência e Saúde Coletiva	22
ANEXO B – Parecer do Cômite de Ética e Pesquisa.....	29
ANEXO C – Projeto da Pesquisa	32

ARTIGO CIENTÍFICO

O perfil dos pacientes portadores de lesão por pressão atendidos pelo Programa Melhor em Casa

Larissa Calheiro¹,

Janine Koepp²

(1) Acadêmico de Enfermagem, da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Santa Cruz do Sul, RS. E-mail: larissacalheiro05@hotmail.com

(2) Enfermeira, Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. E-mail: janinek@unisc.br

Resumo

Este artigo objetiva identificar o perfil dos pacientes portadores de Lesões por Pressão atendidos pelo Programa Melhor em Casa do Serviço de Atenção Domiciliar do município de Santa Cruz do Sul (RS); além de avaliar e classificar as lesões por pressão de acordo com o National Pressure Ulcer Advisory Panel, mensurar as comorbidades existentes e identificar as dificuldades que a equipe do Programa Melhor em Casa encontra ao prestar assistência ao paciente em seu domicílio. Trata-se de uma pesquisa quali-quantitativa, observacional e documental. Foram acompanhados 13 pacientes durante as visitas da equipe do Programa Melhor em Casa através das quais foi definido o perfil dos portadores de lesão de pele sendo: mulher, com faixa etária acima de 60 anos, apresentando um tempo de permanência acamado de 0 a 5 anos, a predominância das lesões por pressão foi na região sacral e o tipo de lesão mais evidenciado foi o Estágio 4, a cobertura mais utilizada é o Alginato de Cálcio e as comorbidades associadas a esse tipo de lesão foram idade avançada, Hipertensão Arterial

Sistêmica e Acidente Vascular Cerebral.

Palavras-chaves: Enfermagem, Úlcera por Pressão, Atenção Básica.

The profile of patients with pressure ulcer treated by the Melhor em Casa Program

Abstract

This article aims to identify the profile of patients with Pressure Ulcer treated by the Melhor em Casa Program of the Home Care Service of the city of Santa Cruz do Sul (RS); in addition to assessing and classifying pressure ulcer according to the National Pressure Ulcer Advisory Panel, measuring existing comorbidities and identifying the difficulties that the Melhor em Casa Program team encounters when providing patient care at home. This is a qualitative, observational and documentary research. Thirteen patients were followed during the visits of the Melhor em Casa Program team through which the profile of the skin lesion patients was defined as: woman aged over 60 years, with a bed rest period of 0 to 5 years, the prevalence of pressure injuries was in the sacral region, and more evidenced type of lesion was the stage 4, the most commonly used coverage is Calcium Alginate and the comorbidities associated with this type of lesion were advanced age, Systemic Arterial Hypertension and Cerebral Vascular Accident.

Keywords: Nursing, Pressure Ulcer, Primary Care

Introdução

As lesões por pressão são um importante problema para os serviços de saúde, devido à alta incidência, prevalência e o aumento da morbidade e mortalidade, bem como o acréscimo dos gastos com as medidas profiláticas e terapêuticas¹.

Para entendimento, a Lesão Por Pressão (LPP) é definida como um dano na pele ou em tecidos moles subjacentes, principalmente, sobre uma proeminência óssea, sendo relacionada também a utilização de dispositivos médicos ou a outro elemento. O National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) é uma organização norte americana, que tem como objetivo principal a prevenção e o tratamento das lesões por pressão. O NPUAP redefiniu a nomenclatura de lesões por pressão, durante a reunião da NPUAP 2016, definindo como, lesão por pressão estágio 1, pele íntegra com eritema que não embranquece; lesão por pressão estágio 2, perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme; lesão por pressão estágio 3, perda da pele em sua espessura total; lesão por pressão estágio 4, perda da pele em sua espessura total e perda tissular; lesão por pressão não classificável, perda da pele em sua espessura total e perda tissular não visível; lesão por pressão tissular profunda; lesão por pressão relacionada a dispositivo médico e lesão por pressão em membranas mucosas².

Sabe-se que esses tipos de lesões ocasionam danos consideráveis aos pacientes, pois, dificultam o processo de recuperação funcional, gerando dor e induzindo ao desenvolvimento de infecções graves³.

O desenvolvimento das lesões por pressão ocorre por fatores de riscos intrínsecos e extrínsecos, ambos se incluem ao estado de saúde do paciente, sendo estas: condições nutricionais, problemas psicossociais, de mobilidade, faixa etária, temperatura corporal, estado cognitivo, grau de exposição à umidade, incontinência urinária e fecal, tabagismo e existência de lesão medular. Compreendendo que os fatores intrínsecos são referentes às condições físicas e orgânicas do paciente, já os extrínsecos estão relacionados ao próprio mecanismo de desenvolvimento das lesões por pressão⁴.

A lesão por pressão é considerada um problema de magnitude na saúde, e com isso, a prevenção é apontada como a melhor alternativa para diminuir esse agravo, tendo enfoque na utilização de diretrizes e protocolos clínicos de prevenção⁵. As recomendações para prevenção

das lesões por pressão precisam ser aplicadas para todos os pacientes vulneráveis.

Com relação aos profissionais de saúde envolvidos no cuidado aos pacientes vulneráveis que tenham risco de desenvolvimento de lesões por pressão, os mesmos devem adotar intervenções adequadas para manter o cuidado continuado³. Para isso, são utilizadas escalas como a de Braden para avaliação de pacientes com risco de lesão por pressão, essas escalas correspondem a instrumentos importantes no cuidado de enfermagem, pois, destacam pontos vulneráveis no paciente, além de reforçar a importância de avaliação contínua favorecendo assim, os mecanismos de prevenção⁶. A escala de Braden apresenta um esquema de pontuação que avalia a percepção sensorial, a exposição da pele a umidade, atividade física, mobilidade e nutrição. Sua função é indicada para casos de pacientes adultos e idosos com longo tempo de hospitalização, e também, para pacientes em cuidados intensivos e com lesão de medula⁴.

Com a finalidade de garantir o cuidado ao indivíduo portador de lesão por pressão, o governo federal instituiu o Programa Melhor em Casa, que é um serviço indicado para pessoas que apresentam dificuldades definitivas ou temporárias de se deslocar do domicílio e ir até um serviço de saúde, ou ainda para indivíduos que estejam em situações nas quais a atenção domiciliar é mais adequada para o devido tratamento⁷. Assim, essa assistência é realizada no domicílio pelas Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP), com uma ou mais visitas domiciliares por semana⁸.

As lesões por pressão são um grande desafio para a equipe de enfermagem, tanto na questão da prevenção como no tratamento, e também, no planejamento de assistências, pois, as mesmas ocasionam no paciente desconforto e sofrimento. A equipe de enfermagem tem a possibilidade de ampliar seu conhecimento nas ações de prevenção e tratamento das lesões por pressão garantindo a segurança e minimizando o sofrimento do paciente e cuidador, e sobretudo, apoiando e incentivando os cuidadores. Diante disso, buscamos compreender as dificuldades

encontradas pela equipe do Programa Melhor em Casa na assistência prestada ao paciente portador de lesão por pressão.

Sendo assim, a pesquisa teve como principais objetivos identificar o perfil dos pacientes portadores de Lesões por Pressão atendidos pelo Programa Melhor em Casa do Serviço de Atenção Domiciliar no município de Santa Cruz do Sul (RS); avaliar e classificar as lesões por pressão de acordo com o NPUAP; mensurar as comorbidades existentes e identificar as dificuldades que a equipe do Programa Melhor em Casa encontra ao prestar assistência no paciente portador de lesão por pressão em seu domicílio.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa observacional e documental com abordagem quali-quantitativa, realizada com pacientes portadores de lesão por pressão atendidos pelo Programa Melhor em Casa da atenção domiciliar, e também, com a equipe de profissionais que compõe o programa do município de Santa Cruz do Sul/RS. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, sob o protocolo número 2.214.251. Fizeram parte da pesquisa os sujeitos de ambos os sexos, distintas faixas etárias, portadores de uma ou inúmeras lesões por pressão, e a equipe de profissionais que presta assistência domiciliar, todos consentiram em participar da pesquisa através da leitura e assinatura do termo de Consentimento Livre e Esclarecido e do Termo de Declaração e de Autorização para Uso de Imagem.

Os dados foram coletados no período compreendido do dia 1º de agosto a 31 outubro de 2017. A coleta dos dados ocorreu em duas etapas, na primeira, a pesquisadora realizou as visitas domiciliares junto com a equipe do Programa Melhor em Casa, onde foram acompanhados os sujeitos portadores de lesão por pressão e aplicado o formulário de questões fechadas, no qual

foi registrado e observado as seguintes variáveis: sexo, faixa etária, tempo de permanência acamado, comorbidades associadas, região e o estágio das lesões, e também, os tipos de coberturas utilizadas. Após, no mesmo momento foi realizado um levantamento fotográfico da lesão, que teve por finalidade o auxílio na classificação do estágio da lesão, bem como as características e o local da lesão por pressão de acordo com as classificações internacionais do National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP). A privacidade e a não possibilidade de identificar o paciente foram mantidas, pois, utilizou-se campos cirúrgicos especiais com propósito de destacar somente a lesão.

Na segunda etapa da pesquisa foi realizada uma entrevista semiestruturada com sete profissionais da equipe, composta pela área da Enfermagem, Técnico de Enfermagem, Nutrição, Serviço Social e Psicologia, responsáveis pelo atendimento dos pacientes no domicílio, que objetivou identificar as dificuldades que a equipe encontra ao prestar atendimento aos sujeitos portadores de lesão e os métodos que poderiam melhorar o desempenho das atividades da equipe.

Para a análise dos dados quantitativos, utilizou-se o Programa Estatístico SPSS 20.0 e a elaboração de tabelas. Com relação à análise dos dados qualitativos, aplicou-se o processo de categorização e tabulação.

Resultados

Conforme o objetivo principal, o perfil identificado nos pacientes portadores de lesão por pressão corresponde ao sexo feminino, com faixa etária acima de 60 anos, apresentando um tempo de permanência acamado com média de 3 meses a 5 anos, onde a predomínio da localização da lesão por pressão foi na região sacral, e o tipo mais evidente de lesão foi no

Estágio 4, as comorbidades associadas a esse tipo de lesão foram idade avançada, HAS e AVC. E o Alginato de Cálcio a cobertura mais utilizada nos curativos.

Na Tabela 1, os dados em relação ao sexo, a faixa etária e o tempo acamado, corresponde que a população presente na pesquisa eram do sexo feminino, correspondendo a sete (53,8 %) com relação seis (46,2%) do sexo masculino. Relacionado a faixa etária, foi evidenciado maior quantidade de sujeitos portadores de lesão acima de 60 anos de idade, oito (61,5%), conseqüentemente, a faixa etária de 30 a 40 anos (23,1%) e 20 a 30 anos (15,4%). O tempo de permanência acamado variou de 0 a 5 anos, sendo identificado em sete (53,8%), já no tempo de acamado de 5 a 10 anos, foram dois (15,4%), de 15 a 20 anos, 2 (15,4%) e acima de 20 anos, dois (15,4%) dos sujeitos que desenvolveram lesão por pressão. Percebe-se que todos os pacientes da pesquisa portadores de lesão por pressão são acamados, correspondendo a treze (100%).

Tabela 1 – Distribuição dos 13 sujeitos portadores de LPP, relacionado ao sexo, faixa etária e tempo de permanência acamado.

	Frequência	%
Sexo		
Masculino	6	46,2
Feminino	7	53,8
Faixa Etária		
20 a 30 anos	2	15,4
30 a 40 anos	3	23,1
Acima de 60 anos	8	61,5
Tempo acamado		
3 meses a 5 anos	7	53,8
5 a 10 anos	2	15,4
15 a 20 anos	2	15,4
Acima de 20 anos	2	15,4

Fonte: Dados coletados na pesquisa (2017/2).

De acordo com a Tabela 2, as comorbidades encontradas nos sujeitos foram variadas, tendo maior prevalência o envelhecimento (38,5%), HAS (30,8%) e AVC (30,8%).

Tabela 2 – Distribuição do número de sujeitos portadores de LPP, relacionado as comorbidades.

Comorbidades Associadas	Frequência	%
HAS	4	15,38
DM	1	3,85
AVC	4	15,38
Alzheimer	2	7,69
Câncer	1	3,85
Idade Avançada	5	19,23
Obesidade	1	3,85
Déficit Nutricional	2	7,69
Acidente automobilístico	1	3,85
Acidente por arma de fogo	1	3,85
Doença Hereditária	2	7,69
Mielomeningocele	1	3,85
Lesão Medular	1	3,85
Total	26	100

Fonte: Dados coletados na pesquisa (2017/2).

Das 21 lesões por pressões identificadas, nove (69,3%) foram classificadas no estágio 4, e cinco (38,5%) no estágio 3, quatro (30,8%) no estágio 2 e três (23,1%) classificada em lesão por pressão não classificável. Observa-se também, que a localização da lesão por pressão ocorreu com mais frequência na região sacral, equivalendo a oito (61,5 %) lesões, sendo que, os treze sujeitos do estudos apresentavam de uma a mais lesões por pressão (LPP).

Tabela 3 – Distribuição da classificação das lesões por pressão, referente a localização da lesão na região corporal

Localização	Classificação				Total
	Estágio 2	Estágio 3	Estágio 4	Não classificável	
Sacral	1 (4,76%)	1 (4,76%)	5 (23,81%)	1 (4,76%)	8 (38,09%)
Trocanter direito	-	1 (4,76%)	1 (4,76%)	-	2 (9,52%)
Trocanter esquerdo	-	1 (4,76%)	1 (4,76%)	-	2 (9,52%)
Ísquio esquerdo	1 (4,76%)	-	-	-	1 (4,76%)
Calcâneo direito	-	-	-	1 (4,76%)	1 (4,76%)
Ombro direito	-	-	-	1 (4,76%)	1 (4,76%)
Ombro esquerdo	-	1 (4,76%)	-	-	1 (4,76%)
Glúteo direito	1 (4,76%)	1 (4,76%)	1 (4,76%)	-	3 (14,28%)
Glúteo esquerdo	1 (4,76%)	-	1 (4,76%)	-	2 (9,52%)

Total	4 (19,04%)	5	9 (42,85%)	3	21 (100%)
		(23,80%)		(14,28%)	

Fonte: Dados coletados na pesquisa (2017/2).

Sobre o levantamento das coberturas mais utilizadas pela equipe nos curativos dos sujeitos portadores desse tipo de agravo, ficou evidenciado que o Alginato de Cálcio correspondeu a quatro (30,8%), com relação as outras coberturas, sendo que as coberturas foram aplicadas dependendo do agravamento e característica da lesão.

Tabela 4 – Distribuição do número de sujeitos portadores de LPP, segundo as coberturas mais utilizadas

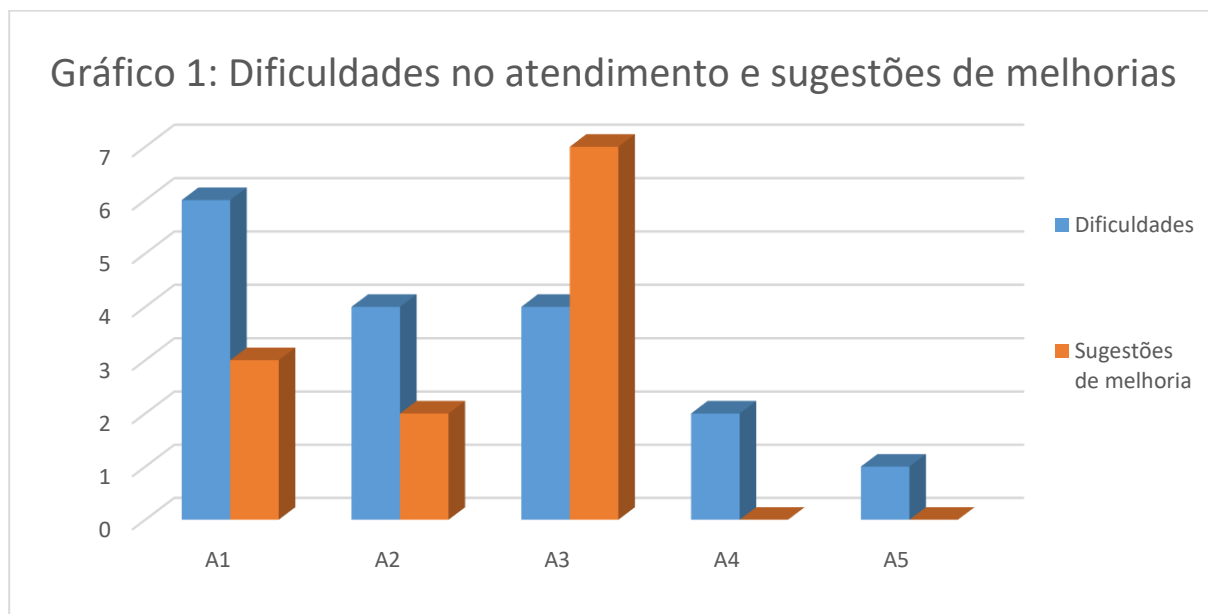
Coberturas	Frequência	%
Alginato de Cálcio	4	23,53
Carvão Ativado	1	5,88
Colagenase	1	5,88
Hidrofibra	1	5,88
Ácidos Graxos Essenciais	3	17,65
Papaína 2 %	2	11,76
Papaína 5 %	1	5,88
Rifocina	2	11,76
Polihexamida Biguanida (PHMB)	1	5,88
Sulfadiazina de Prata	1	5,88
Total	17	100

Fonte: Dados coletados na pesquisa (2017/2).

Em relação a entrevista com o equipe do Programa Melhor em Casa, dos 10 profissionais que constituíam a equipe, 7 responderam o questionário, neste sentido, avaliando as respostas, ficou evidenciado que as dificuldades que a equipe encontra ao prestar atendimento nos indivíduos portadores de lesão por pressão foram variadas. Tendo como respostas mais citadas nos questionários a falta de insumo e de equipamentos de apoio (6), a não adesão da terapia por parte do paciente/cuidador (4) e a ausência de protocolos/capacitações (4). O outro tópico que refere sobre os métodos que podem melhorar o desempenho das atividades da equipe, os

profissionais relataram que para desenvolver uma assistência ideal ao paciente seria necessário mais capacitações e mais variedade de insumos.

A figura 1, demonstra as dificuldades relatadas pelos profissionais no atendimento e as sugestões de melhorias para o desempenho da assistência.



A1: Falta de variedades de insumos/equipamentos de apoio.
 A2: Não adesão ao tratamento.
 A3: Falta de protocolos/capacitações.
 A4: Falta de auto-cuidado/cuidador.
 A5: Fortalecer o trabalho em equipe.

Fonte: Dados coletados na pesquisa (2017/2).

Discussão

De acordo com os resultados da pesquisa, a população presente evidenciada era do sexo feminino, em comparação com o sexo masculino, porém nesta pesquisa o desenvolvimento da lesão por pressão não esteve associado ao sexo. Entretanto estudos revelam que as mulheres apresentam mais longevidade do que os homens, proporcionando longos períodos de doenças crônicas e de institucionalização⁹. Outro fator em relação a maior taxa em mulheres, é sobre as diferenças biológicas em ambos os sexos. A produção de hormônio feminino apresenta um fator

protetor que exerce sobre os eventos cardiocirculatórios. Já em homens, estes apresentam maior exposição à fatores de risco externos, como consumo de álcool e fumo, acidentes automobilísticos, de trabalho e domésticos¹⁰.

Um estudo realizado no hospital da região nordeste do Brasil notificou maior porcentual de lesões por pressão no sexo feminino, diante disso, os dados demográficos mostram que as mulheres apresentam maior sobrevida do que os homens¹¹.

Conforme dados obtidos do último censo de 2010, o município de Santa Cruz do Sul apresentava 118.374 habitantes, tendo alta população do sexo feminino, com 61.431 e 56.943 do sexo masculino¹². Assim, é aceitável que a população feminina é a prevalente no município em estudo.

Nota-se que a maioria dos indivíduos da pesquisa são idosos, acima de 60 anos de idade, correspondendo a oito (61,5%) dos sujeitos da amostra. Nessa faixa etária, a fragilidade e as consequências do envelhecimento da pele, favorecem o desenvolvimento de lesão por pressão. De acordo com o último censo de 2010, o município de Santa Cruz do Sul apresentava 15.559 idosos acima de 60 anos de idade, correspondendo a 9.310 do sexo feminino e 6.249 do sexo masculino, representando maior população idosa feminina comparada a masculina¹².

Verificou-se nesta pesquisa que o tempo de permanência acamado foi de 0 a 5 anos, com porcentual elevado (53,8%). Pode-se compreender que quando o tempo de acamado se prorroga, os fatores de intensidade e duração da pressão sobre os tecidos aumenta com o decorrer do período, desta forma, ocasionando a formação de lesões por pressão¹³.

Os sujeitos que se encontram acamados ou cadeirantes apresentam limitações dos movimentos, sendo incapazes de realizar mudanças independentes na posição do corpo, assim, logo estão predispostos a pressões prolongadas por um período de tempo, e conseqüentemente, mais vulneráveis para a formação de lesão por pressão¹⁴.

Conforme os dados evidenciados, foi constatado que todos os sujeitos possuíam alguma

comorbidade, sendo a mais frequente idade avançada em cinco (38,5%) e HAS e AVC, com, respectivamente, quatro (30,8%) e quatro (30,8%).

Com o avanço da idade ocorre diversas mudanças na pele, desde a diminuição da camada dérmica, da vascularização, havendo também a redução da percepção da dor, resposta inflamatória e a função da barreira de proteção da pele, tornando mais susceptível a desenvolvimento de lesões¹⁵. Estudos demonstram que o avanço da idade é um fator desencadeante desses tipos de lesões, sendo que de 50 % a 70 % originam em pessoas acima de 70 anos de idade¹⁶.

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) como HAS, AVC, podem comprometer a circulação sanguínea, a percepção, a mobilidade, os níveis de eletrólitos e proteínas, e ainda, afetar o nível de consciência, proporcionado à chance de desenvolvimento de LPP¹³.

Outra comorbidade que favorece o desenvolvimento de LPP são as doenças neurológicas associadas à doenças crônicas não transmissíveis, pois estas podem afetar a capacidade perceptiva, a circulação sanguínea corporal e a mobilidade. Estes indivíduos com alterações neurológicas são mais dependentes de cuidados, como higienização íntima a cada eliminação fisiológica urinária ou fecal, e a mudança de decúbito¹³. Um estudo realizado na assistência domiciliar na cidade de São Paulo, demonstrou que 63,8% dos pacientes tiveram doenças do sistema circulatório, como a HAS¹¹.

Relacionado a localização da lesão por pressão, nota-se que a região sacral apresentou a maior frequência comparado a outras regiões anatômicas, correspondendo a oito (38,09%). Isso ocorre pelo fato de ser local de apoio quando o sujeito assume decúbito dorsal, lateral ou em posição sentado¹⁷. A região sacral é sempre um dos locais mais acometidos pela lesão por pressão, tal fato pode ser verificado em um estudo realizado com idosos institucionalizados em Piauí, que apresentaram lesão por pressão, e a região sacral foi a mais frequente, onde o

resultado atingiu 50%¹⁴. Também em comparação a área hospitalar, um estudo realizado no âmbito hospitalar no país de Portugal, houve predominância da região sacral (32,4%)¹⁷.

Das 21 lesões por pressões identificadas nos 13 pacientes, nove (69,3%), foram classificadas no estágio 4, que caracteriza perda da pele em sua espessura total e perda tissular, com exposição de músculo, tendão, fáscia, ligamento, cartilagem ou osso². Sabe-se que a classificação das lesões por pressão em estágios representa o comprometimento dos tecidos, considerando os planos anatômicos¹⁸.

Observa-se também, que houve predominância de lesão por pressão de estágio 4 na região sacral cinco (23,81%), sendo que a maioria dos sujeitos que apresentaram esse estágio, a característica da lesão já estava em estágio avançado, em comparação aos outros estágios e regiões que foram avaliadas

A cobertura Alginato de Cálcio é usada no tratamento de feridas agudas ou crônicas, lesões abertas, profundas ou tunelizadas, moderadamente ou muito exsudativas. Empregado também em lesões por pressão¹⁹, conforme os resultados da pesquisa, evidenciou que a cobertura mais utilizada foi Alginato de Cálcio, isso ocorre pela característica avançada da lesão por pressão, e por ser um dos insumos mais disponibilizado pela Prefeitura Municipal.

Além da identificação do perfil dos pacientes portadores de lesão por pressão foi realizada entrevista com a equipe do Programa Melhor em Casa, onde foram elencadas questões sobre as dificuldades presentes e os métodos para melhorar a assistência prestada aos pacientes, as quais a insuficiência de variedades de insumos para o tratamento e a falta de equipamentos de apoio foram evidenciadas nos relatos. Os recursos materiais são elementos importantes na prestação da assistência, tratamento e prevenção de LPP, e conseqüentemente, isso reduz os índices de prevalência e incidência das lesões²⁰.

O Serviço de Atenção Domiciliar deve apresentar diretrizes, onde inclui a padronização, especificação, classificação e dispensação de materiais essenciais as atividades desenvolvidas

pelos profissionais. Sendo de importância também, o estabelecimento de fluxos para prover de materiais e equipamentos⁷.

Observa-se nos relatos a não adesão do paciente/cuidador ao tratamento, pode-se avaliar a diversos fatores: estado emocional do paciente e cuidador, acarretando a não absorção das orientações. Geralmente é um cuidador único, havendo pouca disponibilidade dos demais membros da família para dividir as atividades, o que gera uma sobrecarga de trabalho, pois, este cuidador nunca vai se considerar suficientemente bom e dedicado na prestação de cuidados. Por isso, deve haver mudança no cuidar no domicílio, abordando uma nova dinâmica de trabalho e de organização familiar, e também, outra estratégia para reduzir o desgaste físico e emocional dos cuidadores é realizar rodízios entre estes²¹.

É de suma importância que a equipe realize capacitações com o cuidador e familiares, seja durante as visitas domiciliares ou em cursos e oficinas, reuniões familiares para fortalecer o processo de cuidador, e a criação de grupos de cuidadores para troca de experiências e atividades recreativas, auxiliam na qualidade de vida do cuidador⁷.

Em relação as entrevistas, evidenciou-se a ausência de protocolos e educação permanente para a equipe multiprofissional, direcionado ao tratamento e curativo das lesões e a necessidade da ampliação dos insumos disponíveis, sendo essas questões também mencionadas como alternativa para melhorar a assistência. Na Atenção Domiciliar é importante que haja a oferta de educação permanente para os profissionais, cursos de aprimoramento, seminários e reuniões com outras equipes da rede para discussão dos casos, fortalecendo a equipe com relação a integração com a rede⁷. A obtenção de conhecimento é um apoio para qualquer tipo de prática, tendo sempre atualizações ao longo da vida, baseadas em evidências, aumentam a qualidade da assistência prestada. A implantação de protocolos de atuação a nível institucional, principalmente, na atenção domiciliar é de suma importância, pois, aumenta a exigência do

cuidado e cria padrões de assistência que se ajustam a individualidade do paciente, sendo baseados em evidências seguras²⁰.

Conclusão

O Programa Melhor em Casa possui grande relevância para as populações adoecidas e que necessitam de atendimento especializado, sendo uma questão de dignidade social. A identificação do perfil dos pacientes portadores de lesão por pressão auxilia a equipe de saúde, bem como, os órgãos competentes a otimizarem recursos financeiros e de pessoal para atender as demandas dessa população vulnerável.

Essa pesquisa pode contribuir na construção de mecanismos que auxiliam na prevenção das lesões por pressão nas regiões mais afetadas anatomicamente, bem como, pensar na prevenção de infecções e outras complicações, as quais certamente irão direcionar esse paciente a compor a fila de espera por leitos hospitalares, aumentando ainda mais o seu sofrimento e do seu cuidador.

A organização da equipe multiprofissional que compõe o programa, tanto no que se refere aos insumos/equipamentos como nas capacitações e protocolos é uma ação acertiva da gestão impactando na qualidade da assistência prestada e na segurança do paciente.

Referências

1. Queiroz ACCM, Mota DDCF, Bachion MM, Ferreira ACM. Úlceras por pressão em pacientes em cuidados paliativos domiciliares: prevalência e características. *Rev Esc Enferm USP* [site na internet] 2014 [acessado 2017 abr 06]; 48(2): 264-271. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n2/pt_0080-6234-reeusp-48-02-264.pdf.

2. National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP). Pressure ulcer stages revised by NPUAP [site na internet] 2016 Abr [acessado 2017 mar 27]. Disponível em: <http://www.npuap.org>.
3. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Protocolo para Prevenção de Úlcera por Pressão. 2013b.
4. Geovanini T. Tratamento e cuidados específicos nas úlceras por pressão. In: Geovanini, T. *Tratado de Feridas e Curativos: enfoque multiprofissional*. São Paulo: Rideel, 2014. 229 – 242.
5. Vasconcelos JMB, Caliri MHL. Ações de enfermagem antes e após um protocolo de prevenção de lesões por pressão em terapia intensiva. *Esc Anna Nery* [site na internet] 2017 [acessado 2017 abr 06]; 21(1): 1-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n1/1414-8145-ean-21-01-e20170001.pdf>.
6. Araújo TM, Araújo MFM, Caetano JA. Comparação de escalas de avaliação de risco para úlcera por pressão em pacientes em estado crítico. *Acta Paul Enferm* [site na internet] 2011 [acessado 2017 mai 15]; 24(5): 695-700. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n5/16v24n5.pdf>.
7. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Segurança do paciente no domicílio. Brasília, 2016.
8. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Melhor em casa: a segurança do hospital no conforto do seu lar. Brasília-DF. 2013a: 1-2.

9. Santos CT, Oliveira MG, Pereira AGS, Suzuki LM, Lucena AF. Indicador de Qualidade Assistencial de Úlcera por Pressão: Análise de Prontuários e de Notificação de Incidente. *Rev. Gaúcha de Enfermagem* [site na internet] 2013 [acessado 2017 out 17]; 34 (1): 111-118. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/85388/000879360.pdf?sequence=1>
10. Menegon DB, Bercini RR, Santos CT, Lucena AF, Pereira AGS, Scain SF. Análise das Subescalas de Braden como Indicativos de Risco para Úlcera por Pressão. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis* [site na internet] 2012 Out-Dez [acessado 2017 out 17]; 21(4): 854-61. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/714/71425249016/>.
11. Freitas JPC, Alberti LR. Aplicação da Escala de Braden em domicílio: incidência e fatores associados a úlcera por pressão. *Acta Paul Enferm* [site na internet] 2013 [acessado 2017 abr 06]; 26(6): 515-521. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n6/02.pdf>.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Censo 2010: Banco de dados agregados do IBGE* [site na internet] 2010 [acessado 2017 mai 16]. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/rs/santa-cruz-do-sul/panorama>.
13. Ayala ALM, Galende ACBPS, Stoeberl FR. Cuidados de enfermagem na prevenção de úlcera por pressão em pacientes acamados no domicílio. *Ciências Biológicas e da Saúde* [site na internet] 2016 jul./dez [acessado 2017 out 17]; 37(2): 25-38. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/view/23678>.
14. Sousa JERB, Silva HF, Rabelo CBM, Bezerra SMG, Luz MHBA, Rangel EML. Fatores de

risco e ocorrência de úlcera por pressão em idosos institucionalizados. *Rev Enferm UFPI, Teresina* [site na internet] 2012 jan-abr [acessado 2017 out 17]; 1(1): 36-41. Disponível em: <http://ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/705/621>.

15. Blanes L, Duarte IS, Calil JA, Ferreira LM. Avaliação clínica e epidemiológica das úlceras por pressão em pacientes internado no hospital de São Paulo. *Rev. Assoc. Med. Bras* [site na internet] 2004 [acessado 2017 nov 12]; 50(2): 182-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v50n2/20781.pdf>.
16. Gomes FSL, Bastos MAR, Matozinhos FP, Temponi HR, Meléndez GV. Fatores associados à úlcera por pressão em pacientes internados nos centros de Terapia Intensiva de Adultos. *Rev. Esc. Enferm. USP* [site na internet] 2010 [acessado 2017 nov 12]; 44(4): 1070-6. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/3610/361033306031/>.
17. Laranjeira CA, Loureiro S. Fatores de risco das úlceras de pressão em doentes internados num hospital português. *Rev. Salud Pública* [site na internet] 2017 [acessado 2017 nov 12]; 19(1): 99-104. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v19n1/0124-0064-rsap-19-01-00161.pdf>.
18. Moro JV, Caliri MHL. Úlcera por pressão após a alta hospitalar e o cuidado em domicílio. *Esc Anna Nery*. [site na internet] 2016; [acessado 2017 abr 06] Jul-Set; 20(3). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n3/1414-8145-ean-20-03-20160058.pdf>.
19. Oliveira RG. *Blackbook Enfermagem*. 1ª edição, Belo Horizonte: Blackbook Editora; 2016.

20. Rodrigues AM, Soriano JV. Fatores influenciadores dos cuidados de enfermagem domiciliares na prevenção de úlcera por pressão. *Revista de Enfermagem Referência* [site na internet] 2011 [acessado 2017 nov 16]. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/3882/388239964012.pdf>.

21. Queiroz AHAB, Pontes RJS, Souza AMA, Rodrigues TB. Percepção de familiares e profissionais de saúde sobre os cuidados no final da vida no âmbito da atenção primária à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* [site na internet] 2013 [acessado 2017 nov 16]; 18(9): 2615-2623. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000900016&script=sci_abstract&tlng=pt

ANEXO A – Normas da Revista Ciência e Saúde Coletiva



Revista Ciência e Saúde Coletiva

INSTRUÇÕES PARA COLABORADORES

Ciência & Saúde Coletiva publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia.

Política de Acesso Aberto - Ciência & Saúde Coletiva é publicado sob o modelo de acesso aberto e é, portanto, livre para qualquer pessoa a ler e download, e para copiar e divulgar para fins educacionais.

Orientações para organização de números temáticos

A marca da Revista Ciência & Saúde Coletiva dentro da diversidade de Periódicos da área é o seu foco temático, segundo o propósito da ABRASCO de promover, aprofundar e socializar discussões acadêmicas e debates interpares sobre assuntos considerados importantes e relevantes, acompanhando o desenvolvimento histórico da saúde pública do país.

Os números temáticos entram na pauta em quatro modalidades de demanda:

- Por Termo de Referência enviado por professores/pesquisadores da área de saúde coletiva (espontaneamente ou sugerido pelos editores-chefes) quando consideram relevante o aprofundamento de determinado assunto.
- Por Termo de Referência enviado por coordenadores de pesquisa inédita e abrangente, relevante para a área, sobre resultados apresentados em forma de artigos, dentro dos moldes já descritos. Nessas duas primeiras modalidades, o Termo de Referência é avaliado em seu mérito científico e relevância pelos Editores Associados da Revista.
- Por Chamada Pública anunciada na página da Revista, e sob a coordenação de Editores Convidados. Nesse caso, os Editores Convidados acumulam a tarefa de selecionar os artigos conforme o escopo, para serem julgados em seu mérito por pareceristas.
- Por Organização Interna dos próprios Editores-chefes, reunindo sob um título pertinente, artigos de livre demanda, dentro dos critérios já descritos.

O Termo de Referência deve conter: (1) título (ainda que provisório) da proposta do número temático; (2) nome (ou os nomes) do Editor Convidado; (3) justificativa resumida em um ou dois parágrafos sobre a proposta do ponto de vista dos objetivos, contexto, significado e relevância para a Saúde Coletiva; (4) listagem dos dez artigos propostos já com nomes dos autores convidados; (5) proposta de texto de opinião ou de entrevista com alguém que tenha relevância na discussão do assunto; (6) proposta de uma ou duas resenhas de livros que tratem do tema.

Por decisão editorial o máximo de artigos assinados por um mesmo autor num número temático não deve ultrapassar três, seja como primeiro autor ou não.

Sugere-se enfaticamente aos organizadores que apresentem contribuições de autores de variadas instituições nacionais e de colaboradores estrangeiros. Como para qualquer outra modalidade de apresentação, nesses números se aceita colaboração em espanhol, inglês e francês.

Recomendações para a submissão de artigos

Recomenda-se que os artigos submetidos não tratem apenas de questões de interesse local, ou se situe apenas no plano descritivo. As discussões devem apresentar uma análise ampliada que situe a especificidade dos achados de pesquisa ou revisão no cenário da literatura nacional e internacional acerca do assunto, deixando claro o caráter inédito da contribuição que o artigo traz.

A revista *C&SC* adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *Rev Port Clin Geral* 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, www.icmje.org ou www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf. Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

Seções da publicação

Editorial: de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.

Artigos Temáticos: devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres.

Artigos de Temas Livres: devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.

Artigos de Revisão: Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.

Resenhas: análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos. No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg.

Cartas: com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço).

Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui texto e bibliografia. O resumo/abstract e as ilustrações (figuras e quadros) são considerados à parte.

Apresentação de manuscritos

Não há taxas e encargos da submissão

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.

2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.
3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista *C&SC*, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.
4. Os artigos submetidos à *C&SC* não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.
5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).
6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.
7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.
8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).
9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo palavras-chave/key words), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo. As palavras-chaves na língua original e em inglês devem constar no DeCS/MeSH (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/e> <http://decs.bvs.br/>).

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.
2. O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo.
3. Em nenhum arquivo inserido, deverá constar identificação de autores do manuscrito.

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.
2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações e Escalas

1. O material ilustrativo da revista *C&SC* compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, porcentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.
2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.
3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.
4. As tabelas e os quadros devem ser confeccionados no mesmo programa utilizado na confecção do artigo (Word).
5. Os gráficos devem estar no programa Excel, e os dados numéricos devem ser enviados, em separado no programa Word ou em outra planilha como texto, para facilitar o recurso de copiar e colar. Os gráficos gerados em programa de imagem (Corel Draw ou Photoshop) devem ser enviados em arquivo aberto com uma cópia em pdf.
6. Os arquivos das figuras (mapa, por ex.) devem ser salvos no (ou exportados para o) formato Illustrator ou Corel Draw com uma cópia em pdf. Estes formatos conservam a informação vetorial, ou seja, conservam as linhas de desenho dos mapas. Se for impossível salvar nesses formatos; os arquivos podem ser enviados nos formatos TIFF ou BMP, que são formatos de imagem e não conservam sua informação vetorial, o que prejudica a qualidade do resultado. Se usar o formato TIFF ou BMP, salvar na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho (lado maior = 18cm). O mesmo se aplica para o material que estiver em fotografia. Caso não seja possível enviar as ilustrações no meio digital, o material original deve ser mandado em boas condições para reprodução.
7. Os autores que utilizam escalas em seus trabalhos devem informar explicitamente na carta de submissão de seus artigos, se elas são de domínio público ou se têm permissão para o uso.

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.
2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.
3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*
2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:
ex. 1: “Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF”¹¹ ...
ex. 2: “Como alerta Maria Adélia de Souza⁴, a cidade...”
As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.
3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>).
5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação. Exemplos de como citar referências

Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (incluir todos os autores)

Pelegrini MLM, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):275-286. Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, Oliveira-Filho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):483-491.

2. Instituição como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164(5):282-284

3. Sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84:15.

4. Número com suplemento

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993; 9(Supl. 1):71-84.

5. Indicação do tipo de texto, se necessário

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347:1337.

Livros e outras monografias

6. Indivíduo como autor

Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª Edição. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.

7. Organizador ou compilador como autor

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.

9. Capítulo de livro

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio*. Agrotóxicos, saúde e ambiente. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10. Resumo em Anais de congressos

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

12. Dissertação e tese

Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

Outros trabalhos publicados

13. Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil*; 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

14. Material audiovisual

HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

15. Documentos legais

Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

Material no prelo ou não publicado

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.

Cronemberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N.

Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

Material eletrônico

16. Artigo em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monografia em formato eletrônico

CDI, clinical dermatology illustrated [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2^a ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: IDENTIFICAÇÃO DO PERFIL DAS LESÕES POR PRESSÃO EM PACIENTES ATENDIDOS PELO PROGRAMA MELHOR EM CASA

Pesquisador: Janine Koepf

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 72115717.6.0000.5343

Instituição Proponente: Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.214.251

Apresentação do Projeto:

As lesões por pressão são um importante problema para os serviços de saúde, devido à alta incidência, prevalência e o aumento da morbidade e mortalidade, bem como o acréscimo dos gastos com o tratamento. E além disso tudo, ocasiona ao paciente desconforto e sofrimento na seu dia a dia. Como objetivo da pesquisa é identificar o perfil das Lesões por Pressão em pacientes atendidos pelo Programa Melhor em Casa do Serviço de Atenção Domiciliar no município de Santa Cruz do Sul (RS). A metodologia trata-se de uma pesquisa quali-quantitativa, observacional e documental, e diante disso, os sujeitos da pesquisa serão pacientes atendidos pelo Programa Melhor em Casa, de ambos os sexos e distintas faixas etárias e também a equipe de profissionais que constitui o programa. Na coleta de dados será aplicado o formulário de questões fechadas para os pacientes e para os profissionais da equipe do Programa Melhor em Casa será realizado uma entrevista semiestruturada.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Identificar o perfil das Lesões por Pressão em pacientes atendidos pelo Programa Melhor em Casa do Serviço de Atenção Domiciliar no município de Santa Cruz do Sul (RS).

Objetivo Secundário:

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 6, sala 603
Bairro: Universitário **CEP:** 96.815-900
UF: RS **Município:** SANTA CRUZ DO SUL
Telefone: (51)3717-7680 **E-mail:** cep@unisc.br



Continuação do Parecer: 2.214.251

- Avaliar e classificar as lesões por pressão de acordo com o NPUAP;
- Mensurar as comorbidades existentes;
- Identificar as dificuldades que a equipe do Programa Melhor em Casa encontra ao prestar assistência à domicílio.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Referente aos riscos da pesquisa para o indivíduo, família, equipe do programa e instituição, não prevê desconforto ou risco, pois será mantido o anonimato e também não ocorrerá nenhuma intervenção nos pacientes.

Benefícios:

Esse estudo traz de benefício conhecer a demanda e as questões de saúde de indivíduos portadores de lesões por pressão e também as dificuldades que a equipe do programa apresentam ao realizar atendimento ao paciente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

sem comentários.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

o TCLE não apresenta o telefone da professora. O projeto submetido apresenta duas cartas de aceite institucional, sendo cópias.

Recomendações:

Adequar o TCLE.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado, apenas com a ressalva de adequar o TCLE.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado e em condições de ser executado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_961367.pdf	28/07/2017 10:41:46		Aceito
Orçamento	orcamentotcc.pdf	28/07/2017 10:39:53	LARISSA CALHEIRO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLE.pdf	28/07/2017 09:41:19	LARISSA CALHEIRO	Aceito

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 6, sala 603

Bairro: Universitário **CEP:** 96.815-900

UF: RS **Município:** SANTA CRUZ DO SUL

Telefone: (51)3717-7680

E-mail: cep@unisc.br



Continuação do Parecer: 2.214.251

Ausência	TCLE.pdf	28/07/2017 09:41:19	LARISSA CALHEIRO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TERMODEACEITEINSTITUCIONAL.pdf	13/07/2017 17:28:01	LARISSA CALHEIRO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TERMODEACEITEIINSTITUCIONAL2.pdf	13/07/2017 17:27:45	LARISSA CALHEIRO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETODETCC.pdf	13/07/2017 17:26:08	LARISSA CALHEIRO	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	13/07/2017 17:24:29	LARISSA CALHEIRO	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	13/07/2017 17:22:14	LARISSA CALHEIRO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTA CRUZ DO SUL, 11 de Agosto de 2017

**Assinado por:
Renato Nunes
(Coordenador)**

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 6, sala 603
Bairro: Universitário **CEP:** 96.815-900
UF: RS **Município:** SANTA CRUZ DO SUL
Telefone: (51)3717-7680 **E-mail:** cep@unisc.br

ANEXO C – Projeto da Pesquisa

CURSO DE ENFERMAGEM

Larissa Calheiro

**O PERFIL DOS PACIENTES PORTADORES DE LESÕES POR PRESSÃO
ATENDIDOS PELO PROGRAMA MELHOR EM CASA**

Santa Cruz do Sul

2017

Larissa Calheiro

**O PERFIL DOS PACIENTES PORTADORES DE LESÃO POR PRESSÃO
ATENDIDOS PELO PROGRAMA MELHOR EM CASA**

Trabalho de Conclusão apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, para a obtenção da aprovação na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II.

Orientadora: Prof^a. Janine Koepp.

Santa Cruz do Sul

2017

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CEMAI	Centro Materno Infantil
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
DCNTs	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
EMAD	Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar
EMAP	Equipe Multiprofissional de Apoio
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
LPP	Lesão por Pressão
NPUAP	National Pressure Ulcer Advisory Panel
PNSP	Política Nacional de Segurança do Paciente
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UPA	Unidade de Pronto-atendimento
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	5
2 OBJETIVOS.....	7
2.1 Objetivo Geral.....	7
2.2 Objetivos Específicos.....	7
3 JUSTIFICATIVA.....	8
4 REVISÃO BIBLIOGRAFICA.....	9
4.1 Compreendendo a fisiopatologia da Lesão por Pressão.....	9
4.2 Definição e Classificação das Lesões por Pressão de acordo com o National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP).....	9
4.3 Fatores de risco e comorbidades associadas no desenvolvimento das lesões por pressão.....	11
4.4 Segurança do Paciente e Estratégias de Prevenção a Lesão por Pressão.....	13
4.5 Programa Melhor em Casa e sua implantação nos serviços de saúde.....	15
5 METODOLOGIA.....	17
5.1 Tipo de pesquisa.....	17
5.2 Local de pesquisa.....	17
5.3 Sujeitos da pesquisa.....	18
5.4 Critérios de Inclusão e Exclusão dos sujeitos da pesquisa.....	18
5.5 Benefício e risco da pesquisa.....	18
5.6 Procedimentos Operacionais e Éticos.....	18
5.7 Instrumento e coleta de dados.....	19
5.8 Análise dos dados.....	20
6 ESTRUTURA PROVISÓRIA DA MONOGRAFIA.....	22
7 CRONOGRAMA DO PROJETO (2017).....	23
8 ORÇAMENTO DO PROJETO (2017).....	24

REFERÊNCIAS.....	25
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	28
APÊNDICE B – TERMO DE DECLARAÇÃO E DE AUTORIZAÇÃO PARA USO DE IMAGEM.....	30
APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	31
APÊNDICE D – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	33

1 INTRODUÇÃO

As lesões por pressão são um importante problema para os serviços de saúde, devido à alta incidência, prevalência e o aumento da morbidade e mortalidade, bem como, o acréscimo dos gastos com as medidas profiláticas e terapêuticas (QUEIROZ et al., 2014 apud WHO, 2007).

Para entendimento, a lesão por pressão (LPP) é definida como um dano na pele ou em tecidos moles subjacentes, principalmente, sobre uma proeminência óssea, sendo relacionada também a utilização de dispositivos médicos ou a outro elemento (NPUAP, 2016). Esse tipo de lesão ocorre em indivíduos em estado de fragilidade, geralmente em aqueles com restrição de mobilidade e idade avançada (FREITAS, 2011).

Sabe-se que esse tipo de lesão ocasiona danos consideráveis aos pacientes, pois, dificultam o processo de recuperação funcional, gerando dor e induzindo ao desenvolvimento de infecções graves (BRASIL, 2013b).

Um estudo realizado no âmbito domiciliar no Brasil refere que 70,2% dos pacientes apresentaram risco de desenvolvimento de lesão por pressão, com uma prevalência de 19,1% (FREITAS e ALBERTI, 2013 apud CAMPOS, 2007). O tratamento deste tipo de lesão ocupa o terceiro lugar em custos no setor da saúde, sendo só superado pelo tratamento de câncer e cirurgia cardíaca (SERPA et al., 2011).

A lesão por pressão é considerada um problema de magnitude na saúde, e com isso, a prevenção é apontada como a melhor alternativa para diminuir esse agravo, tendo enfoque na utilização de diretrizes e protocolos clínicos de prevenção. Para uma efetiva prevenção de lesão por pressão, requer que todos os indivíduos que formam uma equipe de saúde realizem atividades para o desenvolvimento e a implementação do plano de cuidados para pacientes portadores de esse tipo de lesão (VASCONCELOS e CALIRI, 2017).

Com a finalidade de garantir o cuidado ao indivíduo portador de lesão por pressão, o governo federal instituiu o Programa Melhor em Casa, que é um serviço indicado para pessoas que apresentam dificuldades definitivas ou temporárias de se deslocar do domicílio e ir até um serviço de saúde, ou ainda, para indivíduos que estejam em situações nas quais a atenção domiciliar é mais certa para o devido tratamento (BRASIL, 2013a).

As escalas como a de *Braden* e *Braden Q* utilizadas na avaliação de pacientes com risco de lesão por pressão, correspondem a instrumentos importantes no cuidado de enfermagem, pois, destacam pontos vulneráveis no paciente além de reforçar a importância de avaliação contínua favorecendo assim os mecanismos de prevenção (ARAÚJO, ARAÚJO e CAETANO,

2011).

Sabe-se ainda, que a etiologia da lesão é multifatorial, incluindo assim, fatores intrínsecos e extrínsecos ao indivíduo, que correspondem à idade, doenças, estado nutricional, condições de mobilidade, nível de consciência entre outros (ROGENSK e KURCGANT, 2012).

Por ser um grande desafio para a equipe de enfermagem na questão da prevenção, do tratamento das lesões por pressão e do planejamento de assistências, além de ocasionar ao paciente desconforto e sofrimento. A equipe de enfermagem tem a possibilidade de ampliar seu conhecimento nas ações de prevenção e tratamento das lesões por pressão garantindo a segurança e minimizando o sofrimento do paciente e cuidador e, sobretudo, apoiando e incentivando os cuidadores. Diante disso, serão compreendidas as dificuldades encontradas pela equipe de enfermagem do Programa Melhor em Casa na assistência prestada ao paciente portador de lesão por pressão.

Diante do que foi exposto anteriormente, o estudo tem como problema de pesquisa: Qual é o perfil dos pacientes portadores de Lesões por Pressão atendidos pelo Programa Melhor em Casa no município de Santa Cruz do Sul/RS?

Trata-se de uma pesquisa quali-quantitativa, observacional e documental. Os sujeitos do estudo serão pacientes atendidos pelo Programa Melhor em Casa, de ambos os sexos e distintas faixas etárias e também a equipe de profissionais que constitui o programa. A coleta se iniciará entre o dia 1º de agosto a 31 outubro de 2017, será realizado nos turnos da manhã e tarde, de acordo com a demanda de pacientes assistidos e a disponibilidade da equipe do Programa.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Identificar o perfil dos pacientes portadores de Lesões por Pressão atendidos pelo Programa Melhor em Casa do Serviço de Atenção Domiciliar no município de Santa Cruz do Sul (RS).

2.2 Objetivos Específicos

- Avaliar e classificar as lesões por pressão de acordo com o NPUAP;
- Mensurar as comorbidades existentes;
- Identificar as dificuldades que a equipe do Programa Melhor em Casa encontra ao prestar assistência a domicílio.

3 JUSTIFICATIVA

A seleção da temática surgiu a partir das aulas práticas do currículo do Curso de Graduação em Enfermagem e dos estágios voluntários realizados na Estratégia de Saúde da Família (ESF) na cidade de Passa Sete/RS, aonde tive o convívio com inúmeros pacientes acamados portadores de lesão por pressão.

Por ser um grande desafio para a equipe de enfermagem na questão da prevenção, do tratamento das Lesões por Pressão e do planejamento de assistências, além de ocasionar ao paciente desconforto e sofrimento. A equipe de enfermagem tem a possibilidade de ampliar seu conhecimento nas ações de prevenção e tratamento das lesões por pressão garantindo a segurança e minimizando o sofrimento do paciente cuidador e, sobretudo, apoiando e incentivando os cuidadores. Diante disso, serão compreendidas as dificuldades encontradas pela equipe de enfermagem do Programa Melhor em Casa na assistência prestada ao paciente portador de lesão por pressão.

4 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

4.1 Compreendendo a fisiopatologia da Lesão por Pressão

A pele é o maior órgão do corpo e um dos mais complexos, caracteriza-se por ser uma membrana externa de proteção. A pele é formada por duas camadas originadas do ectoderma e seu mesênquima subjacente. A epiderme é o tecido epitelial de superfície, originário do ectoderma cutâneo, com relação à derme camada mais profunda, composta por tecido conjuntivo denso, não modelado, oriundo do mesoderma (MOORE e PERSAUD, 2008).

Com um fluxo normal de sangue entre os capilares ocorre a irrigação suficiente dos tecidos, porém, em indivíduos que se mantêm em longo tempo na mesma posição sobre superfícies rígidas como a cama ou cadeiras de rodas, o peso do corpo desempenha uma pressão constante e superior a esse limite nas regiões de proeminências ósseas. Desta maneira, os capilares são comprimidos sobre a pele, ocasionando regiões de isquemia, e por fim, resultando na má oxigenação e nutrição dos tecidos. Com isso, inicia o processo de comprometimento tecidual interno, antes mesmo da ruptura da pele, e quando ocorre o rompimento da pele a lesão evolui rapidamente (GEOVANINI, 2014).

Quando inicia o comprometimento da pele, o primeiro sinal é o eritema, causado pela hiperemia reativa, ocasionando um rubor vermelho vivo, à medida que o corpo tenta suprir o tecido carente de oxigênio. Após surgem bolhas, semelhantes à queimadura, e quando essas bolhas se rompem, a lesão progride, e assim, ocorre à destruição tecidual, causando danos nos músculos e nas estruturas de suporte (GEOVANINI, 2014).

4.2 Definição e Classificação das Lesões por Pressão de acordo com o National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP)

A Lesão por Pressão é um dano localizado na região da pele ou nos tecidos moles subjacentes, que geralmente surge sobre uma proeminência óssea, em decorrência da pressão intensa ou em combinação com o cisalhamento. Essas lesões estão associadas a diversos fatores contribuintes, cuja função ainda não está completamente esclarecida (NPUAP, 2014).

O *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP) é uma organização norte-americana que tem como objetivo principal a prevenção e o tratamento das lesões por pressão. O NPUAP redefiniu a definição da nomenclatura de lesões por pressão, durante a NPUAP 2016, que ocorreu em 8 e 9 de abril de 2016 em Rosemont/Chicago, ficando assim definidos:

- *Lesão por Pressão Estágio 1: pele íntegra com eritema que não embranquece:*

corresponde a pele intacta com eritema localizado que não embranquece, e que em pele de cor escura pode apresentar de forma diferente. O aparecimento de eritema que embranquece, alteração na sensibilidade, temperatura ou consistência podem preceder as mudanças visuais (NPUAP, 2016).

- *Lesão por Pressão Estágio 2: perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme:* caracterizada pela perda da pele em sua espessura parcial com visualização da derme. O leito da ferida é viável, úmido e de coloração rosa ou vermelha, e ainda, pode se apresentar como uma bolha íntegra ou rompida. Estão ausentes os tecidos de granulação, esfacelo e escara, também não são visíveis o tecido adiposo e os tecidos mais profundos. Essas lesões geralmente surgem de microclima inadequado e o cisalhamento da pele na região da pélvis e do calcâneo (NPUAP, 2016).

- *Lesão por Pressão Estágio 3: perda da pele em sua espessura total:* ocorre a perda total da espessura da pele, aonde se tem- a visualização do tecido adiposo, e a presença de tecido de granulação e epíbole neste estágio. Podem ocorrer túneis e ainda ser visível o esfacelo e/ou escara. Em regiões com adiposidade pode haver o desenvolvimento de profundas lesões. Não há nesse estágio, a exposição de músculos, tendões, fásia, ligamento, cartilagens ou ossos. No caso em que o esfacelo ou a escara dificulta a identificação da extensão da perda tissular, deve-se classificá-la como Lesão por Pressão Não Classificável (NPUAP, 2016).

- *Lesão por Pressão Estágio 4: perda da pele em sua espessura total e tecido perda tissular:* perda da pele em sua espessura total e perda tissular com exposição do músculo, tendão, fásia, ligamento, cartilagem e/ou osso. Epíbole e túneis ocorrem frequentemente, e a profundidade da lesão varia de acordo com a localização anatômica (NPUAP, 2016).

- *Lesão por Pressão Não Classificável: perda da pele em sua espessura total e perda tissular não visível:* quando a extensão do dano não é confirmada porque está encoberta por esfacelo ou escara (NPUAP, 2016).

- *Lesão por Pressão Tissular Profunda:* corresponde à pele íntegra ou não, com área localizada e persistente de descoloração vermelha escura, marrom ou púrpura que não embranquece e pode apresentar-se, também, em bolha com exsudato sanguinolento. Essa lesão resulta da pressão intensa ou prolongada e do cisalhamento na interface do osso- músculo (NPUAP, 2016).

ANPUAP acrescentou algumas definições a mais, como a Lesão por Pressão relacionada a Dispositivo Médico, que se origina do uso de dispositivos criados e aplicados para fins terapêuticos e diagnósticos. E a Lesão por Pressão em Membranas Mucosas, que é encontrada

quando o histórico da utilização de dispositivos na região da lesão, e devido à anatomia do tecido, essas lesões não podem ser categorizadas (NPUAP, 2016).

Em estudo realizado no qual foi avaliado os fatores de risco associados a lesões por pressão em crianças internadas em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, cinco (19,2%) lesões por pressão foram detectadas na asa do nariz, causadas por dispositivos médicos, com consequência da utilização de sondas, tanto nasogástricas como nasoenteral (CARVALHO et al., 2011).

4.3 Fatores de risco e comorbidades associadas no desenvolvimento das lesões por pressão

O desenvolvimento das lesões por pressão ocorre por fatores de riscos intrínsecos e extrínsecos, ambos incluem-se ao estado de saúde do paciente, sendo estas, as condições nutricionais, problemas psicossociais, de mobilidade, faixa etária, temperatura corporal, estado cognitivo, grau de exposição à umidade, incontinência urinária e fecal, tabagismo e existência de lesão medular. Compreendendo que os fatores intrínsecos são referentes às condições físicas e orgânicas do paciente, já os extrínsecos estão relacionados ao próprio mecanismo de desenvolvimento das lesões por pressão (GEOVANINI, 2014).

A umidade favorece no desenvolvimento da lesão, pois, quando o paciente permanece úmido, a pele apresenta-se macerada, acarretando o enfraquecimento e a intolerância tissular. Diante disso, os tecidos permanecem pouco resistentes e com diminuição da capacidade de suportar a pressão (GEOVANINI, 2014).

Outro aspecto de risco para o paciente é a condição nutricional comprometida, uma vez que a deficiência de proteínas, vitaminas e sais minerais contribui para o surgimento de lesão por pressão, além da má cicatrização, e ainda interfere na síntese de colágeno (GEOVANINI, 2014). Segundo Pieper (2007) citado por Gomes et al. (2011), a má nutrição pode desencadear mudanças da fase inflamatória e da fase da regeneração tecidual, assim, aumentando o risco de infecção, sepse e até levar o paciente a óbito.

Já a baixa oferta de ingestão hídrica, provoca a diminuição do turgor da pele, ficando cada vez mais frágil aumentando as chances de desenvolvimento desse tipo de lesão (SANTOS, ALMEIDA e LUCENA, 2016).

Com o avanço da idade ocorrem alterações no organismo, sejam estas, metabólicas, estruturais e funcionais que afetam os tecidos e células, assim, comprometendo e diminuindo a hidratação, a elasticidade da pele, e a resistência tecidual. Com isso, aumentando a incidência de lesões por pressão na população idosa (GEOVANINI, 2014).

As limitações de mobilidade propicia maior tempo de pressão na pele, gerando a isquemia tecidual, o início de atuação da fricção e o cisalhamento, após isso, ocorre o rompimento da pele e o desenvolvimento da lesão (SANTOS, ALMEIDA e LUCENA, 2016). A mobilidade prejudicada causada por Acidente Vascular Encefálico (AVE), traumatismo craniano, esclerose múltipla, doença de Alzheimer e outras doenças que prejudicam o nível de consciência contribuem para o desenvolvimento de lesão (GEOVANINI, 2014).

As doenças crônicas degenerativas como os cânceres e diabetes afetam o sistema imunológico e a corrente sanguínea periférica contribuindo para o surgimento da lesão (GEOVANINI, 2014). As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs), como Acidente Vascular Cerebral e Hipertensão Arterial Sistêmica, entre outras, favorecem a formação de lesão por pressão, pois, estas podem afetar a capacidade perceptiva, oxigenação, circulação sanguínea, imobilidade, diminuição do nível de consciência e mudanças nos níveis de eletrólitos e proteínas (FREITAS, 2011).

A obesidade caracteriza outro fator de risco para o desenvolvimento de lesão por pressão, pois, nesta comorbidade ocorre à formação de tecido adiposo, e conseqüentemente, acarreta a diminuição da vascularização da superfície da pele. Após, ocasiona a isquemia dos tecidos e surgimento da lesão, isso só quando alguma região do corpo está sob pressão (SANTOS, ALMEIDA e LUCENA, 2016 apud SIBBALD, 2012; BARRIENTOS, 2005; AGRAWAL, 2012).

Com o aumento da temperatura corporal ocorre a aceleração do metabolismo dos tecidos e da demanda de oxigênio, em seguida, acarreta sudorese no paciente. Após esse processo, ocorre a maceração da pele, podendo também contribuir para o aumento de risco de necrose nas lesões (GEOVANINI, 2014).

O tabagismo é um fator causal, pois, causa à diminuição da hemoglobina funcional, problemas pulmonares e má oxigenação dos tecidos, a nicotina presente neste fator provoca a vasoconstrição, o que pode ser um risco de desenvolvimento de lesão por pressão (QUEIROZ et al., 2014).

Alguns medicamentos usados em tratamentos, como a insulina e hipoglicemiantes orais, estimulam o surgimento de *rush* cutâneo, edema, prurido, inflamações, infecções, abscessos e ganho de peso. Sendo estes, potenciais fatores desencadeantes para o desenvolvimento de lesão por pressão (FREITAS, 2011).

4.4 Segurança do Paciente e Estratégias de Prevenção a Lesão por Pressão

Segurança do Paciente caracteriza-se como uma ação de evitar e prevenir falhas na atenção fornecida ao pacientes nos serviços de saúde, evitando assim, futuros eventos adversos que coloquem os usuários em risco de vida (VALLES et al., 2016 apud MELENDEZ, 2015).

O Ministério da Saúde institui a Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, que constitui do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), onde o principal objetivo é colaborar para a qualificação do cuidado em saúde em todos os serviços de saúde do Brasil. A PNSP possui como objetivos específicos: o envolvimento dos pacientes e familiares nas ações de segurança do paciente; aumentar o acesso da população às informações relacionadas à segurança; apoiar e promover a implementação de projetos direcionados à segurança do paciente em distintas áreas da atenção; organização e gerência de serviços de saúde, por meio da inserção de Núcleos de Segurança do Paciente; e gestão de risco nas instituições de saúde e incentivar a inclusão do tema Segurança do Paciente no ensino técnico, de graduação e pós-graduação da área da saúde (BRASIL, 2013c).

Sabe-se que as recomendações para prevenção das lesões por pressão precisam ser aplicadas para todos os pacientes vulneráveis, independentemente da faixa etária. Com relação aos profissionais de saúde, envolvidos no cuidado aos pacientes vulneráveis que tenham risco de desenvolvimento de lesões por pressão, devem adotar intervenções adequadas para manter o cuidado continuado (BRASIL, 2013b).

De acordo com o Protocolo para Prevenção de Úlcera por Pressão, são apresentadas seis recomendações para prevenções de lesões por pressão, que consistem em: avaliação de lesão por pressão na admissão de todos os pacientes; reavaliação diária de risco de desenvolvimento de lesão em todos os pacientes internados; a inspeção diária da pele; manejo da umidade, manutenção do paciente seco e pele hidratada; otimização da nutrição e hidratação e diminuição da pressão (BRASIL, 2013b).

Segundo Brasil (2013b), uma das estratégias de prevenção de lesão por pressão consiste em realizar avaliação de todos os pacientes admitidos e internados pelo risco de desenvolvimento de lesão por pressão, e ainda, examinar a pele para detectar a existência desse tipo de lesão ou outras feridas já instaladas. Para identificação dos pacientes em risco, é utilizada como ferramenta a escala de *Braden*.

A escala de *Braden* é a ferramenta mais utilizada na prática clínica, foi elaborada por Barbara Braden e Nancy Bergstrom, em 1982, nos Estados Unidos (EUA). Esse método apresenta um esquema de pontuação que avalia a percepção sensorial, a exposição da pele a

umidade, atividade física, mobilidade e nutrição. Sua função é indicada para casos de pacientes adultos e idosos com longo tempo de hospitalização, e também, para pacientes em cuidados intensivos e com lesão de medula (GEOVANINI, 2014).

A inspeção diária da pele corresponde à outra medida de prevenção a lesão, portanto, todos os pacientes com risco necessitam de observação contínua de toda a superfície cutânea. Pois, geralmente os pacientes hospitalizados podem apresentar em questão de horas a deterioração da integridade da pele (BRASIL, 2013b). O momento mais propício para inspeção das condições da pele é quando se realiza a higiene corporal do paciente, e com isso, deve ser implementado os cuidados essenciais na prevenção da lesão por pressão (VASCONCELOS e CALIRI, 2017).

Conforme Brasil (2013b), se deve ter uma atenção especial nas regiões corporais de maior risco para lesão, que consistem no calcâneo, sacro, ísquio, trocanter, na região escapular, maleolar e occipital, e também, as áreas corporais que estão sob a pressão de dispositivos como cateteres, tubos e drenos.

Paciente com pele úmida tende a romper facilmente a pele, tornando assim, mais vulnerável ao desenvolvimento de lesão por pressão, portanto, se deve utilizar nesses casos, o método de prevenção do manejo da umidade e hidratação da pele. Realizar, sempre quando a presença de sujidade, a limpeza da pele, utilizando um agente de limpeza suave que diminua a irritação e a secura da pele (BRASIL, 2013b).

Com relação aos cuidados com a pele, deve protegê-la da exposição à umidade excessiva através do uso de produtos de barreira; desenvolver e implementar um plano de tratamento para incontinência urinária e fecal; não massagear nem esfregar fortemente a pele que esteja em risco de lesão e utilizar emolientes para hidratar a pele seca a fim de minimizar o risco de desenvolvimento de lesão por pressão (NPUAP, 2014).

A otimização da nutrição e da hidratação consiste em mais uma estratégia para prevenção de lesões. Deve-se então, notificar todos os pacientes com risco nutricional ou com risco de lesão por pressão ao nutricionista que irá instituir medidas nutricionais específicas (BRASIL, 2013b). Segundo a NPUAP (2014) é recomendado avaliar o peso de cada paciente para determinar o respectivo histórico de peso e as perdas relevantes, e ainda, é necessário analisar a capacidade do paciente de comer de forma independente.

O método de minimizar a pressão sob uma região do corpo caracteriza outra recomendação de prevenção à lesão por pressão, para isso, deve realizar a redistribuição da pressão sobre a pele, seja trocando o paciente de posição a cada duas horas ou pela utilização de superfícies que auxiliam na redistribuição da pressão.

A mudança de decúbito deve sempre ser realizada para reduzir o tempo de pressão exercida sobre as regiões do corpo mais vulneráveis. Utilizar também equipamentos e materiais de redistribuição de pressão que consistem em colchões de espuma altamente específicos e almofadas ou travesseiros, estes, posicionados abaixo das pernas, principalmente, para elevar os calcâneos e mantê-los flutuando. Esses métodos de prevenção devem ser executados em todos os pacientes com risco de lesão (BRASIL, 2013b).

4.5 Programa Melhor em Casa e sua implantação nos serviços de saúde

O Programa Melhor em Casa é um programa do Ministério da Saúde, que tem por objetivo apoiar os gestores a ampliar e qualificar a Atenção Domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS), que é realizado por meio dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD). Já na atenção domiciliar, a assistência e prestação de cuidados os pacientes é realizada no domicílio pelas Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP), esta assistência é ofertada com uma ou mais visitas domiciliares por semana (BRASIL, 2013a).

A implantação do programa no município traz inúmeras vantagens, consiste em uma melhor gestão dos recursos financeiros, pois, a mesma assistência prestada no hospital pode ser realizada no domicílio com menos custos; diminui os índices de infecção hospitalar; o tempo de internação é menor, pois, possibilita ao paciente o término do tratamento em casa; e outro benefício é a humanização do cuidado, pois, permite que o paciente permaneça no seu lar, perto da família e amigos (BRASIL, 2013a).

A Portaria do Ministério da Saúde nº 963, de 27 de maio de 2013, define Atenção Domiciliar como nova modalidade de atenção à saúde, complementar ou substitutiva das que existem, sendo caracterizada por um conjunto de ações de promoção, prevenção e tratamento de doenças e assistência de reabilitação em domicílio, com garantia de cuidado continuado e integrada às redes de atenção à saúde (BRASIL, 2013d).

A Atenção Domiciliar passou a existir como alternativa ao cuidado hospitalar para pacientes que não têm condições de se deslocarem até os serviços de saúde para o atendimento necessário, com isso, o domicílio se torna um espaço para assistência do cuidado, possibilitando novos arranjos tecnológicos do trabalho em saúde (MORO e CALIRI, 2016).

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) define-se como um serviço complementar ou substitutivo à internação hospitalar ou ao atendimento ambulatorial, este é responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar

(EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP). As equipes EMAD do SAD são constituídas por profissionais médicos, enfermeiros, auxiliares/técnicos de enfermagem e fisioterapeuta ou assistente social. Já a EMAP é formada por, no mínimo, três profissionais de nível superior, que podem ser assistente social; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; nutricionista; odontólogo; psicólogo; farmacêutico ou terapeuta ocupacional (BRASIL, 2013d).

Para que os municípios consigam implantar o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), devem ter uma população igual ou maior que vinte mil habitantes, com base na população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Apresentar um hospital de referência na cidade ou na região a qual integra, e ainda, deve estar assistido por Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) (BRASIL, 2013d).

5 METODOLOGIA

5.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa quali-quantitativa, observacional e documental.

A pesquisa qualitativa envolve uma abordagem naturalista e interpretativa, pela qual os pesquisadores estudam as coisas em seus cenários naturais, tentando assim, compreender ou interpretar os fenômenos em termos dos seus significados (SOUSA, ERDMANN e MAGALHÃES, 2016 apud FLICK, 2009).

O método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das percepções, das crenças e opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem sobre como vivem. Esse tipo de método além de proporcionar desvelar processos sociais, pouco conhecidos, relacionados a grupos particulares, favorece a construção de novas abordagens e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação (MINAYO, 2014).

A pesquisa quantitativa possui um pensamento positivista lógico, que enfatiza o raciocínio dedutivo, os princípios da lógica e os atributos mensuráveis da experiência humana (RIBEIRO, 2016). Com o uso do método quantitativo, tem o objetivo de trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis ou produzir modelos teóricos de alta abstração com aplicabilidade prática (MINAYO, 2014).

A observação consiste em uma técnica de coleta de dados para obter informações, e utiliza os sentidos para adquirir determinados aspectos da realidade. Essa técnica não consiste em somente ver e ouvir, mas em analisar casos ou fenômenos que se deseja estudar. A observação auxilia o pesquisador a identificar e conseguir amostras a respeito de objetivos sobre os quais os indivíduos não têm consciência, mas que norteiam seu comportamento (MARCONI e LAKATOS, 2008).

A pesquisa documental é a coleta de dados de fontes primárias, sendo restritas a documentos escritos ou não. Portanto, estas fontes de dados podem ser coletadas no momento em que o fato ou o fenômeno está acontecendo ou depois (MARCONI e LAKATOS, 2008). Nesta pesquisa a fonte primária será o registro fotográfico das lesões por pressão.

5.2 Local de pesquisa

A pesquisa será realizada no município de Santa Cruz do Sul, localizado no Vale do Rio Pardo, na região central do Rio Grande do Sul. Conforme dados obtidos do último censo de

2010, o município tinha 118.374 habitantes, já no ano de 2016 a população estimada é de 126.775 pessoas (IBGE, 2017).

Santa Cruz do Sul é a quinta economia do Rio Grande do Sul e uma das maiores cidades do Estado. Possui uma rede de saúde completa, que é composta por três hospitais, Santa Cruz, Ana Nery e Monte Alverne; possui também serviços de Atenção Básica que é formado por, uma Unidade de Pronto-atendimento (UPA); nove Unidades de Atenção Básica (UBS); dezessete Estratégias de Saúde da Família (ESF); um Centro Materno Infantil (CEMAI) e um Hospitalzinho, além da atenção especializada apresentam programas como o Programa Melhor em Casa; Bem-Me-Quer entre outros (SANTA CRUZ DO SUL, 2017).

5.3 Sujeitos da pesquisa

Os sujeitos da pesquisa serão pacientes atendidos pelo Programa Melhor em Casa, de ambos os sexos e distintas faixas etárias e também a equipe de profissionais que constitui o programa.

5.4 Critérios de Inclusão e Exclusão dos sujeitos da pesquisa

Como critério de inclusão nesta pesquisa, os sujeitos devem ser portadores de uma ou inúmeras lesões por pressão e necessitar de atendimento do Programa Melhor em Casa.

E por sua vez, o critério de exclusão serão os sujeitos que não aceitarem participar da pesquisa referente ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

5.5 Benefício e risco da pesquisa

Esse estudo apresenta como benefício o conhecimento sobre a demanda e as questões de saúde de indivíduos portadores de lesões por pressão, e também, as dificuldades que a equipe do programa apresenta ao realizar atendimento ao paciente. Referente ao risco da pesquisa para o indivíduo, família, equipe do programa e instituição, não prevê desconforto ou risco, pois, será mantido o anonimato, e também, não ocorrerá intervenção nos pacientes.

5.6 Procedimentos Operacionais e Éticos

Para dar continuidade ao projeto de pesquisa, primeiramente, será enviado um ofício à Secretaria Municipal da Saúde solicitando a liberação para a realização da pesquisa. Após o consentimento da prefeitura, será enviada a documentação necessária para o Comitê de Ética e

Pesquisa (CEP) da Universidade de Santa Cruz do Sul/UNISC para aprovação final.

Os sujeitos que participarão da pesquisa ou seus responsáveis irão receber um Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), que esclarece os objetivos e os métodos da pesquisa, onde os mesmos terão que assinar duas vias, permanecendo uma com a pesquisadora e a outra com o pesquisado. Conforme a resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Após o término das coletas, os documentos da pesquisa serão armazenados por cinco anos, a partir da data de coleta dos dados, depois serão incinerados.

Os sujeitos que participaram do levantamento fotográfico receberão um Termo de Declaração e de Autorização para Uso de Imagem (APÊNDICE B), que apresenta as devidas informações sobre o uso de imagem, onde os mesmos terão que preencher e assinar duas vias, e, sobretudo, duas testemunhas devem assinar o mesmo termo, desta forma, um termo permanecerá com a pesquisadora e a outra com o pesquisado.

5.7 Instrumento e coleta de dados

A coleta de dados será executada da seguinte maneira, a enfermeira do Programa Melhor em Casa será contatada, para programação dos dias em que serão realizadas as visitas domiciliares aos pacientes portadores de lesão por pressão. Ocorrendo isso, será realizada juntamente com a equipe do programa a visita ao paciente, e no decorrer será entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o Termo de declaração e de autorização para uso de imagem (APÊNDICE B) ao paciente ou familiar responsável, e após, se iniciará a coleta com estes. E juntamente ao paciente será aplicado o formulário de questões fechadas (APÊNDICE C).

Também será realizada uma entrevista com os profissionais que constituem a equipe responsável pelo atendimento dos pacientes no domicílio, entregando a estes, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), objetivando identificar as dificuldades que a equipe encontra ao prestar atendimento nos pacientes portadores de lesão e os métodos que podem melhorar o desempenho das atividades da equipe.

Esta coleta se iniciará entre o dia 1º de agosto a 31 outubro de 2017, será realizada nos turnos da manhã e tarde, de acordo com a demanda de pacientes assistidos e a disponibilidade da equipe do Programa Melhor em Casa em prestar a assistência.

O instrumento para coleta de dados é fragmentado em duas partes. Na primeira parte será aplicado um formulário de questões fechadas (APÊNDICE C), que será elencado e observado

as seguintes variáveis: sexo, faixa etária, tempo de permanência acamado, comorbidades associadas, região e estágio das lesões, e também, os tipos de coberturas utilizadas. Seguidamente, será realizado um levantamento fotográfico da lesão, que tem por finalidade após a imagem, o auxílio na classificação do estágio, as características e o local da lesão por pressão de acordo com as classificações do *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP). A privacidade e a não possibilidade de identificar os pacientes serão mantidos, pois, serão utilizados campos especiais com propósito de destacar somente a lesão.

Já na segunda parte, será realizada uma entrevista semiestruturada (APÊNDICE D) com a equipe de profissionais do Programa Melhor em casa. Segundo Bonilha e Oliveira (2016), a entrevista semiestruturada são perguntas abertas ou fechadas, pois é o pesquisador que determina as perguntas a serem realizadas, assim, possibilitando a este aprofundar as respostas obtidas às questões da pesquisa no decorrer da entrevista, sem perder o foco. Esse tipo de entrevista exige uma escuta cuidadosa do pesquisador para que alcance os objetivos da pesquisa. No decorrer da entrevista será abordado com a equipe sobre as dificuldades encontradas ao realizar atendimento nos pacientes com lesão por pressão e os métodos para melhorar a assistência. A entrevista ocorre da seguinte maneira, será entregue ao entrevistado o formulário (APÊNDICE D) para preenchimento, com data prevista para devolução em uma semana.

5.8 Análise dos dados

A análise dos dados qualitativos será realizada por tabulação e categorização. Os dados quantitativos serão analisados pelo Programa Estatístico SPSS 20.0.

Tabulação, segundo Marconi e Lakatos (2008), é à disposição de dados em tabelas, que proporciona uma maior agilidade na verificação das inter-relações entre estes. Entretanto, é um fragmento do processo técnico de análise estatística, pois, permite resumir os dados de observação conseguidos pelas distintas categorias e reproduzir em gráfico. Desta maneira, podem ser melhor compreendidos e interpretados rapidamente. Os dados são classificados pela divisão em subgrupos e reunidos de forma que as hipóteses possam ser comprovadas ou recusadas. E ainda, a tabulação pode ser realizada manual ou a máquina.

Análise de categorização consiste em uma técnica de redução de dados por meio da codificação e organização temática. A categorização é a operação de classificação dos elementos participantes de um conjunto, iniciando pela diferenciação e após por reagrupamentos, de acordo com um conjunto de critérios definidos. São rubricas ou classes que

reúnem um conjunto de elementos sob um título geral. Agrupamento, este, realizado conforme os caracteres comuns destes elementos. Implica em estabelecer uma nova organização intencional as mensagens, diferente daquela do discurso original transmitido pelos entrevistados (BONILHA e OLIVEIRA, 2016).

Para a devida validação do conteúdo, será testado duas vezes o instrumento de coleta (APÊNDICE C), para que não haja irregularidade. Com o retorno da pesquisa para a equipe do Programa Melhor me Casa, será realizada uma roda de conversa, onde serão apresentados os dados coletados da pesquisa.

6 ESTRUTURA PROVISÓRIA DA MONOGRAFIA

Capa

Folha de rosto

INTRODUÇÃO

Objetivos

Objetivo Geral

Objetivo Específico

Justificativa

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Compreendendo a fisiopatologia da Lesão por Pressão

Definição e Classificação das Lesões por Pressão de acordo com o *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP)

Fatores de risco e comorbidades associadas no desenvolvimento das lesões por pressão

Segurança do Paciente e Estratégias de Prevenção a Lesão por Pressão

Programa Melhor em Casa e sua implantação nos serviços de saúde

METODOLOGIA

Tipo de pesquisa

Local de pesquisa

Sujeitos da pesquisa

Critérios de Inclusão e Exclusão dos sujeitos da pesquisa

Benefício e risco da pesquisa

Procedimentos Operacionais e Éticos

Instrumento e coleta de dados

Análise dos dados

ORÇAMENTO DO PROJETO (2017)

CRONOGRAMA DO PROJETO (2017)

REFERÊNCIAS

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

APÊNDICE B - TERMO DE DECLARAÇÃO E DE AUTORIZAÇÃO PARA USO DE IMAGEM

APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

APÊNDICE D – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

7 CRONOGRAMA DO PROJETO (2017)

Atividades	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.
Encaminhado ao CEP	X					
Revisão bibliográfica	X	X	X	X	X	
Coleta de dados		X	X	X		
Análise dos dados				X	X	
Construção do texto final					X	
Entrega do TCC II					X	X

Acadêmica de
Enfermagem
Larissa Calheiro

8 ORÇAMENTO DO PROJETO (2017)

Itens a serem financiados		Valor unitário R\$	Valor total R\$	Fonte viabilizadora
Especificações	Quantidades			
Pacote de folha A4 com 500 unidades	02	22,00	44,00	Pesquisadora
Cartucho de tinta preto e colorido	02	35,00	70,00	Pesquisadora
Caneta	02	1,50	3,00	Pesquisadora
Capa da UNISC	05	0,75	3,75	Pesquisadora
Transporte (passagem ônibus)	60	3,50	210,00	Pesquisadora
Encadernação	05	3,00	15,00	Pesquisadora
Tradução para o inglês	01	100,00	100,00	Pesquisadora
TOTAL GERAL R\$ 445,75				

 Acadêmica de Enfermagem

Larissa Calheiro

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, T. M.; ARAÚJO, M. F. M.; CAETANO, J. A. Comparação de escalas de avaliação de risco para úlcera por pressão em pacientes em estado crítico. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2011, p. 695-700. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n5/16v24n5.pdf>>. Acesso em: 15 de maio de 2017.

BONILHA, A. L. L.; OLIVEIRA, D. L. L. C. A entrevista na coleta de dados. In: LACERDA, M. R.; COSTENARO, R. G. S (org). *Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde: da teoria à prática*. 1. ed. Porto Alegre: MORIÁ, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Melhor em casa: a segurança do hospital no conforto do seu lar*. Brasília-DF. 2013a. p. 1-2.

_____. Ministério da Saúde. *Protocolo para Prevenção de Úlcera por Pressão*. 2013b. Disponível em:

<<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/julho/03/PROTOCOLO- ULCERA-POR-PRESS--O.pdf>>. Acesso em: 27 de março de 2017.

_____. Portaria MS/GM Nº 529, de 1 de abril de 2013. *Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)*. Brasília-DF, 2013c. p. 1-4. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html>. Acesso em: 15 de maio de 2017.

_____. Portaria MS/GM Nº 963, de 27 de maio de 2013. *Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. 2013d. p. 1-7. Disponível em:

<<http://atencao basica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201510/01114723-20141104105056portaria-n-963-de-27-de-maio-de-2013-legislacao-federal.pdf>>. Acesso em: 15 de maio de 2017.

_____. Ministério da Saúde. *Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde*. 2012. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 15 de maio de 2017.

CARVALHO, Georgea Bezerra *et al*. Epidemiologia e riscos associados à úlceras por pressão em crianças. *Cogitare Enfermagem*. 2011, Out/Dez, p. 640-646. Disponível em:

<<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/25432>>. Acesso em: 15 de maio de 2017.

FREITAS, J. P. C.; ALBERTI, L. R. Aplicação da Escala de Braden em domicílio: incidência e fatores associados a úlcera por pressão. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2013, p. 515-521. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n6/02.pdf>>. Acesso em: 6 de abril de 2017.

FREITAS, Maria Célia de *et al*. Úlcera por pressão em idosos institucionalizados: análise da prevalência e fatores de risco. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 2011; p. 143-150.

Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/rgefn/v32n1/a19v32n1.pdf>>. Acesso em: 27 de março de 2017.

GEOVANINI, Telma. Tratamento e cuidados específicos nas úlceras por pressão. In:

_____. *Tratado de Feridas e Curativos: enfoque multiprofissional*. São Paulo: Rideel, 2014.

GOMES, Flávia Sampaio Latini *et al.* Avaliação de risco para úlcera por pressão em pacientes críticos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2011, p. 313-318. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/v45n2a01.pdf>>. Acesso em: 14 de abril de 2017.

HERFER I.; HAAS, H.; AGNES, C. Normas para apresentação de trabalhos acadêmicos. 2. ed. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2017.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *CENSO demográfico 2010: Banco de dados agregados do IBGE*. 2017. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/rs/santa-cruz-do-sul/panorama>>. Acesso em: 16 de maio de 2017.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. *Técnicas de Pesquisa*. 7. ed. São Paulo: ATLAS S.A., 2008.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14. ed. São Paulo: HUCITEC, 2014.

MOORE, K. L.; PERSAUD, T. V. O Sistema tegumentar. In: _____. *Embriologia Clínica*. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

MORO, J. V.; CALIRI, M. H. L. Úlcera por pressão após a alta hospitalar e o cuidado em domicílio. *Escola Anna Nery*. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n3/1414-8145-ean-20-03-20160058.pdf>>. Acesso em: 06 de abril de 2017.

NPUAP. Natinal Pressure Ulcer Advisory Panel. Pressure ulcer stages revised by NPUAP. Abril, 2016. Disponível em: <<http://www.npuap.org>>. Acesso em: 27 de março de 2017.

_____. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Australia; 2014. Disponível em: <<https://www.npuap.org/wp-content/uploads/2014/08/Updated-10-16-14-Quick-Reference-Guide-DIGITAL-NPUAP-EPUAP-PPPIA-16Oct2014.pdf>>. Acesso em: 06 de abril de 2017.

QUEIROZ, Ana Carolina de Castro Mendonla *et al.* Úlceras por pressão em pacientes em cuidados paliativos domiciliares: prevalência e características. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2014, p.264-271. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n2/pt_0080-6234-reeusp-48-02-264.pdf>. Acesso em: 06 de abril de 2017.

ROGENSKI, N. M. B.; KURCGANT, P. Incidência de úlceras por pressão após a implementação de um protocolo de prevenção. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2012, p. 01 – 07. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n2/pt_16>. Acesso em:

15 de maio de 2017.

SANTA CRUZ DO SUL. Santa Cruz hoje: informações gerais. 08 maio de 2017. Disponível em: <<http://www.santacruz.rs.gov.br/municipio/santa-cruz-hoje>>. Acesso em: 15 de maio de 2017.

SANTOS, C. T.; ALMEIDA, M. A.; LUCENA, A. F. Diagnóstico de enfermagem risco de úlcera por pressão: validação de conteúdo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2016, p. 1-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02693.pdf>. Acesso em: 14 de abril de 2017.

SERPA, Leticia Faria *et al.* Validade preditiva da Escala de Braden para o risco de desenvolvimento de úlcera por pressão em pacientes críticos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2011, p. 01 – 08. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_08.pdf>. Acesso em: 15 de maio de 2017.

SOUSA, F. G. M.; ERDMANN, A. L.; MAGALHÃES, A. L. P. Contornos conceituais e estruturais da pesquisa qualitativa. In: LACERDA, M. R.; COSTENARO, R. G. S (Org.). *Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde: da teoria à prática*. 1. ed. Porto Alegre: MORIÁ, 2016.

VALLES, Jonathan Hermayn Hernández *et al.* Cuidado de enfermagem omitido em pacientes com risco ou com úlceras por pressão. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2016, p. 1-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02817.pdf>. Acesso em: 27 de março de 2017.

VASCONCELOS, J. M. B.; CALIRI, M. H. L. Ações de enfermagem antes e após um protocolo de prevenção de lesões por pressão em terapia intensiva. *Escola Anna Nery*. 2017, p. 1-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452017000100201&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 6 de abril de 2017

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
O PERFIL DOS PACIENTES PORTADORES DE LESÕES POR PRESSÃO
ATENDIDOS PELO PROGRAMA MELHOR EM CASA

As lesões por pressão são um importante problema para os serviços de saúde, devido à alta incidência, prevalência e o aumento da morbidade e mortalidade. O projeto de pesquisa tem como objetivo identificar o perfil dos pacientes portadores de Lesões por Pressão atendidos pelo Programa Melhor em Casa do Serviço de Atenção Domiciliar no município de Santa Cruz do Sul (RS). Trata-se de uma pesquisa quali-quantitativa, observacional e documental, que busca, aplicar um formulário com questões fechadas e após realizar um levantamento fotográfico da lesão. A privacidade e a não possibilidade de identificar os pacientes serão mantidas, pois, serão utilizados campos especiais com propósito de destacar somente a lesão. Como instrumento para coleta de dados com a equipe do Programa Melhor em Casa será realizado uma entrevista semiestruturada.

Esse estudo traz de benefício conhecer a demanda e as questões de saúde de indivíduos portadores de lesões por pressão e também as dificuldades que a equipe do programa apresentam ao realizar atendimento ao paciente. E referente ao risco da pesquisa para o indivíduo, família, equipe do programa e instituição, não prevê desconforto ou risco, pois será mantido o anonimato e também não ocorrerá nenhuma intervenção nos paciente.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que autorizo a minha participação neste projeto de pesquisa, pois fui informado, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa, dos procedimentos que serei submetido, dos riscos, desconfortos e benefícios, assim como das alternativas às quais poderia ser submetido, todos acima listados.

Ademais, declaro que, quando for o caso, autorizo a utilização de minha imagem de forma gratuita pelo pesquisador, em quaisquer meios de comunicação, para fins de publicação e divulgação da pesquisa, desde que eu não possa ser identificado através desses instrumentos (imagem).

Fui, igualmente, informado:

- da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;
- da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar

- do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuação de meu cuidado e tratamento;
- da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa;
 - do compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo, ainda que esta possa afetar a minha vontade em continuar participando;
 - da disponibilidade de tratamento médico e indenização, conforme estabelece a legislação, caso existam danos a minha saúde, diretamente causados por esta pesquisa;
 - de que se existirem gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

O Pesquisador Responsável por este Projeto de Pesquisa é a Prof^ª Janine Koepp e Acadêmica de Enfermagem Larissa Calheiro, fone (51) 9 9708-4319. O presente documento foi assinado em duas vias de igual teor, ficando uma com o voluntário da pesquisa ou seu representante legal e outra com o pesquisador responsável. O Comitê de Ética em Pesquisa responsável pela apreciação do projeto pode ser consultado, para fins de esclarecimento, através do telefone: 051 3717 7680.

Data: ____/____/____

Nome e assinatura
do paciente ou
voluntário

Nome e assinatura
do responsável pela
obtenção do
presente
consentimento

APÊNDICE B – TERMO DE DECLARAÇÃO E DE AUTORIZAÇÃO PARA USO DE IMAGEM

Eu, _____, portador(a) do RG n.º _____, e CPF n.º _____, doravante denominado(a) CONCEDENTE, venho por meio do presente termo, autorizar o uso de minha imagem, pela Janine Koepp, estabelecida na Rua Augusto Spengler _____ n.º 1071, apto 101B _____, em Santa Cruz do Sul, inscrita no CPF n.º 000.597.070-97 _____,

Declaro estar ciente de que:

- 1) autorizo a utilização das fotos para trabalhos científicos;
- 2) que a referida autorização também se estende a qualquer publicação ou menção que vier a ser feita na mídia em geral;
- 3) que a presente autorização é feita a TÍTULO GRATUITO, não sendo nada devido ao(à) CONCEDENTE, pela Janine Koepp, com relação à utilização das imagens.
- 4) A Janine Koepp responsabilizou-se em manter o anonimato das fotos, e que não serei prejudicada de forma alguma com cedência das imagens.

A Janine Koepp, neste ato, fica autorizada, a usufruir do direito de exclusividade sobre as fotos podendo proceder às reproduções/edições necessárias sem limitação de quantidade, e utilizar as mesmas para produção de material científico pedagógico.

A Janine Koepp compromete-se a não realizar montagens que desvirtuem a(s) imagem(ens) cedida(s) e/ou seus fins.

A presente autorização é celebrada pelo prazo de 05 anos, com início a partir da data de sua assinatura, renovável automaticamente por igual período, caso não haja manifestação contrário, com no mínimo 30 (trinta) dias de antecedência.

Este termo de autorização de uso de imagem não gera quaisquer vínculos ou obrigações trabalhistas, securitárias, previdenciárias, indenizatórias ou mesmo empregatícias, entre o(a) CONCEDENTE e a Janine Koepp.

E, para todos os fins e efeitos de direito, firmam este e instrumento em 02 (duas) vias de igual teor e forma.

Santa Cruz do Sul, _____ de _____ de 2017.

CONCEDENTE

APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Data: ____/____/____ Hora: _____

1. Nome fictício: _____

2. Sexo

Masculino Feminino

3. Acamado a quanto tempo:

4. Comorbidades associadas

HAS DM AVC AVE Alzheimer Câncer

Traumatismo Craniano Esclerose Múltipla Idade avançada Obesidade

Déficit nutricional

Outro: _____

5. Local da lesão

Sacral Crista ilíaca _____ Trocanter _____ Maléolo _____

Ísquio _____ Escápula _____ calcâneo _____ Cotovelo _____

Ombro _____ Rótula _____ Costelas Osso occipital

Outro: _____

6. Classificação das lesões por pressão de acordo com a NPUAP 2016

Estágio/classificação das lesões	Características
Estágio 1 ()	() pele Íntegra () eritema/não embranquece
Estágio 2 ()	() exposição da derme () leito rosa ou vermelha () úmido () bolha íntegra com presença de exsudato seroso
Estágio 3 ()	() tecido adiposo () tecido de granulação () epíbole () esfacelo ou escara
Estágio 4 ()	Exposição de: () fáscia () músculo () tendão () ligamento () osso () cartilagem
Não classificável ()	() perda tissular não visível () esfacelo ou escara
Tissular profunda ()	Pele intacta: () sim () não Descoloração que não embranquece: () vermelho escuro () marrom

7. Tipos de cobertura utilizadas:

() Gaze + Soro Fisiológico 0,9% () Acrílico () Alginato de Cálcio () Carvão ativado () Espuma de poliuretano () Colagenase () Hidrofibra () Ácidos graxos essenciais () Dimeticona () Papaína ____% () Malha não aderente e não absorvente () Outro: _____

(BONILHA e OLIVEIRA, 2016).

