

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UnB
FACULDADE DE CEILÂNDIA – FCe
CURSO DE ENFERMAGEM

ÚLCERAS POR PRESSÃO EM PACIENTES DA ATENÇÃO DOMICILIAR

LUCAS LOBATO DE SOUZA

CEILÂNDIA

2014

LUCAS LOBATO DE SOUZA

ÚLCERAS POR PRESSÃO EM PACIENTES DA ATENÇÃO DOMICILIAR

Monografia apresentada à disciplina Trabalho de Conclusão de Curso II em Enfermagem como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem pela Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília.

Orientador: Prof. MSc. Luciano Ramos de Lima

CEILÂNDIA

2014

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

Lobato, Lucas.

Úlceras por pressão em pacientes da atenção domiciliar / Lucas Lobato de Souza. Brasília: [s.n], 2014.

60f: il;.

Monografia (graduação) – Universidade de Brasília. Faculdade de Ceilândia. Curso de Enfermagem, 2014.

Incluem anexos e apêndices.

Orientador: Prof. Msc. Luciano Ramos de Lima

1. Úlcera por pressão. 2. Assistência Domiciliar. 3. Enfermagem.

I. Lobato, Lucas. II. Úlceras por pressão em pacientes da atenção domiciliar

Úlceras por pressão em pacientes da atenção domiciliar.

LUCAS LOBATO DE SOUZA

Comissão Julgadora

Prof. MSc. Luciano Ramos de Lima

Orientador

Prof^a.Dr^a Marina Morato Stival

Avaliadora

Prof^a. Dr^a Walterlania Silva Santos

Avaliadora

DEDICATÓRIA

A toda a minha família, pela força e por acreditarem em mim. E em especial à minha mãe Maria Aparecida Lobato de Souza que me concedeu o dom da vida, me formou e educou, à minha tia Antônia Lobato Piauilino que me acolheu como filho em sua casa e sempre me deu todo o apoio necessário antes e durante a faculdade, e à minha avó Celi Lobato Barros falecida devido a um câncer de pâncreas. Saudades de ti vovó Celi.

Aos enfermeiros, que são os protagonistas no processo do cuidar que se dedicam em construir uma saúde pública melhor fazendo a diferença no campo de atuação profissional.

Aos pacientes acometidos com a presença de úlceras por pressão.

AGRADECIMENTOS

Gratidão primeiramente a Deus por seu imenso amor e bondade. Obrigado, Senhor, porque de maneira concreta os meus planos e projetos se prostram diante de Ti e da Tua vontade. Onde estaria eu se não fosse o Teu amor, Senhor? A Ti todo o louvor e todo o reconhecimento pelas obras que realizas em mim e pelo Teu senhorio em minha vida. Sejas meu tudo, Senhor, e engrandeceis o meu nada. Sejas a vida que pulsa em mim. Eu te agradeço, Senhor, por me proporcionar a oportunidade de cursar e concluir esta graduação em enfermagem.

À minha Mãe do céu, Nossa Senhora Aparecida, que intercede sempre em meu favor e me conduz a estar próximo do meu Filho, O Cristo que ressuscitado estás. És tu Maria exemplo de esperança, de humildade, de simplicidade, de vida de oração, de serviço, de doação e de amor ao próximo. Totus Tuus Mariae!

Aos meus pais, às minhas irmãs e à minha tia Antônia por acreditarem em mim, por me formarem e me ensinarem a ser a pessoa que sou hoje. Meu muito obrigado por todo o apoio que vocês me deram para que esse sonho se concretizasse. Gratidão, também, a todos os meus familiares que torceram e apostaram em mim.

À minha namorada, que esteve ao meu lado desde a preparação pré-vestibular até a conclusão desta graduação. A ti sou grato, meu anjo, por sua paciência, por seu companheirismo e por sua compreensão durante os momentos difíceis desta caminhada. Amo você!

Ao meu orientador, o professor e mestre Luciano Ramos de Lima, por sua paciência, ensino e dedicação, pontos fundamentais que me auxiliaram na construção e concretização desta pesquisa.

À Universidade de Brasília e ao corpo docente da Faculdade de Ceilândia por contribuírem com a minha formação como enfermeiro e como cidadão.

À enfermeira Valdenisia Apolinario Alencar, pela colaboração com esta pesquisa, a toda a equipe do Núcleo Regional de Atenção Domiciliar de Ceilândia e ao Prof. Dr. Emerson Fachin Martins que coordenou o Projeto de Extensão de Ação Continuada “Melhor em Casa” e o Projeto de Pesquisa “Limites e possibilidades do programa de internação domiciliar: desocupar leitos hospitalares ocupados por portadores de doenças crônico-degenerativas” da Universidade de Brasília - Faculdade de Ceilândia. Aos acadêmicos que participaram desses projetos, e em especial ao meu

amigo Luís Carlos Beda do Nascimento por sua colaboração durante a árdua coleta de dados nos prontuários não informatizados.

Aos membros da Liga Acadêmica de Feridas em Enfermagem da Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia (LAFEn-UnB) que se empenham no estudo aprofundado do que tange ao conhecimento técnico-científico sobre o manejo com feridas visando prestarem uma melhor assistência aos pacientes acometidos pelos mais diversos tipos de lesões em pele.

Aos meus amigos de curso, que fizeram desta caminhada universitária uma fase divertida e inesquecível. Que possamos ser fiéis a esta amizade e levá-la por toda a vida, pois foi muito bom ter convivido e partilhado a minha vida com vocês durante este período acadêmico. Obrigado pelo apoio que encontro em vocês.

Aos meus irmãos da Comunidade Católica Shalom por me conduzirem à experiência de verdadeiramente conhecer Deus. Gratidão por me fazerem encontrar o sentido do meu viver. Agradeço pela fraternidade e pela alegria que encontro em meio à vivência comunitária. Obrigado pelas orações e pela força durante esta reta final da faculdade.

A todos o meu muito obrigado!

Shalom do Pai e o amor de Maria!

“O senhor não daria banho em um leproso nem por um milhão de dólares? Nem eu. Somente por amor se pode dar banho em um leproso...”

... Eu vejo Deus em cada ser humano. Quando limpo as feridas do leproso, sinto que estou cuidando do próprio Senhor. Não é uma experiência maravilhosa?”

Madre Teresa de Calcutá

LOBATO, L. **Úlceras por pressão em pacientes da atenção domiciliar**. 60p., 2014. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia, Brasília, 2014.

RESUMO

INTRODUÇÃO: A úlcera por pressão (UP) é uma complicação multifatorial frequente em pacientes internados na atenção domiciliar, sendo assim, é importante investigar as características desses indivíduos e de suas feridas para melhor planejar o cuidado de enfermagem. **OBJETIVO:** Descrever o perfil dos pacientes com UP na Atenção Domiciliar assistidos pelo Núcleo Regional de Atenção Domiciliar de Ceilândia (NRAD-CEI) - DF. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma pesquisa retrospectiva descritiva de abordagem quantitativa desenvolvida a partir do levantamento de dados em 82 prontuários de pacientes acometidos por UP assistidos pelo NRAD-CEI num período de quatro anos entre maio de 2009 a abril de 2013. **RESULTADOS:** O perfil dos pacientes com UPs na Atenção Domiciliar é predominantemente de homens idosos acamados com diagnóstico neurológico e/ou oncológico, portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, com tempo médio de internação de um ano e com presença de uma a três lesões por pressão em regiões sacral, trocantérica e calcânea, em graus variados. O NRAD-CEI foi resolutivo na cicatrização ou melhora de quase 60% das UPs, tendo a média de 2,21 visitas da equipe de enfermagem a cada paciente por mês. **CONCLUSÃO:** O aparecimento de UPs esteve relacionado com a condição clínica do paciente e com sua capacidade funcional comprometida. Destacou-se neste contexto de Atenção Domiciliar o protagonismo do enfermeiro no que tange ao tratamento e prevenção de UPs e na inserção eficaz do cuidador e da família nos cuidados ao paciente portador de lesões a partir da educação em saúde.

Descritores: Úlcera por Pressão, Assistência Domiciliar, Enfermagem.

LOBATO, L. **Pressure ulcers in home care patients**. 60p., 2014. Completion of course work (Nursing Course) – University of Brasilia, Faculty of Ceilândia, Brasilia, 2014.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Pressure ulcers (UP) is a common multifactorial complication in patients admitted to home care, so it is important to investigate the characteristics of these individuals and their wounds better plan for nursing care. **OBJECTIVE:** To describe the profile of patients with UP in Home Care assisted by the Regional Center for Home Care Ceilândia (NRAD-CEI) -Federal District. **METHODS:** The study is a retrospective cross-sectional descriptive quantitative research approach developed from survey data in medical records of 82 patients affected by UP assisted by NRAD-CEI in a period of four years from May 2009 to April 2013. **RESULTS:** Profile of patients with UPs in Home Care is predominantly bedridden elderly men with neurological diagnosis and / or cancer, carriers of Hypertension and Diabetes Mellitus, with an average length of stay of a year and with the presence of one to three pressure sores in sacral, trochanteric and calcaneal, in varying degrees. The NRAD-CEI was resolute in healing or improvement of almost 60% of patients with UPs, with the average of 2.21 visits the nursing staff to each patient per month. **CONCLUSION:** The appearance of UPs was related to the clinical condition of the patient and their compromised functional capacity. He excelled in this context the role of Home Care nurses regarding the treatment and prevention of UPs and the effective insertion of the caregiver and the family in the care of patients with UPs from health education.

Keywords: Pressure Ulcer, Home Nursing, Nursing.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Caracterização do perfil dos pacientes do Núcleo Regional de Atenção Domiciliar de Ceilândia –DF segundo a quantidade de úlceras por pressão por usuário, maio de 2009 a abril de 2013.....	28
Tabela 2. Caracterização do perfil dos pacientes usuários do Núcleo Regional de Atenção Domiciliar de Ceilândia – DF, maio de 2009 a abril de 2013.....	29
Tabela 3. Caracterização do perfil clínicodos pacientes usuários do Núcleo Regional de Atenção Domiciliar de Ceilândia – DF, maio de 2009 a abril de 2013	30
Tabela 4. Características relacionadas às úlceras por pressão dos pacientes usuários do Núcleo Regional de Atenção Domiciliar de Ceilândia – DF, maio de 2009 a abril de 2013	31
Tabela 5. Tempo de tratamento das úlceras por pressão por paciente do Núcleo Regional de Atenção Domiciliar de Ceilândia – DF, maio de 2009 a abril de 2013	34

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1.** Quantidade de Úlceras por Pressão no momento da admissão dos pacientes usuários do Núcleo Regional de Atenção Domiciliar de Ceilândia – DF, maio de 2009 a abril de 2013..... 32
- Figura 2.** Estadiamento das úlceras por pressão dos pacientes usuários do Núcleo Regional de Atenção Domiciliar de Ceilândia – DF, maio de 2009 a abril de 2013 32
- Figura 3.** Localização das úlceras por pressão dos pacientes usuários do Núcleo Regional de Atenção Domiciliar de Ceilândia – DF, maio de 2009 a abril de 2013 33
- Figura 4.** Porcentagem de visitas domiciliares por área profissional aos pacientes usuários do Núcleo Regional de Atenção Domiciliar de Ceilândia – DF, maio de 2009 a abril de 2013..... 34
- Figura 5.** Total de Visitas Domiciliares de Enfermagem (VDE) aos pacientes com úlceras por pressão usuários do Núcleo Regional de Atenção Domiciliar de Ceilândia – DF, maio de 2009 a abril de 2013..... 35
- Figura 6.** Média da quantidade mensal de Visitas Domiciliares de Enfermagem (VDE) aos pacientes com úlceras por pressão usuários do Núcleo Regional de Atenção Domiciliar de Ceilândia – DF, maio de 2009 a abril de 2013 36
- Figura 7.** Média mensal de Visitas Domiciliares de Enfermagem (VDE) por paciente com úlcera por pressão usuário do Núcleo Regional de Atenção Domiciliar de Ceilândia – DF, maio de 2009 a abril de 2013..... 36

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVD	Atividades de Vida Diária
CA	Câncer
CEI	Ceilândia
CFM	Conselho Federal de Medicina
CIPNSP	Comitê de Implementação do PNSP
COFEn	Conselho Federal de Enfermagem
DF	Distrito Federal
DM	Diabetes Mellitus
DP	Desvio Padrão
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
EMAD	Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar
EMAP	Equipes Multidisciplinar de Apoio
FCe	Faculdade de Ceilândia
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HRC	Hospital Regional de Ceilândia
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
Máx.	Máximo
Mín.	Mínimo
MS	Ministério da Saúde
MSc.	Mestre
NRAD	Núcleo Regional de Atenção Domiciliar
OMS	Organização Mundial de Saúde
PID	Programa de Internação Domiciliar
PNH	Política Nacional de Humanização

PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
POD	Programa de Oxigenoterapia Domiciliar
Prof.	Professor
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SES-DF	Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
UnB	Universidade de Brasília
UPs	Úlceras por pressão
VDE	Visitas Domiciliares de Enfermagem

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	15
2. OBJETIVOS.....	19
2.1. Geral	19
2.2. Específicos.....	19
3. REVISÃO DE LITERATURA	20
3.1. Úlcera por pressão	20
3.2. Políticas para assistência domiciliar.....	22
4. METODOLOGIA.....	25
5. RESULTADOS	27
6. DISCUSSÃO	37
7. CONCLUSÃO	46
8. REFERÊNCIAS	48

ANEXO

APÊNDICES

1. INTRODUÇÃO

As úlceras por pressão (UPs) são lesões de uma área localizada na pele e dos tecidos subjacentes, causadas por pressão, tensão tangencial, fricção e/ou uma combinação destes fatores. As UPs também estão associadas a outros fatores contribuintes, cujo papel ainda não se encontra totalmente esclarecidos no acometimento (EPUAP, 2011). As UPs custam e afetam milhões de pacientes, nos domicílios, nos centros de saúde e nas instituições hospitalares (LOURO et al., 2007). A Organização Mundial de Saúde (OMS) utiliza a prevalência e incidência das UPs como indicadores para determinar a qualidade dos cuidados prestados (SOARES et al., 2011).

Alguns dados recentes descrevem a epidemiologia das UPs, entre os encontrados está um estudo realizado nas unidades de clínica médica e cirúrgica em um hospital público de Uberaba-MG que aponta um grupo com idade média acima de 50 anos, sendo que não houve diferença significativa entre sexo masculino e feminino, predominando em pacientes de cor branca (SILVIA et al., 2011). Há afirmações que a pele negra tem maior resistência à agressão externa causada pela umidade e fricção, somado à dificuldade em identificar lesões de grau I em indivíduos negros (MORO et al., 2007). Uma pesquisa realizada em Unidade de Terapia Intensiva, Clínicas Médica e Cirúrgica de um hospital em João Pessoa-PB demonstrou que as UPs tiveram prevalência de 71% no sexo feminino, 42,8% em pacientes com idade acima de 59 anos e 40% com doenças crônicas degenerativas (ARAÚJO et al., 2010).

Outro estudo realizado sobre assistência domiciliar em Fortaleza-CE apresentou a ocorrência de UPs com predominância de 69,2% em pacientes do sexo feminino e 68% em idosos acima de 80 anos de idade. As principais comorbidades predisponentes ao aparecimento de UPs foram a doença de Alzheimer em 33% dos pacientes e sequelas de Acidente Vascular Cerebral em 26,3% dos pacientes, sendo que do total 26,3% eram hipertensos e 11,9% eram diabéticos, fatores que prejudicam o processo cicatricial da ferida (COÊLHO et al., 2012). Há também pesquisas que obtiveram como resultado incidência maior no sexo masculino, 88,2%, em Unidade de Urgência e Emergência do estado do Pará e confirmando prevalência elevada de 58,8% em idosos acima de 60 anos (SOARES et al., 2011).

Entre os principais fatores de risco associados ao aparecimento de UPs estão: fatores biológicos, como idade avançada, nutrição desequilibrada, hiporexia, anorexia,

processos infecciosos, diversas patologias, integridade da pele prejudicada (umidade excessiva ou ressecamento extremo), incontinência urinária e fecal; e fatores físicos e mecânicos como atritos, abrasões, traumas, imobilidade, falta da mudança de decúbito, etc. Similarmente ao paciente que tem diminuição do nível de consciência, o paciente imóvel também não alivia a pressão nas regiões de proeminências ósseas, mantendo, assim, os fatores de intensidade e duração da pressão como a maior causa do desenvolvimento da lesão (MORO et al., 2007; STUART et al., 2011).

Soares et al. (2011) afirmam que as lesões por pressão representam uma das principais complicações que acometem pacientes críticos institucionalizados devido à exposição aos fatores predisponentes para UPs e devido a ocorrência de procedimentos cirúrgicos de longa duração.

Segundo a OMS, cerca de 95% das UPs são evitáveis, por isso é imprescindível que sejam utilizados todos os meios disponíveis para realizar uma prevenção eficaz, além do tratamento das UPs já estabelecidas (SOARES et al., 2011). As orientações relacionadas aos cuidados e prevenção de UPs são essenciais para o bom prognóstico do paciente acometido por UPs. Entre as principais orientações para esses pacientes estão mudança de decúbito a cada duas horas, manter lençóis secos e esticados, colchões articulados, nutrição adequada, hidratação da pele, entre outros (LOURO et al., 2007).

No âmbito da atenção domiciliar, poucos estudos científicos relatam a frequência de úlceras por pressão entre os pacientes, talvez isso se deva ao fato de atenção domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS) ser uma modalidade recente. Mesmo após a publicação da portaria que instituiu a atenção domiciliar, muitos lugares no Brasil ainda demoraram a implementá-la por questões de organização de espaço físico, formação de equipes e disponibilização de recursos, além disso soma-se o fato de que muitas cidades brasileiras ainda não tenham implementado essa modalidade de atenção, por essas e outras dificuldades próprias (SILVA et al., 2005). Gargano et al. (2004) aponta que 6,5% dos pacientes de um programa de atenção domiciliar no sul do Brasil apresentaram como motivo de internação a presença de infecções cutâneas.

Bendo et al. (2005) descrevem as UPs como diagnóstico principal em 17% dos pacientes da atenção domiciliar no município de Cascavel (MG). Outro estudo mais recente aponta que entre um grupo de pacientes da atenção domiciliar no município de Ribeirão Preto (SP) 19,1% apresentavam úlcera por pressão (CHAYAMITI; CALIRI, 2010). Através das evidências destes estudos fica claro, também, que as UPs têm prevalência maior em idosos por conta da própria natureza dessa faixa etária que está

associada ao aparecimento de doenças crônicas que muitas vezes ocasionam a redução da mobilidade física, favorecendo o aparecimento das UPs. Quanto à ocupação, alguns estudos demonstram frequência acima de 90% em aposentados ou pensionistas. Além disso, ficou evidenciado ainda nestes estudos a frequência maior de UPs no sexo feminino. Ressalta-se que aspectos relativos à estrutura familiar e aquela proporcionada pelos serviços de atenção domiciliar devem ser investigados com maior atenção para que melhor se compreenda o problema (GARGANO et al., 2004; BENDO et al., 2005; CHAYAMITI; CALIRI, 2010; COELHO et al., 2012).

A internação domiciliar é uma modalidade de atenção implantada pelo SUS que visa atender pacientes crônicos em estado grave estável e/ou em cuidados paliativos. Um dos seus principais focos é a desospitalização e a humanização do cuidado. No Distrito Federal o projeto de implantação do Programa de Internação Domiciliar só foi publicado em 2008, baseado nas diretrizes operacionais do Plano Diretor de Regionalização da Assistência do Distrito Federal/2005, nos Pactos pela Vida em Defesa do SUS e de Gestão/2006 do CIT/CONASS, na Política Nacional de Humanização e na Portaria nº 2.529/2006 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004, 2005, 2006a, 2006b, 2008).

Nesse sentido enfatiza-se o cuidado com a UP, que deve ser realizado por uma equipe multiprofissional. Os principais profissionais que devem compor a equipe multiprofissional no âmbito da Atenção Domiciliar são o enfermeiro, o técnico de enfermagem, o assistente social, o odontologista, o médico, o nutricionista, o psicólogo, o fisioterapeuta e o terapeuta ocupacional. É importante ressaltar que além da situação clínica comprometida e da dependência para realizar as atividades diárias, um dos principais critérios para admissão no programa é a existência de um cuidador que fique responsável pelo paciente no ambiente domiciliar, esse cuidador pode ser simplesmente alguém da família ou uma pessoa que tenha feito um curso de capacitação para cuidador. A participação da família no cuidado é fundamental, pois este programa não funciona como um Home Care. A assistência é prestada apenas na forma de visitas domiciliares durante a semana e por acompanhamento telefônico, sendo assim a equipe multiprofissional habilita a família/cuidador a prestar os cuidados necessários de acordo com os seus conhecimentos técnicos e suas capacidades (BRASIL, 2008, 2012b).

Chama-se atenção para cuidado domiciliar com vistas a ser desenvolvido nestes pacientes. O cuidado domiciliar tem se mostrado efetivo na resposta às demandas de indivíduos dependentes para Atividades de Vida Diária (AVD), oferecendo além da

estabilidade clínica, pelos cuidados de saúde no domicílio, a dignidade e conforto preconizados pela Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde – MS (BRASIL, 2004, 2012b).

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Descrever o perfil dos pacientes com úlceras por pressão na atenção domiciliar assistidos pelo Núcleo Regional de Atenção Domiciliar de Ceilândia - DF.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar o percentil de ocorrência de úlceras por pressão em pacientes da Atenção Domiciliar na cidade de Ceilândia (DF) no período avaliado.

Descrever características clínico-demográficas dos pacientes com úlceras por pressão na Atenção Domiciliar.

Caracterizar o perfil das úlceras por pressão dos pacientes estudados na Atenção Domiciliar.

Verificar o tempo de internação dos pacientes com úlceras por pressão na Atenção Domiciliar.

Identificar a resolutividade do tratamento referente às úlceras por pressão no âmbito domiciliar.

Verificar a quantidade de visitas domiciliares de enfermagem aos pacientes acometidos por úlceras por pressão na Atenção Domiciliar.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Úlcera por pressão

A UP é uma complicação frequente em pacientes internados tanto na atenção hospitalar como domiciliar. Pacientes acometidos por morbidades que levam à imobilidade física ou à restrição no leito, associado a fatores como idade avançada, desnutrição, hidratação inadequada, umidade excessiva da pele, quadro de saúde deficiente, anemia, possíveis edemas, incontinência urinária, por exemplo, estão suscetíveis ao aparecimento desse tipo de lesões cutâneas ocasionadas pela fricção e/ou pressão da pele contra o leito comumente em pontos próximos as proeminências ósseas, como p. ex., região trocantérica, sacral e calcâneo, ou em áreas onde o tecido adiposo subcutâneo é escasso. Com isso há redução na circulação periférica do sangue em áreas sob pressão acarretando em má perfusão tecidual e, conseqüentemente, surgimento de feridas (LUZ et al., 2010; FERNANDES et al., 2012).

O aparecimento de UPs é um problema tanto para a qualidade de vida do paciente como do cuidador e da família que muitas vezes não estão preparados psicologicamente e tecnicamente para lidar com o curativo da ferida realizada em âmbito domiciliar. Além disso, a realização de curativos demanda insumos materiais provindos de recursos, nem sempre disponíveis, da instituição de saúde ou da própria família do paciente (BRASIL, 2013a).

Existe uma classificação publicada pela *European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP)*, que auxilia o enfermeiro no estadiamento das UPs, esta classificação contribui para estabelecer o perfil de ferida e possibilita a definição de uma estratégia de cuidados para tratamento, evitando recorrência e o aparecimento de outras feridas. A classificação define o estadiamento em: Grau I – eritema não branqueável em pele intacta a lesão precursora da pele. Em pacientes de pele escura, o calor, o edema e o endurecimento da região também podem ser indicadores; Grau II – perda parcial da pele, que envolve a epiderme, a derme ou ambas; Grau III – perda de espessura total da pele, podendo incluir lesões ou mesmo necrose do tecido subcutâneo, com extensão até a fáscia subjacente, mas não através dessa; Grau IV – destruição extensa, necrose dos tecidos ou lesão muscular e/ou exposição óssea ou das estruturas de apoio; Grau “não estadiável” - perda tissular de espessura completa em que a base da úlcera está coberta por crosta (amarela, marrom-claro, cinza, verde ou castanha) e/ou escara (marrom-claro,

castanha ou negra). Sendo assim, até que a pele macerada e/ou necrosada seja removida, expondo a base da ferida, a profundidade verdadeira e o grau não podem ser determinados (EPUAP, 2011).

Atualmente existem diversos instrumentos de medidas e escalas que avaliam e classificam o risco de pacientes desenvolverem UPs. Entre os mais conhecidos e utilizados está a escala de Braden que avalia o risco de UP focalizando no cuidado à pele com ações terapêuticas, preventivas e de educação em saúde, além de abordar sobre a superfície de suporte e alívio de carga mecânica. A escala de Braden já foi testada e validada em diversos países e é considerada de grande confiabilidade, além de possuir fácil utilização e vasta aceitação tanto pelos enfermeiros como pelos próprios pacientes. No entanto, é importante ressaltar que há outras escalas bastante conhecidas, como p. ex., a escala de Norton, a escala de Gosnell e a escala de Waterlow (ARAÚJO et al., 2010; COÊLHO et al., 2012).

Coêlho et al. (2012, p.41) explica, ainda, de maneira bastante clara como está estruturada e organizada a escala de Braden e quais fatores são avaliados em cada item:

Sua organização baseia-se na fisiopatogenia da UP. Assim, é composta por seis subescalas, as quais avaliam a percepção sensorial, a umidade da pele, a atividade, a mobilidade, o estado nutricional, a fricção e o cisalhamento. Das seis subescalas, três medem determinantes clínicos de exposição para pressão prolongada e intensa (percepção sensorial, atividade e mobilidade) e três mensuram a tolerância do tecido à pressão (umidade, nutrição, fricção e cisalhamento). Cada subescala é acompanhada de um título e cada nível, de um conceito descritor-chave, além de uma ou duas frases descrevendo ou qualificando os atributos a serem avaliados.

Araújo et al. (2010) referem que a escala de Braden pode variar de 4 a 23 pontos. Escores abaixo de 11 pontos indicam alto risco para desenvolver UPs, pontuação entre 11 e 16 aponta risco moderado, e igual ou superior a 16 pontos é considerado como pequeno risco para o aparecimento de UPs.

Na Europa e Ásia, encontram-se mais de 40 protocolos relacionados à prevenção e ao tratamento de feridas e UPs (ARAÚJO et al., 2011). No entanto, até recentemente, dentro do contexto de saúde brasileira, ainda não havia uma padronização da atenção ou mesmo um protocolo oficial, rotina de trabalho, etc. que auxiliasse a atuação do enfermeiro diante do surgimento de feridas e prevenção de úlceras por pressão, o que pode levar o mesmo, algumas vezes, a uma avaliação subjetiva e focada somente na cicatrização da ferida, mas sem uma fundamentação profilática adequada para cada caso

(ROGENSKI; SANTOS, 2005). A partir dessa e outras necessidades quanto à segurança do paciente, o Ministério da Saúde lançou a portaria nº 529, de 1º de abril de 2013 que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente – PNSP. Nesta portaria ficou instituído um Comitê de Implementação do PNSP (CIPNSP) ao qual foi designado promover ações que visem à melhoria da segurança do cuidado em saúde por meio da elaboração consensual e validação de protocolos em saúde entre os diversos membros que participam do CIPNSP, entre eles: CFM, COFEN, ANVISA e Fiocruz (BRASIL, 2013b). Alguns meses depois, foi lançado pelo Ministério da Saúde o Protocolo para Prevenção de Úlcera por Pressão (BRASIL, 2013a) de acordo com a Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013 que aprovou esse e outros protocolos de segurança do paciente (BRASIL, 2013c).

3.2 Políticas para assistência domiciliar

O Programa de Internação Domiciliar (PID) é uma modalidade de internação extra-hospitalar que assiste a pacientes que necessitam de cuidados especiais de saúde, mas que podem permanecer internados em seu domicílio. O PID objetiva a desospitalização humanizada eficaz e de qualidade com foco nas atividades de promoção e prevenção à saúde, representando uma estratégia na reversão do atual modelo hospitalocêntrico (BRASIL, 2008; MARTELLI et al., 2011).

A melhor utilização do sítio hospitalar é um desafio para os atuais sistemas de saúde, com a otimização de recursos hospitalares e redução de internações evitáveis. Em resposta a esta demanda, houve um ato na consolidação da atual Política de Atenção Domiciliar com o lançamento da Portaria 2.527 de 27 de Outubro de 2011 que regularizou o Programa Melhor em Casa e definiu a Atenção Domiciliar como nova modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde (BRASIL, 2011, 2012b).

Os NRAD's são Núcleos Regionais de Atenção Domiciliar que nasceram no DF a partir da necessidade de se implantar o PID, eles estão vinculados às Regionais de Saúde das cidades satélites, conforme a organização feita pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF). O DF é composto por 15 Núcleos Regionais de Atenção Domiciliar e um deles é o NRAD - Ceilândia (NRAD-CEI) cujo atendimento

abrange uma população de 402.729 mil habitantes na referida cidade segundo dados do censo de 2010 do IBGE. De acordo com a Portaria nº 2.527/2011 que redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o ideal seria que cada Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar (EMAD) atenda apenas um grupo populacional de 100 mil habitantes. As EMADs podem ainda solicitar a implantação de Equipes Multidisciplinar de Apoio (EMAPs) para dar suporte e complementar as ações de saúde na atenção domiciliar. A Portaria nº 1533/2012, altera e acrescenta alguns pontos à Portaria nº 2.527/2011 estabelecendo que ao atingir a população de 150 mil habitantes, o município poderá constituir uma segunda EMAD e após isso, o município poderá constituir, sucessivamente, uma nova EMAD a cada 100 mil novos habitantes. Esta portaria estabelece ainda que são requisitos mínimos para a instalação do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) que o município apresente população igual ou superior a 40 mil habitantes, possua cobertura do SAMU ou de algum outro tipo de serviço móvel de urgência, e possua um hospital referência na sua área de abrangência (BRASIL, 2008, 2011, 2012a; IBGE, 2010).

A transição epidemiológica e demográfica tem causado grande impacto social, com repercussão em diversas áreas como economia, habitação, previdência e saúde. Tais mudanças exigem uma reengenharia multidimensional. Particularmente na saúde, é preciso empreender e fortalecer políticas públicas que viabilizem os princípios e diretrizes do SUS. Neste cenário, a Atenção Domiciliar tem se consolidado na reversão do atual modelo de saúde, centrado nos hospitais, para uma modalidade de ações desenvolvidas no domicílio, por uma equipe multiprofissional a partir do diagnóstico da realidade em que o paciente está inserido, considerando seus potenciais e limitações. A Atenção Domiciliar visa à promoção da saúde ao paciente, minimizando ou controlando as sequelas de condições crônicas de maneira a favorecer o restabelecimento de sua independência e a preservação de sua autonomia (BRASIL, 2008; MENDES, 2011; MENDES 2012).

Diante do exposto sobre a atenção domiciliar e da mudança na pirâmide etária do Brasil nos últimos anos, considera-se que o aumento da população idosa e consequentemente a elevação no número de casos de doenças crônicas tornam as ações desenvolvidas pelas equipes multiprofissionais do Programa de Internação Domiciliar (PID) e do Programa de Oxigenoterapia Domiciliar (POD) como ferramentas essenciais para impulsionar o Programa Melhor em Casa e fortalecer a Política Nacional de Humanização, além de contribuir consideravelmente na redução dos custos hospitalares

e na disponibilização de leitos em hospitais públicos para pacientes em estado instável que necessitam de monitoramento contínuo. Os NRAD's vêm proporcionando, entre outras coisas, uma série de cuidados paliativos aos pacientes do SUS que podem permanecer internados em domicílio e que são portadores de doenças crônicas graves estáveis tais como Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), sequela de Acidente Vascular Cerebral (AVC), câncer (CA) e diversos distúrbios crônicos degenerativos, agravos estes que podem acabar contribuindo para o aparecimento das úlceras por pressão como uma complicação (BRASIL, 2004, 2012b).

4. METODOLOGIA

O estudo é uma pesquisa retrospectiva, descritiva, de abordagem quantitativa desenvolvida a partir de levantamento de dados em prontuários de pacientes acometidos por úlceras por pressão assistidos pelo Núcleo Regional de Atenção Domiciliar de Ceilândia (NRAD-CEI) no Distrito Federal, no período de 2009 a 2013.

Este estudo é parte integrante do Projeto de Extensão de Ação Continuada “Melhor em Casa” e do Projeto de Pesquisa intitulado “Limites e possibilidades do programa de internação domiciliar: desocupar leitos hospitalares ocupados por portadores de doenças crônico-degenerativas” da Universidade de Brasília - Faculdade de Ceilândia e foi autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde do Governo do Distrito Federal mediante o parecer de número 0446/2011 (Anexo). Enfatiza-se que foi respeitado os princípios da Resolução nº466/2012, no que se refere a pesquisas com seres humanos (BRASIL, 2012). Destaca-se que coordenador do projeto e a chefia do NRAD-CEI autorizaram a utilização dos dados mediante termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice A), visto que o autor desta pesquisa foi bolsista deste projeto e trabalhou na coleta de dados durante o período de abril de 2012 a abril de 2013.

Foram incluídos dados de prontuários de pacientes acometidos por úlceras por pressão assistidos pelo NRAD-CEI entre o período de maio de 2009 a abril de 2013, somando-se amostra final de 82 prontuários pesquisados. Os critérios de exclusão foram pacientes não acometidos por úlceras por pressão, pacientes não assistidos pelo NRAD-CEI, período anterior a maio de 2009 e posterior a abril de 2013 e prontuários com dados insuficientes ou incompletos.

Entre os benefícios do presente estudo estão o levantamento de informações que posteriormente poderão subsidiar o desenvolvimento de estratégias nos cuidados multiprofissionais, e especificamente de enfermagem, para pacientes acometidos por úlceras por pressão no ambiente domiciliar. Os riscos deste estudo consistiram em expor informações dos pesquisados de forma a identificar a sua identidade, desta forma este risco foi minimizado devido à manutenção de sigilo com substituição de nomes e não divulgação de informações que possam remeter a sua identificação.

A análise de dados se deu a partir do levantamento de dados consultados em prontuários dos pacientes com instrumento de coleta (Apêndice B), após realizada

tabulação dos dados organizados eletronicamente, por meio da criação de planilhas em arquivo do software de *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 21.0. Foi realizada uma análise exploratória dos dados (descritiva), as variáveis numéricas foram exploradas pelas medidas descritivas de centralidade (média) e de dispersão (mínimo, máximo e desvio padrão) e as variáveis categóricas foram exploradas por frequências simples absolutas e percentuais. A apresentação dos dados foi organizada por meio gráficos e tabelas.

5. RESULTADOS

Foram avaliados na pesquisa os prontuários de 313 pacientes, no entanto somente 82 apresentaram registros de ocorrência de UPs, o que equivale ao acometimento de 26,2% dos pacientes atendidos no NRAD-CEI entre o período de maio de 2009 a abril de 2013.

Dos 82 pacientes avaliados a idade média foi de 72,2 anos ($DP=\pm 18,4$ anos, Mín.=10 anos, Máx.=98 anos). A maioria dos prontuários revisados demonstra que 82,7% da amostra são idosos com faixa etária acima de 60 anos de idade. Dentre os pacientes identificados, a tabela 1 demonstra que a maior representatividade foi 32,9% dos pacientes entre 80-89 anos, 29,2% de 70-79 anos e a menor foi de 4,8% entre 50-59 anos.

Quanto à variável sexo, percebe-se uma frequência próxima entre os sexos, 52,5% masculino e 47,5% feminino. No entanto, relacionando-se a variável sexo com a quantidade de úlceras por pressão por paciente, nota-se que os usuários do sexo masculino com duas, três, quatro, cinco ou mais UPs apresentaram de discreta a elevada predominância em nível crescente (56,3%, 57,9%, 62,9% e 66,7% respectivamente), quando comparados às usuárias do sexo feminino. As pacientes do sexo feminino apresentaram valores superiores aos homens (63%), apenas quando se trata de pacientes acometidos por apenas uma única UP (Tabela 1).

Dentre os pacientes atendidos na atenção domiciliar, identificou-se que 95,2% dos usuários com UPs fazem parte do Programa de Internação Domiciliar (PID), enquanto apenas 4,8% estão vinculados ao Programa de Oxigenoterapia Domiciliar (POD).

No que se refere à situação dos pacientes atendidos pelo NRAD entre os anos de 2009 a 2013, a maioria 65,8% dos pacientes com UPs evoluiu a óbito, 24,5% permaneceu internado na atenção domiciliar de Ceilândia e apenas 9,7% receberam alta da equipe do PID ou POD.

Tabela 1- Caracterização do perfil dos pacientes do Núcleo Regional de Atenção Domiciliar de Ceilândia – DF segundo a quantidade de úlceras por pressão por usuário, maio de 2009 a abril de 2013.

VARIÁVEIS	NÚMERO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO											
	1 *UP		2UP		3UP		4UP		≥ 5UP		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	27	32,9	16	19,5	19	23,1	8	9,7	12	14,6	82	100
FAIXA ETÁRIA												
10- 49 anos	2	7,4	1	6,3	2	10,5	1	12,5	4	33,3	10	12,1
50-59 anos	1	3,7	1	6,3	2	10,5	-	-	-	-	4	4,8
60-69 anos	3	11,1	1	6,3	3	15,8	2	25	1	8,3	10	12,1
70-79 anos	11	40,7	5	31,3	2	10,5	4	50	2	16,7	24	29,2
80-89 anos	7	25,9	6	37,5	9	47,4	1	12,5	4	33,3	27	32,9
≥ 90 anos	3	11,1	2	12,5	1	5,3	-	-	1	8,3	7	8,5
SEXO												
Masculino	10	37	9	56,3	11	57,9	5	62,5	8	66,7	43	52,5
Feminino	17	63	7	43,7	8	42,1	3	37,5	4	33,3	39	47,5
PROGRAMA												
**PID	24	88,8	15	93,8	19	100	8	100	12	100	78	95,2
***POD	3	11,2	1	6,2	-	-	-	-	-	-	4	4,8
EVOLUÇÃO												
Internado	7	25,9	4	25	5	26,3	2	25	2	16,7	20	24,5
Alta	2	7,4	2	12,5	1	5,3	2	25	1	8,3	8	9,7
Óbito	18	66,7	10	62,5	13	68,4	4	50	9	75	54	65,8

*Úlcera por pressão **Programa de Internação Domiciliar ***Programa de Oxigenoterapia Domiciliar

A pesquisa identificou que a quantidade média de UPs na admissão do paciente é de aproximadamente duas lesões e a quantidade total de UPs no decorrer da internação é em média 2,5 UPs por paciente. No que tange à quantidade de UPs por paciente, a maior representatividade foi dos pacientes com apenas uma lesão (32,9%) e o menor percentual (9,7%) foi referente aos pacientes com quatro lesões simultâneas.

Outra variável interessante é sobre o tempo de permanência dos pacientes nos programas de internação do NRAD-Ceilândia, sendo o tempo médio de 387,7 dias, o

que equivale a pouco mais de 1 ano de internação por paciente, com mínimo de 4 dias e máximo de 1520 dias, equivalente a pouco mais de 4 anos (Tabela 2).

Tabela 2- Caracterização do perfil dos pacientes usuários do Núcleo Regional de Atenção Domiciliar de Ceilândia – DF, maio de 2009 a abril de 2013.

VARIÁVEIS	MÉDIA	*DP	MÍNIMO	MÁXIMO
Idade	72,2	18,4	10	98
Tempo de permanência do paciente no NRAD (dias)	387,7	396,1	4	1520
Quantidade de UPs na admissão	2,1	1,6	0	7
Quantidade de UPs por paciente	2,5	1,5	1	7

*Desvio Padrão

De acordo com a tabela 3, percebe-se que 80,4% dos pacientes possuem como diagnóstico principal algum tipo de agravo em saúde relacionado ao sistema neurológico. Outros 17% possuem algum diagnóstico oncológico (CA hepático, prostático, uterino, bexiga, metástase óssea entre outros), apenas 1,3% com agravo respiratório e 1,3% com agravo osteomuscular.

Considerando os 80,4% de pacientes com algum agravo neurológico, os principais diagnósticos encontrados foram sequela AVC (65,8%). Dentre estes 56,1% com AVC como diagnóstico único, e os demais pacientes que representam 9,7% possuíam sequela de AVC associada a outras doenças entre elas: Parkinson, Alzheimer e Encefalopatia anóxica. Ainda dentro do rol de outros problemas neurológicos (14,6%) também foi possível encontrar Síndrome de Rasmussen, Síndrome de Devic, Demência Senil, Esclerose Múltipla, Paralisia Cerebral, Lesão Espinomedular (Tetraplegia) e Alzheimer (Tabela 3).

Como diagnóstico secundário, 39% dos pacientes também eram acometidos com HAS e 23,2% com DM. Sendo que destes 13,4% apresentaram HAS e DM simultaneamente. Outros pacientes apresentaram ainda desnutrição crônica e fratura do fêmur 6,1% cada (Tabela 3).

Tabela 3-Caracterização do perfil clínico dos pacientes usuários do Núcleo Regional de Atenção Domiciliar de Ceilândia – DF, maio de 2009 a abril de 2013.

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	n	%
*Agravos Neurológicos	66	80,4
Agravos Neoplásicos	14	17
Agravos Respiratórios	1	1,3
Agravos Osteomusculares	1	1,3
COMORBIDADES	n	%
**Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)	32	39
** <i>Diabetes Mellitus</i> (DM) tipo I ou II	19	23,2
Desnutrição Crônica	5	6,1
Fratura de fêmur	5	6,1
DPOC	3	3,6
Outros agravos	18	22

*Dos agravos neurológicos 65,8% eram sequelas de AVC; ** Destes, 13,4% apresentavam diagnóstico de DM e HAS concomitantemente.

Em uma visão geral, diante dos dados da tabela 4, nota-se que a assistência de enfermagem no tratamento das UPs gerou resolutividade em 37,8% dos pacientes, 22% apresentou melhora da UPs e apenas 8,5% apresentaram quadro de piora. Referente ao número de UPs, os pacientes que apresentaram maiores percentis de piora, 25%, e de manutenção da UP, 50%, foram aqueles que possuíam quantidade igual ou superior a cinco UPs.

Do total da amostra, 15,8% apresentaram infecção em alguma UP durante determinado momento do tratamento. É interessante perceber que quanto maior a quantidade de UPs por paciente, maiores são os índices de infecção na ferida. Identificamos isso em 21,1 % dos usuários com três UPs, 25% com quatro UPs e 33,3% dos pacientes com cinco ou mais lesões que apresentaram infecção na ferida (Tabela 4).

Apenas 6% dos clientes apresentaram em algum momento reabertura de lesões já anteriormente resolvidas. Também seguindo a mesma lógica das infecções de feridas, nota-se que quanto maior a quantidade de UPs por paciente maiores são os índices de reabertura de lesões, isto foi possível identificar nos resultados que evidenciam que 10,5% dos pacientes com três lesões, 12,5% dos clientes com quatro lesões e 16,7% daqueles com cinco ou mais lesões apresentaram reabertura de UP (Tabela 4).

Tabela 4 - Características relacionadas às úlceras por pressão dos pacientes usuários do Núcleo Regional de Atenção Domiciliar de Ceilândia – DF, maio de 2009 a abril de 2013.

	1UP		2UP		3UP		4UP		≥ 5UP		TOTAL	
DESFECHO												
DAS UPs/ PACIENTE	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cicatrizada	15	55,6	7	43,8	6	31,6	3	37,5	-	-	31	37,8
Melhora	3	11,1	5	31,3	6	31,6	1	12,5	3	25	18	22
Piora	1	3,7	1	6,3	1	5,3	1	12,5	3	25	7	8,5
Mantida	8	29,6	3	18,8	6	31,6	3	37,5	6	50	26	31,7
INFECÇÃO												
Sim	2	7,4	1	6,3	4	21,1	2	25	4	33,3	13	15,8
Não	25	92,6	15	93,7	15	78,9	6	75	8	66,7	69	84,2
REABERTURA												
Sim	-	-	-	-	2	10,5	1	12,5	2	16,7	5	6
Não	27	100	16	100	17	89,5	7	87,5	10	83,3	77	94
ADMISSÃO												
Com UP	20	74,1	12	75	19	100	8	100	12	100	71	86,5
Sem UP	7	25,9	4	25	-	-	-	-	-	-	11	13,5
QUANTIDADE												
UPs na admissão												
1 UP	20	74,1	3	18,8	1	5,3	2	25	-	-	26	31,7
2UPs	-	-	9	56,3	3	15,8	1	12,5	-	-	13	15,8
3UPs	-	-	-	-	15	78,9	1	12,5	2	16,7	18	22
4UPs	-	-	-	-	-	-	4	50	1	8,3	5	6
5UPs	-	-	-	-	-	-	-	-	6	50	6	7,3
6UPs	-	-	-	-	-	-	-	-	2	16,7	2	2,4
7UPs	-	-	-	-	-	-	-	-	1	8,3	1	1,2

Vale ressaltar que, segundo o resultado da pesquisa, 86,5% destes pacientes atendidos pelo NRAD já foram admitidos com a presença de UPs. Somente 13,5 % dos usuários que passaram pela atenção domiciliar de Ceilândia desenvolveram UPs após a admissão em um dos programas, não ultrapassando a quantidade de duas UPs por paciente. Dos 86,5% de pacientes que já foram internados em domicílio com UP, 31,7% apresentavam apenas uma UP na admissão, 22% com três UPs e 1,2% com sete UPs já desde a admissão, conforme visualizado na figura 1.

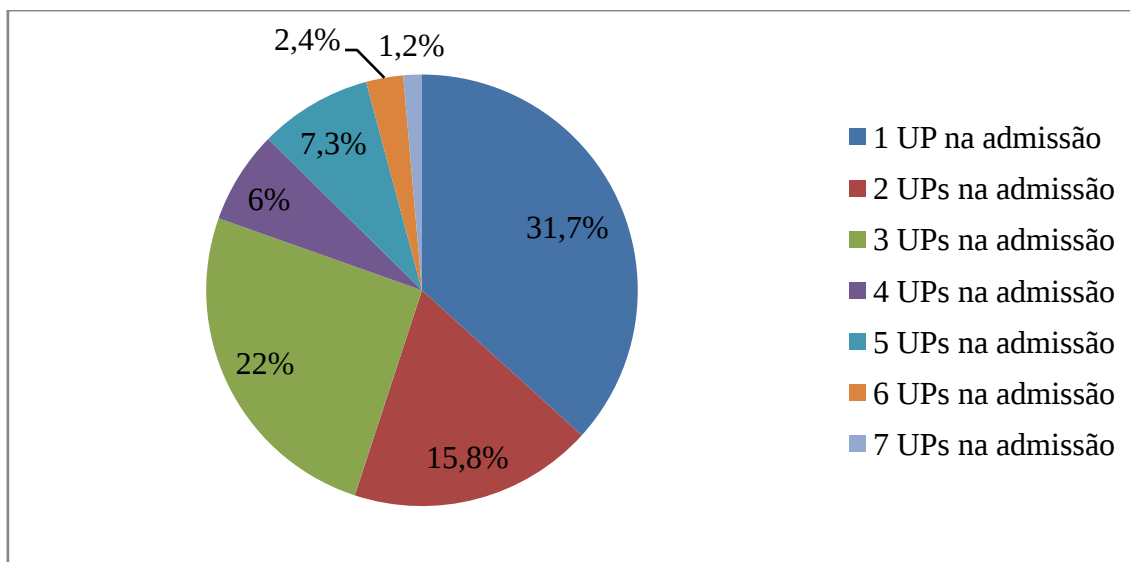


Figura 1 – Quantidade de Úlceras por Pressão no momento da admissão dos pacientes usuários do Núcleo Regional de Atenção Domiciliar de Ceilândia – DF, maio de 2009 a abril de 2013.

Foram estudadas 212 úlceras por pressão em 82 prontuários de pacientes. Conforme a figura 2, houve certa predominância de UPs em grau II (34,5%), seguida de UPs em estágio III (18,4%). Ao longo da coleta de dados notou-se que em 26,8% das UPs não haviam estadiamento registrado no prontuário do paciente.

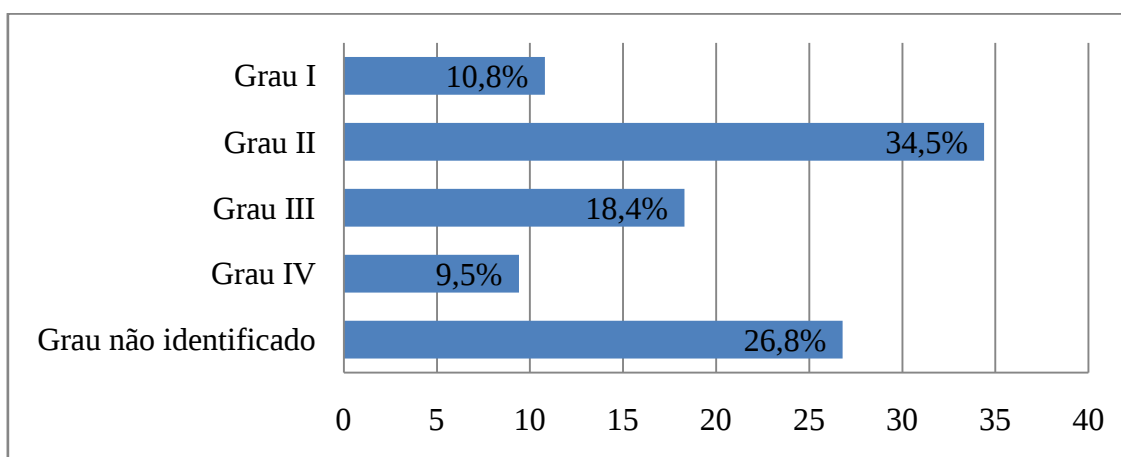


Figura 2 – Estadiamento das úlceras por pressão dos pacientes usuários do Núcleo Regional de Atenção Domiciliar de Ceilândia – DF, maio de 2009 a abril de 2013.

A figura 3 demonstra que as localizações que apresentaram maiores índices de UPs foram as regiões trocantérica 33,9%, sacral 28,3% e calcânea 19,8%. É importante destacar que destas 24,1% eram bitrocantéricas e 10,3% eram bicalcâneas. Outras regiões corpóreas apresentaram baixas incidências se comparadas às demais citadas.

anteriormente, sendo 6,1% maleolar, 2,8% glútea, 2,8% cotovelo, 2,4% escapular, 1,9% dorsal, 1% hálux, 0,5% orelha e 0,5% hemitorácica. As regiões trocantérica e sacral foram as que mais apresentaram índices de infecção, 4,7% e 3,7% respectivamente, e de reabertura de lesões, 0,4% e 0,9% respectivamente.

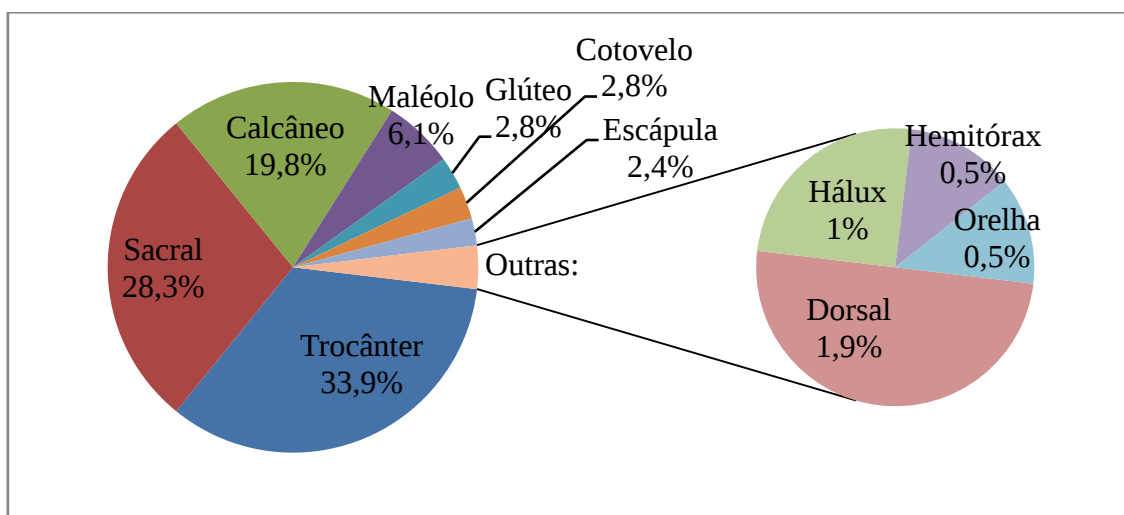


Figura 3 – Localização das úlceras por pressão dos pacientes usuários do Núcleo Regional de Atenção Domiciliar de Ceilândia – DF, maio de 2009 a abril de 2013.

A tabela 5 expõe o tempo que cada paciente levou para ter todas as úlceras por pressão resolvidas após a admissão na Atenção Domiciliar. Os resultados foram organizados em faixas de dois em dois meses. Dessa forma, percebe-se que 23% dos pacientes pesquisados tiveram resolução das feridas em menos de dois meses após a admissão na atenção domiciliar e 4,9% dos pacientes tiveram UPs resolvidas entre três e quatro meses. Destaca-se que no período da pesquisa 8,5% dos prontuários pesquisados eram de pacientes ativos que ainda encontravam-se com o tratamento das feridas em andamento. Outro dado que chama atenção é que 47,5% dos pacientes não tiveram o tratamento das lesões finalizado devido evolução a óbito durante o período de internação domiciliar.

Tabela 5 – Tempo de tratamento das úlceras por pressão por paciente do Núcleo Regional de Atenção Domiciliar de Ceilândia – DF, maio de 2009 a abril de 2013.

TEMPO DE TRATAMENTO DAS UPs POR PACIENTE	n	%
0-2 meses	19	23,0
3-4 meses	4	4,9
5-6 meses	3	3,7
7-8 meses	2	2,5
9-10 meses	2	2,5
11-12 meses	4	4,9
>12meses	2	2,5
Não concluído devido óbito	39	47,5
Tratamento em andamento	7	8,5

A figura 4 evidencia em porcentagem a proporção de visitas domiciliares realizadas pela equipe multiprofissional aos pacientes atendidos pelo NRAD-CEI. Nota-se que a equipe de enfermagem foi a que mais realizou visitas domiciliares (43%), seguida por 24,8% da equipe médica, 12,6% da nutrição, 7,2% da fisioterapia e 5,8% assistência social.

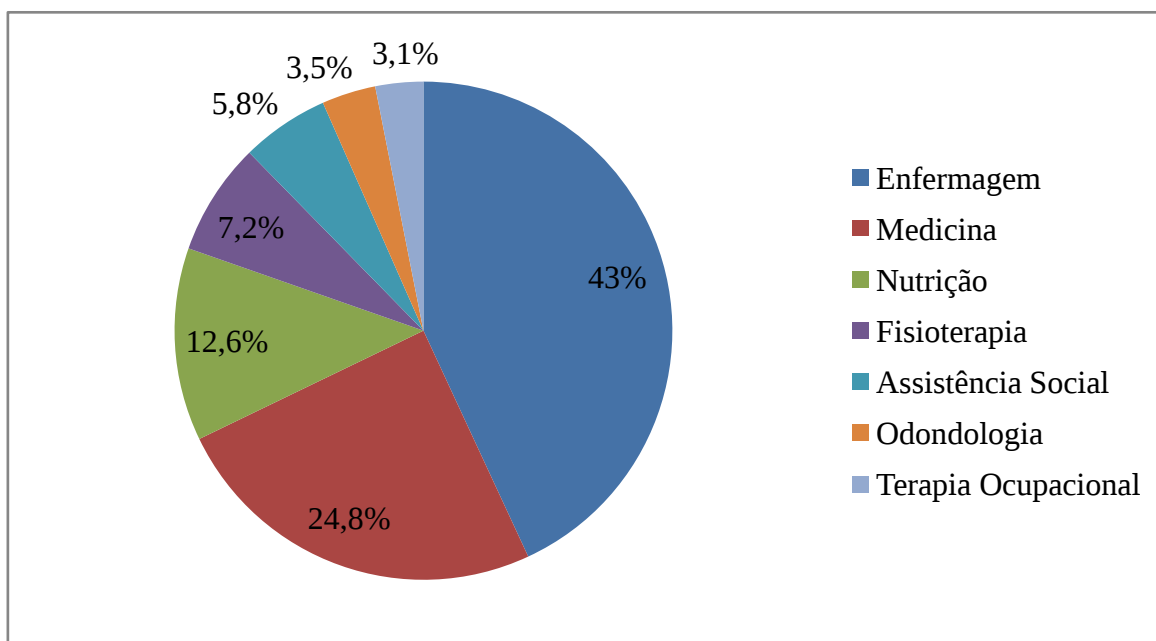


Figura 4 – Porcentagem de visitas domiciliares por área profissional aos pacientes usuários do Núcleo Regional de Atenção Domiciliar de Ceilândia – DF, maio de 2009 a abril de 2013.

No período que corresponde aos quatro anos pesquisados foram realizadas um total de 1124 visitas domiciliares de enfermagem (VDE) aos pacientes acometidos por úlceras por pressão. Ao descartar os resultados parciais de 2013, observa-se que ocorreu um aumento no número anual de VDE se comparado ao ano imediatamente anterior, sendo 2009 o ano com menos VDE (124) e 2012 o ano com mais VDE (330) conforme ilustrado no gráfico da figura 5.

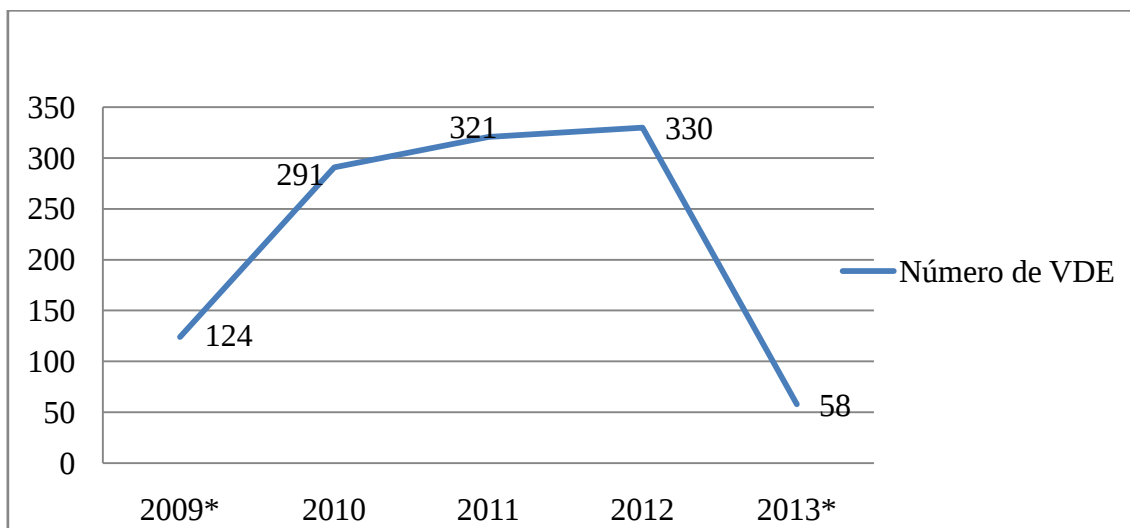


Figura 5 – Total de Visitas Domiciliares de Enfermagem (VDE) aos pacientes com úlceras por pressão usuários do Núcleo Regional de Atenção Domiciliar de Ceilândia – DF, maio de 2009 a abril de 2013.

Quanto à média mensal de VDE, 2013 foi o ano com menor média (15,5 visitas) e 2012 com maior média (27,5 visitas) conforme visualizado no gráfico da figura 6. Referente a esses dados a média total do período de quatro anos pesquisados é de 21,7 visitas de enfermagem por mês, isso significa que no período de um mês a equipe de enfermagem realizava aproximadamente 22 visitas domiciliares. A pesquisa demonstrou que o ano de 2011 foi o que apresentou maior quantidade de VDE em um mesmo mês, com o total de 56 visitas da equipe de enfermagem. Vale ressaltar que os dados de 2009 e 2013 são parciais visto que no primeiro caso contou-se a média de oito meses a partir da instalação do NRAD-CEI no mês de maio de 2009 até o fim do mesmo ano, e no segundo caso a média é de quatro meses sendo os dados obtidos de janeiro a abril de 2013.

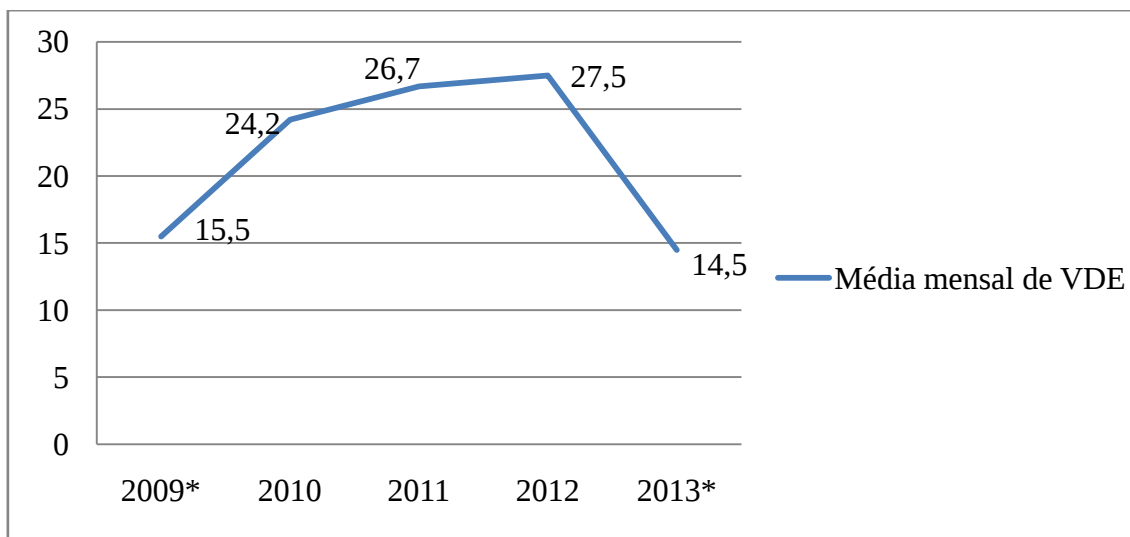


Figura 6 -Média da quantidade mensal de Visitas Domiciliares de Enfermagem (VDE) aos pacientes com úlceras por pressão usuários do Núcleo Regional de Atenção Domiciliar de Ceilândia – DF, maio de 2009 a abril de 2013.

A figura 7 ilustra que tanto em 2009 quanto em 2010 as médias de VDE por paciente apresentaram o mesmo valor, 1,61 visitas mensais. Já em 2011 e 2012 ambas as médias também foram idênticas, 2,72 visitas mensais por paciente, apresentando relativa elevação se comparadas aos anos anteriores e relativa queda se comparada ao ano subsequente com média de 2,41 em 2013. Neste estudo, a média total de VDE por paciente com UP entre 2009 e 2013 foi de 2,21, o que significa que em média cada paciente era visitado em torno de duas vezes por mês.

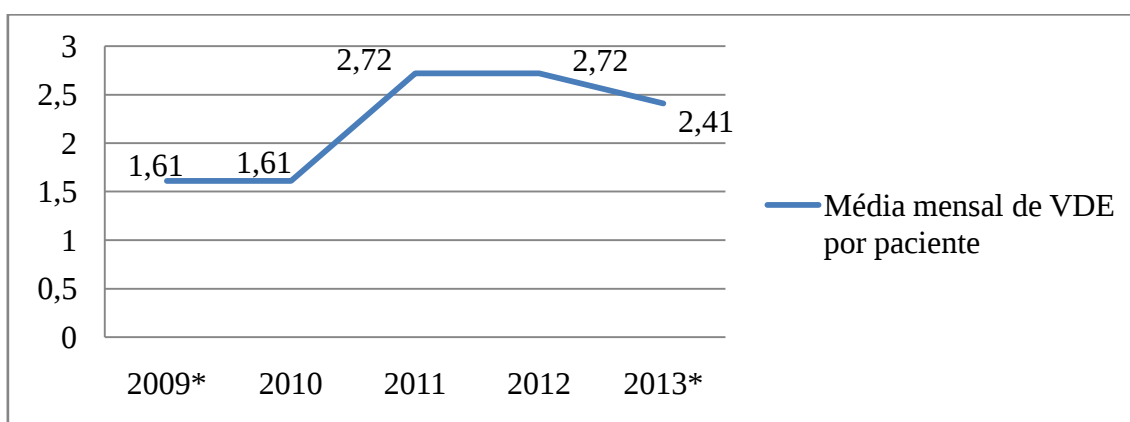


Figura 7 - Média mensal de Visitas Domiciliares de Enfermagem (VDE) por paciente com úlcera por pressão usuário do Núcleo Regional de Atenção Domiciliar de Ceilândia – DF, maio de 2009 a abril de 2013.

6. DISCUSSÃO

A UP é um acometimento frequente na internação domiciliar e atinge 26% dos pacientes conforme estudo de Brick, Smith e Linkewich (2006). Chayamiti e Caliri (2010) e Bendo et al. (2005) também descreveram a ocorrência de UPs em 19,1% e em 17% dos pacientes da Atenção Domiciliar no municípios de Ribeirão Preto - SP e de Cascavel – MG, respectivamente. Estes valores são próximos ao encontrado nesta pesquisa entre os pacientes da Atenção Domiciliar de Ceilândia – DF, sendo que o valor encontrado por Brick, Smith e Lindewich é praticamente idêntico ao do NRAD-CEI.

Os idosos são mais suscetíveis ao comprometimento da integridade da pele, inclusive ao aparecimento de UPs, já que com o avanço da idade há redução do turgor e da elasticidade da pele, alterações na sensibilidade tátil e nos mecanismos de defesa que atuam como fatores de proteção. Não existem associações diretas entre idade e o aparecimento de UPs, no entanto as piores condições de mobilidade, nutrição ou oxigenação estão entre os múltiplos fatores que contribuem para o surgimento destas (QUEIROZ et al., 2014; STUDART et al., 2011).

No que tange à Atenção Domiciliar, diversos estudos comprovam que a população com idade superior a 60 anos é a mais prevalente entre os pacientes, sendo representada por 60,7% no estudo de Maroldi et al. (2012), 63,5% em Martelli et al. (2011) e 73,8 % em Fernandez e Casas (2012). Embora, a presente pesquisa tenha demonstrado um percentil de idosos acima de 80 anos, o resultado segue próximo da linha da prevalência desse tipo de público atendidos na Atenção Domiciliar de outras localidades. É provável que o fato da maioria de pacientes seja de idosos tenha relação com o aumento da expectativa de vida associado ao acometimento por enfermidades crônicas, o que os deixam mais propícios a precisarem de cuidados domiciliares.

Ainda com relação à idade as pesquisas apontam médias entre 64 a 68,3 anos (BLANES et al., 2004; MARTELLI et al., 2011; LUCENA et al., 2011; FERNANDEZ e CASAS, 2012; MAROLDI et al., 2012). A idade média do presente estudo (72,2 anos) mostrou-se discretamente maior que as encontradas na literatura. Sendo assim, as pesquisas corroboram o resultado deste estudo.

Maroldi et al. (2012) e Blanes et al. (2004) demonstram que o sexo masculino possui prevalência entre os pacientes com UPs nos usuários do serviço de Atenção Domiciliar, 57,2% e 57,7% respectivamente. Estes achados confirmam os resultados da pesquisa na Atenção Domiciliar de Ceilândia-DF, no entanto outras pesquisas revelam

o contrário, sendo o público feminino prevalente em internações domiciliares (MARTELLI et al., 2011; LUCENA et al., 2011; FERNANDEZ; CASAS, 2012; COELHO et al., 2012).

Sendo assim, o fato dos pacientes apresentarem perfil predominante de idosos implica para a Atenção Domiciliar uma maior necessidade de vigilância dos cuidadores e de orientações da enfermagem visto que pelas características próprias do envelhecimento associado às doenças crônico-degenerativas de forma avançada e com repercussões clínicas que limitam a mobilidade e o estado nutricional os tornam mais propensos ao aparecimento de UPs. Uma possível explicação para a prevalência de UPs em homens na atenção domiciliar é o fato destes, comumente, apresentarem maior peso corpóreo que as mulheres, fator que talvez dificulte a realização adequada de mudanças de decúbito no domicílio pelo cuidador destes que geralmente é uma pessoa do sexo feminino (irmã, esposa ou filha) e que naturalmente apresenta maior dificuldade em movimentar o paciente por questões como a fragilidade feminina em contraste com o peso do paciente masculino acamado. No entanto na literatura não se encontram associações entre o sexo masculino e a ocorrência de UPs.

Não foram encontrados na literatura estudos comparativos entre pacientes da Atenção Domiciliar nas modalidades de PID e POD. Entretanto, sabe-se que o PID presta assistência a pacientes acamados, portadores de sequelas e comorbidades de doenças crônicas como cuidados paliativos oncológicos e neurológicos, úlceras de decúbito em graus moderado e grave, traqueostomia e com quadros clínicos estáveis que não necessitem de ventilação mecânica invasiva, cuidados intensivos de enfermagem, entre outros. Por outro lado, o POD é destinado a assistir pacientes com agravos pulmonares que apresentem insuficiência respiratória crônica ocasionada por lesões pulmonares irreversíveis (BRASIL, 2013d). Sendo assim, considerando-se as características dos pacientes em cada modalidade de atenção domiciliar é natural que a quase totalidade dos pacientes com UPs estudados nesta pesquisa pertençam ao PID devido às suas características clínicas associadas ao estado de imobilidade física.

A Atenção Domiciliar tem crescido e ganhado destaque como estratégia assistencial tanto em instituições de saúde pública e como particulares. Neste sentido, o enfermeiro que atua neste cenário desempenha papel essencial no cuidado ao paciente junto à equipe multiprofissional. Sua importância ultrapassa a assistência ao agravo em saúde e destaca-se pela inserção do cuidador e da família na assistência ao paciente intra-domiciliar por meio de práticas de educação em saúde, e assim como em outros

ambientes do cuidado, na Atenção Domiciliar a enfermagem também é norteadada pela sistematização da assistência (GOMES et al., 2008). A enfermagem domiciliar é uma prática profissional considerada como especialidade em enfermagem. Sendo assim, a atuação neste campo exige conhecimento técnico-científico e habilidades de autonomia, liderança, relacionamento interpessoal para lidar com a equipe, pacientes, cuidador e familiares (LACERDA et al., 2006).

Quanto à evolução clínica do paciente da atenção domiciliar, Martelli et al. (2011) identificaram em Montes Claros - MG que 59% receberam alta com melhora do quadro, 28% faleceram e 13% permaneceram internados com quadro clínico inalterado ou transferido para outra instituição de assistência domiciliar. Nenhuma pesquisa encontrada demonstrou a evolução clínica dos pacientes com UPs na atenção domiciliar. Os resultados obtidos a partir da pesquisa em questão revelam que na assistência domiciliar de Ceilândia a maioria dos pacientes com UPs evoluiu a óbito e uma pequena parte recebeu alta da equipe de atenção domiciliar. Talvez esse alto percentil de pacientes que evoluíram a óbito nesta pesquisa se deva ao fato de que em sua maioria são pacientes terminais em cuidados paliativos.

A pesquisa de Queiroz et al. (2014) sobre UPs em pacientes sob cuidados paliativos domiciliares revela que com relação à quantidade de lesões por pressão 58,3% desenvolveram apenas uma UP, 25% desenvolveram duas UPs e 16,7% três UPs. Este mesmo estudo não demonstrou pacientes com quantidades iguais ou superiores a quatro UPs simultâneas. Costa et al. (2005) revelou em seu estudo que sua amostra possuía quantidade média de 1,7 UPs por paciente. Estes achados validam os encontrados na presente pesquisa que demonstrou que a maior representatividade de pacientes com UPs são aqueles que apresentam apenas uma lesão por pressão sendo um terço dos pacientes avaliados. A porcentagem de pacientes com duas e três UPs também se mostraram próximas do percentual do estudo de Queiroz et al. (2014), no entanto é demonstrado ainda na pesquisa da Ceilândia que haviam pacientes com quatro UPs (9,7%) e com cinco ou mais UPs (14,6%) concomitantes, sendo a média do número de UPs por paciente em Ceilândia (2,5) superior à encontrada na pesquisa citada.

O tempo médio de cada internação dos pacientes na assistência domiciliar no programa Hospital Universitário em casa de Montes Claros - MG, segundo Martelli et al. (2011) foi de 30 dias e 48,2% dos usuários necessitaram de reinternações. Já na assistência domiciliar de Ceilândia o tempo médio foi superior, equivalente ao período aproximado de um ano de internação, porém sem relatos de reinternações.

Os principais motivos de internação de pacientes na atenção domiciliar de Ceilândia estão em acordo com os evidenciados na literatura científica, prevalecendo os distúrbios neurológicos e as complicações neoplásicas. Somados os agravos neurológicos, tanto cerebrovasculares como neurodegenerativas, síndromes e distúrbios do sistema nervoso, estes representam respectivamente 75%, 73,1% e 66,4% nos pacientes estudados por Maroldi et al. (2012), Fernandez e Casas (2012) e Lucena et al. (2011), valores próximos ao encontrado em Ceilândia. As neoplasias também são evidenciadas na literatura com proporções de 17%, 16% e 13,7% entre os pacientes pesquisados respectivamente por Fabrício et al. (2004), Santos et al. (2013) e Lucena et al. (2011) concordando com os percentuais entre os internados com UPs em Ceilândia.

Santos et al. (2013) explicam que pacientes acometidos por AVC tem predisposição em desenvolver UPs pelo fato de permanecerem muito tempo acamados ou restritos em cadeiras de rodas. O mesmo autor expõe que com o avanço do câncer e com os efeitos colaterais da quimioterapia e radioterapia os pacientes oncológicos tendem a ter dificuldades de alimentação, e consequentemente déficit nutricional e quadros de magreza, possibilitando maior probabilidade de surgimento de UPs.

As comorbidades mais frequentes neste tipo de público são a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM). Autores evidenciam frequências de hipertensos iguais a 56%, 40%, 43,6% respectivamente em Blanes et al. (2004), Lucena et al. (2011) e Fernandez e Casas (2012). Quanto a DM os estudos demonstram sua presença em 27%, 24,4% e 23,8% dos casos de pacientes com UPs avaliados por Lucena et al. (2011), Blanes et al. (2004) e Fernandez e Casas (2012) respectivamente. Ressalta-se que estes resultados, especialmente os de Fernandez e Casas (2012) que estudaram especificamente no âmbito da atenção domiciliar, apresentam-se muito próximos aos encontrados nesta pesquisa com HAS em maior percentual e DM em segundo lugar. Ainda quanto às comorbidades Maroldi et al. (2012) evidenciam presença de fraturas em 6% dos pacientes na internação domiciliar o que ratifica o valor similar encontrado o presente estudo.

Sabe-se que no diabetes, em especial, ocorre um desequilíbrio entre o fornecimento e a demanda de insulina, fator que pode desencadear complicações vasculares periféricas e diminuição da sensibilidade que são fatores de risco para a formação das lesões (MORO et al., 2007; IRION, 2012).

Não foi encontrado na literatura estudos que revelassem sobre a resolutividade do tratamento de UPs no contexto domiciliar, no entanto os resultados da presente

pesquisa evidenciam que o serviço de atendimento domiciliar foi resolutivo no fechamento ou na melhora das UPs na maior parte dos casos. Costa et al. (2005) revelou em seu estudo com pacientes acamados predominantemente devido lesão medular, apresentaram taxa de sucesso no tratamento de UPs entre 66% e 84% dos casos, valores que variaram de acordo com a localização das úlceras.

Quanto à presença de infecções nas UPs Alves e Deana (2009) afirmam que isto pode ocasionar inúmeras complicações e agravar o estado clínico dos pacientes, especialmente em idosos debilitados visto que possuem alterações fisiológicas próprias do envelhecimento como a suscetibilidade do sistema imune. Além disso, as UPs em estágios mais avançados estão mais propensas a apresentarem infecção e retardar o processo de cicatrização tecidual, elevando a morbidade e podendo causar a morte do paciente pela bacteremia. Hans, Bitencourt e Pinheiro (2011) demonstram em seu estudo que há correlação entre o desenvolvimento de UP com os fatores de risco adicionais à Escala de Braden, entre eles infecção e sepse. Nesta pesquisa realizada em Ceilândia a minoria dos pacientes apresentou nos prontuários o relato de infecção em UP, no entanto não há também registros sobre a realização de culturas de biópsias da ferida ou cultura de swab nas lesões, o que indica que a detecção de infecção se deu somente a partir dos sinais clínicos presentes na ferida.

Irion (2012) relata que em feridas crônicas, como UPs, a infecção pode ser detectada visualmente como um escurecimento circundado por tecido avermelhado anormal, indicando invasão de bactérias em tecido circunvizinho sadio, outros sinais indicativos de infecção são a presença de secreção purulenta, secreção serosanguinolenta com tom esverdeado, descamação amarelo fibrinosa, odor fétido, presença dos sinais de inflamação como induração, febre, dor, edema e eritema. Dessa maneira, as infecções podem levar à necrose tecidual, piorando e aumentando a extensão da UP. O mesmo autor explica que o tecido necrótico retarda a regeneração da ferida e aumenta o risco de infecção, neste sentido o desbridamento auxilia na redução do risco de infecção, e relata ainda que no tratamento de UPs infectadas é recomendado o uso de antibioticoterapia sistêmica e tópica conforme prescrição médica.

Com relação à reabertura de UPs, Queiroz et al. (2014) afirmam que aproximadamente 50% dos pacientes de seu estudo com pacientes em cuidados paliativos domiciliares já haviam apresentado UP anteriormente. Segundo o autor, a incidência de reaberturas pode ser explicada pelo fato de na última etapa do processo cicatricial haver a formação do tecido de granulação e posteriormente ocorrer a

reepitelização com reorganização das fibras de colágeno o que leva a pele a ganhar maior resistência no fim deste processo. No entanto este fortalecimento epitelial demanda meses e enquanto isso a região permanece fina e com maior sensibilidade que o normal e, por consequência, isso eleva a suscetibilidade do paciente ao surgimento de novas feridas nos mesmos locais, o que pode explicar a ocorrência de reaberturas de UPs.

Neste sentido, cabe ao enfermeiro a importante atribuição de orientar extensivamente o cuidador e a família sobre os cuidados com a pele a fim de prevenir a abertura e/ou reabertura de lesões como também para evitar o agravamento das lesões já existentes, visando ainda manter e melhorar a tolerância tecidual à compressão. Dessa maneira, é recomendada a inspeção sistemática da pele, no mínimo uma vez ao dia, com especial atenção para as proeminências ósseas. Ressalta-se que se deve evitar massagear as proeminências ósseas com sinais de injúria na pele, já que tal prática pode provocar lesões em vez de preveni-las. Deve-se dar especial atenção aos pacientes com incontinência, visto que tanto a composição da urina como das fezes apresentam em geral acidez devido ao pH urinário e às concentrações dos ácidos biliares, fatores que podem irritar a pele (IRION, 2012; BRASIL, 2013a).

Além disso, é essencial evitar tanto a umidade excessiva da pele como o ressecamento da mesma. É importante orientar sobre o uso de agentes de limpeza brandos que minimizam a irritação e mantêm a umidade adequada da pele. A pele seca deve ser tratada com agentes umectantes, como p. ex. os emolientes com concentração elevada de óleo e sólidos, não sendo muito efetivo o uso de loções aquosas, já que os umectantes adequados ajudam a reter o líquido na pele e ao mesmo tempo a protege da umidade excessiva, como incontinência, transpiração ou secreções das feridas. No entanto quando não é possível controlar as fontes de umidade, pode-se optar pelo uso de fraldas absorptivas nessas condições. Outro cuidado que pode ser tomado é o encaminhamento à fisioterapia visando, quando possível, a melhora da mobilidade, e o encaminhamento à nutricionista visando a melhora do quadro dietético do paciente, fator que influi tanto na prevenção como no tratamento das lesões (IRION, 2012; BRASIL, 2013a).

Ainda no que tange aos cuidados, o enfermeiro deve orientar a família e o cuidador quanto aos materiais de proteção como p. ex. o uso de placas de hidrocoloide, películas transparente, compressas protetoras, espuma protetora de calcâneo etc. Ressaltam-se também as orientações quanto às superfícies de acomodação, uso de

almofadas e colchões de redistribuição e alívio de pressão. Outra preocupação é quanto aos esquemas de reposicionamento do paciente, que deve ser um esquema individualizado de acordo com o quadro clínico de cada paciente e realizado pelo cuidador a cada duas horas com mudanças de decúbito que tradicionalmente se alternam entre decúbito lateral esquerdo, decúbito dorsal, decúbito lateral direito e decúbito ventral, sendo esta última a menos utilizada por conta da pressão no osso frontal, patela e dorso do pé. As posições de decúbito lateral devem ser utilizadas com o paciente girado em 30° a fim de se evitar a compressão direta sobre o trocanter maior, recomenda-se utilizar o auxílio de travesseiros neste posicionamento. No decúbito dorsal pode-se utilizar o travesseiro sob as pernas a fim de deixar os calcâneos suspensos aliviando a pressão nestes locais. Entre outros inúmeros cuidados, deve-se estar atento ao cuidado com os lençóis que devem estar secos, limpos e esticados. O risco de cisalhamento pode ser diminuído utilizando a posição semi-Fowler que evita que o paciente deslize no leito, além disso, as orientações sobre as técnicas de transferências e movimentação do paciente no leito com o auxílio do traçado ajudam a reduzir o atrito na pele do paciente (LOURO et al., 2007; IRION, 2012; BRASIL, 2013a).

Vale considerar que a maneira como o cuidador desempenha os cuidados e aplica ou não as orientações dadas pelo enfermeiro, influenciam nas condições das feridas de cada enfermo. No entanto, apesar dos cuidados criteriosos, as UPs podem apresentar piora do quadro caso as condições sistêmicas do paciente sejam desfavoráveis conforme afirmam Queiroz et al. (2014).

Referente ao ambiente em que surgiram as UPs, Queiroz et al. (2014) revelam que quase 60% dos pacientes de seu estudo já foram admitidos com presença de UPs no serviço de atenção domiciliar e pouco mais de 40% desenvolveram as lesões no decorrer do atendimento assistencial em domicílio. Os resultados da presente pesquisa revelam que a maioria dos pacientes atendidos já foram admitidos no serviço domiciliar de Ceilândia com presença de lesões por pressão e um pequeno percentual de pacientes tiveram UPs que surgiram após a admissão. O mesmo autor explica que geralmente uma parte considerável dos pacientes em cuidados paliativos recebe tardiamente o encaminhamento para o serviço domiciliar, com isso muitos adentram nessa modalidade de atenção já apresentando a presença de UPs. Isso além de gerar sobrecarga do serviço pode ainda prejudicar o acompanhamento desses pacientes por exigirem visitas periódicas mais frequentes e que nem sempre é possível ser realizado pela equipe.

Quanto à classificação das UPs Santos et al. (2013) identificam em sua pesquisa que 90% das UPs foram classificadas como estágio I e 10 % como estágio II ou mais. Fernandez e Casas (2012) relatam que 75% das lesões estudadas apresentavam-se em graus superficiais como grau I ou grau II. Já nas UPs estudadas por Blanes et al. (2004) 24,4% eram de estágio I, 38,5% em estágio II, 11,5% grau III e 12,8% grau IV, totalizando assim 87,2% das UPs em questão, dessa maneira subentende-se que as demais 12,8% das UPs deste estudo não foram possíveis identificar o estadiamento. A partir da análise das 212 UPs estudadas nos 82 pacientes da Ceilândia nota-se que os resultados obtidos aproximam-se mais daqueles encontrados por Blanes et al. (2004), evidenciando-se na presente pesquisa os resultados com as UPs grau II também em primeiro lugar, seguidas das grau III e I.

No que tange às localizações anatômicas afetadas, a pesquisa na Ceilândia segue o padrão encontrado na literatura, que aponta as regiões sacral, trocantéricas e calcâneas como as que apresentam maiores ocorrências de desenvolvimento de UPs. (BLANES et al., 2004; LUZ et al., 2010; FERNANDES et al., 2012; QUEIROZ et al., 2014).

Estes resultados relativos ao estadiamento e às localizações frequentes das UPs implicam para o enfermeiro da Atenção Domiciliar e para o cuidador uma maior necessidade de protocolar e aplicar medidas de prevenção como o uso de escalas de avaliação de risco para UPs, mudanças de decúbito de duas em duas horas, proteção das proeminências ósseas, identificação precoce de lesões em estágios iniciais e conhecimento das coberturas para tratamento adequado das lesões conforme treinamento e orientações do enfermeiro aos cuidadores.

Sobre o tempo de tratamento das UPs no contexto domiciliar também não foram encontrados na literatura pesquisas que revelassem tal dado. No entanto sabe-se que o tempo de tratamento das lesões variade acordo com a extensão e a gravidade da UP, entre outros inúmeros fatores já mencionados neste trabalho. No estudo de Costa et al. (2005) o tempo médio de tratamento das UPs foi de quase três meses. Na internação domiciliar deste estudo a maior representatividade foi das UPs resolvidas em menos de dois meses, no entanto houve presença de tratamentos de UPs que perduraram períodos entre três meses e um ano. Uma parcela das UPs tratadas no NRAD-CEI não teve tratamento concluído devido o óbito do paciente.

Considerando-se as Portarias nº 2.527/2011 e nº 1533/2012 que tratam da organização da Atenção Domiciliar no âmbito do SUS e considerando, também, o tamanho populacional da cidade de Ceilândia-DF (402.729 mil habitantes) segundo

dados do censo de 2010 do IBGE, percebe-se que os requisitos mínimos para instalação do Serviço de Atenção Domiciliar são atendidos pelo NRAD-CEI, já que existe uma população superior a 40 mil habitantes, há a cobertura do SAMUe há o hospital de referência na área de abrangência, no caso o Hospital Regional de Ceilândia. Ressalta-se que a Portaria nº 1533/2012 define que a primeira Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar (EMAD) deve ser constituída para atender apenas um grupo populacional de 100 mil habitantes, estabelecendo ainda que ao atingir a população de 150 mil habitantes o município poderá constituir uma segunda EMAD e após isso, o município poderá constituir, sucessivamente, uma nova EMAD a cada 100 mil novos habitantes. As EMADs podem ainda solicitar a implantação de Equipes Multidisciplinar de Apoio (EMAPs) para dar suporte e complementar as ações de saúde na atenção domiciliar. No entanto, atualmente o NRAD-CEI conta apenas com uma EMAD e nenhuma EMAP, sendo assim, para que seja oferecida uma melhor assistência dentro desse núcleo, faz-se necessário a formação de no mínimo mais três EMADs levando-se em conta o tamanho populacional da referida cidade (BRASIL, 2011, 2012a; IBGE, 2010).

Possivelmente, a sobrecarga da equipe do NRAD-CEI, seja um dos fatores que explique o baixo número de visitas domiciliares realizada pela equipe de enfermagem e pelos outros profissionais a partir do que foi evidenciado nos resultados da presente pesquisa. Deve-se levar em conta, ainda, que a equipe do NRAD-CEI possui dificuldade em conseguir transporte da SES-DF e motorista para o deslocamento da equipe até os domicílios. Notou-se durante as vivências com a equipe, que muitas vezes os profissionais se deslocavam com os próprios veículos para realizar as visitas devido às dificuldades encontradas com a liberação do transporte da SES-DF, que não era de uso exclusivo do NRAD-CEI, mas servia também as demandas dos Centros de Saúde da referida cidade e, portanto, nem sempre se encontrava disponível para a realização da visitas domiciliares.

Apesar dessas dificuldades, percebeu-se que a equipe de enfermagem foi a que mais realizou visitas domiciliares, fator que corrobora com o estudo de Maroldi et al. (2012) que demonstrou em sua pesquisa que mais de 60% das visitas domiciliares eram realizadas pela equipe de enfermagem do Serviço de Internação Domiciliar de um hospital no interior do estado de São Paulo.

7. CONCLUSÃO

O perfil dos pacientes com UPs na Atenção Domiciliar é predominantemente de homens idosos acamados com diagnóstico neurológico e/ou oncológico, portadores de HAS e DM, vinculados ao PID com tempo médio de internação de um ano e com presença predominante de uma a três lesões por pressão em regiões sacral, trocantérica e calcânea, em graus variados com maioria de grau II, sendo quase 90% da UPs adquiridas no ambiente hospitalar antes da admissão na internação domiciliar de Ceilândia. O serviço de atendimento domiciliar foi resolutivo no fechamento ou melhora de quase 60% dos pacientes com UPs, tendo a média de 2,21 visitas da equipe de enfermagem a cada paciente por mês, além do acompanhamento telefônico.

Notou-se também que o paciente domiciliar possui características diferenciadas quando comparadas as comumente encontradas no paciente hospitalar, visto que na atenção domiciliar os usuários geralmente estão em cuidados paliativos, possuem quadro clínico estável e não necessitam de procedimentos invasivos.

O aparecimento de UPs esteve relacionado com a condição clínica do paciente e com sua capacidade funcional comprometida, além disso, ressalta-se que o aparecimento de UPs é um indicador negativo da qualidade da assistência de uma instituição de saúde, mesmo em atendimentos domiciliares.

Sendo assim, os profissionais de saúde devem embasar seus conhecimentos e habilidades a fim de obterem sucesso na prevenção e no tratamento de feridas, reduzindo-se assim os indicadores negativos e aumentando a qualidade da assistência prestada.

O trabalho em equipe neste espaço do cuidado é um dos fatores essenciais para a adequada intervenção terapêutica e boa evolução clínica do enfermo. No entanto, destaca-se dentro deste contexto o protagonismo do profissional enfermeiro no que tange ao tratamento e prevenção de UPs e na inserção eficaz do cuidador e da família no cuidado a partir da educação em saúde.

Evidencia-se, ainda, a necessidade de implantar uma escala sistematizada de identificação de pacientes em riscos de desenvolvimento de UPs e outro instrumento padronizado de avaliação e acompanhamento da evolução das feridas para aqueles pacientes que já se encontram com lesões por pressão.

Diante do exposto, é fundamental também que os profissionais de saúde envolvidos, em especial o enfermeiro, atue na prevenção e na educação em saúde, como

por exemplo, na escolha da cobertura adequada, a fim de promover a qualidade de vida dos pacientes propiciando a cicatrização da ferida e impedindo a abertura de novas úlceras e a reincidência das já anteriormente cicatrizadas, além de otimizar a redução na demanda de recursos materiais adquiridos pela família ou pela instituição e gerenciados pelo enfermeiro.

Enfatiza-se que foi encontrado reduzido número de produções científicas no que tange a temática sobre a ocorrência de úlceras por pressão especificamente na atenção domiciliar, o que entre outros motivos tornou justificável a realização do presente estudo que poderá apoiar os enfermeiros na prática profissional durante a tomada de decisões conforme o cuidado baseado em evidências, além de poder contribuir para o ensino e para o desenvolvimento de novas pesquisas nesta área por meio das reflexões e dos resultados encontrados neste estudo.

8. REFERÊNCIAS

ALVES N.; DEANA N.F. O açúcar refinado no tratamento da infecção por pseudomonas sp em úlcera por pressão. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p.194-197, abr/jun 2009. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v17n2/v17n2a09.pdf>> Acesso em outubro de 2014.

ARAÚJO, C.R.D. et. al. A enfermagem e a utilização da escala de Braden em úlcera por pressão. **Rev. enferm. UERJ**; v.18, n.3, p.359-364, 2010. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v18n3/v18n3a04.pdf>> Acesso em maio de 2014.

ARAÚJO, T.M. et. al. Diagnósticos de enfermagem para pacientes em risco de desenvolver úlcera por pressão. **Rev. Bras. Enferm.** v. 64, n.4, p. 671-676. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000400007> Acesso em maio de 2014.

BENDO, R.R. et. al. O perfil dos pacientes atendidos pelo Programa de Assistência e Internação Domiciliar - PAID no município de Cascavel –PR. Cascavel, 2005. In: **Anais do 2º Seminário Nacional Estado e Políticas Sociais no Brasil**.Cascavel, 2005.Disponível em: <<http://cac.php.unioeste.br/projetos/gpps/midia/seminario2/poster/saude/psau28.pdf>> Acesso em dezembro de 2013.

BLANES, L. et al . Avaliação clínica e epidemiológica das úlceras por pressão em pacientes internados no Hospital São Paulo. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 50, n. 2, abr. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302004000200036&lng=en&nrm=iso>. Acesso em outubro de 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em agosto de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. ANVISA. FIOCRUZ. **Protocolo para prevenção de úlcera por pressão**. Brasília: Ministério da Saúde. 2013a.Disponível em:

<<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/julho/PROTOCOLO%20ULCERA%20POR%20PRESS%C3%83O.pdf>> Acesso em janeiro de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização – Humaniza SUS**. Brasília: Ministério da Saúde. 2004. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSus.pdf>> Acesso em novembro de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013**. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde. 2013c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1377_09_07_2013.html> Acesso em novembro de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.533, de 16 de julho de 2012**. Altera e acresce dispositivos à Portaria nº 2.527/GM/MS, de 27 de outubro de 2011, que redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde. 2012a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1533_16_07_2012.html> Acesso em novembro de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.527 de 27 de outubro de 2011**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde. 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2527_27_10_2011_comp.html> Acesso em novembro de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília: Ministério da Saúde. 2013b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html> Acesso em novembro de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde. 2013d. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html> Acesso em novembro de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.529 de 19 de outubro de 2006**. Institui a Internação Domiciliar no âmbito do SUS. Brasília: Ministério da Saúde. 2006a. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-2529.htm>> Acesso em novembro de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília: Ministério da Saúde. 2012b. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad_vol1.pdf> Acesso em novembro de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde. 2006b. Disponível em: <<http://www.saude.mppr.mp.br/arquivos/File/volume1.pdf>> Acesso em novembro de 2013.

BRASIL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Programa de Internação Domiciliar**. Brasília. 2008.

BRASIL. Secretaria de Estado de Saúde do Governo do Distrito Federal. **Plano Diretor de Regionalização da Assistência do Distrito Federal**. Brasília. 2005.

BRASIL: Ministério da Saúde. **Manual Operacional Para Comitês de Ética em Pesquisa**. 4. ed. Brasília: Editora MS. 2006c. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/aquivos/materialeducativo/Manual_ceps_v2.pdf> Acesso em novembro de 2013.

BRINK, P.; SMITH, T. F; LINKEWICH B. Factors associated with pressure ulcers in palliative home care. **Journal of Palliative Medicine**. v. 9, n. 6, p-1369-75, 2006. Disponível em: <<http://online.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/jpm.2006.9.1369>> Acesso em outubro de 2014.

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

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000100005>
Acesso em julho de 2014.

COÊLHO, A.D.A. et al. O idoso e a úlcera por pressão em serviço de atendimento domiciliar. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**. v. 13, n. 3, p. 639-49. 2012. Disponível em:
<<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/731>> Acesso em julho de 2014.

COSTA, M.P.et al . Epidemiologia e tratamento das úlceras de pressão: experiência de 77 casos. **Acta ortop. bras.**, São Paulo, v.13, n.3, 2005. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-78522005000300005&lng=en&nrm=iso> Acesso em outubro de 2014.

EPUAP.European Pressure Ulcer Advisory Panel.**Diretrizes para a Prevenção de Úlceras de Pressão**. Conference, 2011. Disponível em: <<http://www.epuap.org>>
Acesso em outubro de 2013

FABRÍCIO, S.C.C. et al. Assistência domiciliar: a experiência de um hospital do interior paulista. **Rev. Latino-Am Enfermagem**, v. 12, n. 5, p.721-6, 2004. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692004000500004&script=sci_arttext> Acesso em julho de 2014.

FERNANDES, M.G.M. et. al. Risco para úlcera por pressão em idosos hospitalizados: aplicação da escala de Waterlow. **Rev. enferm. UERJ**. v. 20, n. 1, p. 56-60, jan./mar. 2012. Disponível em:
<<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/3977>> Acesso em julho de 2014.

FERNANDEZ, O.S.; CASAS, S, B. Caracterización de salud, dependencia, inmovilidad y riesgo de úlceras por presión de enfermos ingresados al programa de atención domiciliaria. **Cienc. enferm., Concepción**, v. 18, n. 3, 2012. Disponível em:
<http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532012000300007&lng=es&nrm=iso> Acesso em novembro de 2014.

GARGANO, F. et al. Internação domiciliária: uma experiência no sul do Brasil. **Revista AMRIGS**. v. 48, n. 2, p. 90-94. 2004. Disponível em: <<http://www.amrigs.com.br/revista/48-02/ao%2004.pdf>> Acesso em julho de 2014.

GOMES, I. et al. A atenção domiciliar à saúde e seu estado da arte: estudo bibliográfico. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niterói (RJ), v. 7, n.3, Out 2008. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2008.1781/411>> Acesso em outubro de 2014.

HANS M.; BITENCOURT J.V.O.V.; PINHEIRO, F. Fatores de risco adicionais à Escala de Braden: um risco para úlceras de pressão. **Enfermagem em Foco**, v. 2, n. 4, p. 222-225, 2011. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/188/124>> Acesso em outubro de 2014.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico**. 2010. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br>>. Acesso em setembro de 2013.

IRION, G.L. **Feridas: novas abordagens, manejo clínico e atlas em cores**. [revisão técnica Maria de Fátima Azevedo; tradução Roxane Gomes dos Santos Jacobson e Eduardo Ferreira de Figueiredo]. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, cap. 3 e 7, 2012.

LACERDA, M. et al. Padrões do conhecimento de enfermagem e sua interface ao atendimento domiciliar à saúde. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niterói (RJ), v. 5, n.2, ago 2006. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/293/59>>. Acesso em outubro de 2014.

LOURO, M. et al. Avaliação de protocolo de prevenção e tratamento de úlceras de pressão. **Rev. Bras. Ter. Intensiva**. v.19, n.3, p. 337-341. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v19n3/v19n3a12>> Acesso em julho de 2014.

LUCENA, A.F. et al. Perfil clínico e diagnósticos de enfermagem de pacientes em risco para úlcera por pressão. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 3, jun 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000300011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 16 de outubro de 2014.

LUZ, S.R. et. al. Úlceras de Pressão. **Geriatrics & Gerontologia**. v. 4, n. 1, p. 36-43. 2010. Disponível em: <<http://www.sbgg.org.br/profissionais/arquivo/revista/volume4-numero1/artigo06.pdf>> Acesso em julho de 2014.

MAROLDI, M.A.C. et al. Internação domiciliar: caracterização de usuários e cuidadores. **CuidArte Enferm**, v. 6, n. 1, p.24-29, jan.-jun. 2012. Disponível em: <<http://fundacaopadrealbino.org.br/facipa/ner/pdf/CuidArte%20Enfermagem%20v%206%20n%201%20jan.%20jun.%202012.pdf>> Acesso em setembro de 2014.

MARTELLI, D.R.B. et al. Internação domiciliar: o perfil dos pacientes assistidos pelo Programa HU em Casa. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em outubro de 2014.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. Brasília: **Organização Pan-Americana da Saúde**. 2011. Disponível em: <http://www.conass.org.br/pdf/Redes_de_Atencao.pdf> Acesso em julho de 2014.

MENDES, E.V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: **Organização Pan-Americana da Saúde**. 2012. Disponível em: <<http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/downloads/2012/04/RedesdeAtencaocondicoescronicas.pdf>> Acesso em julho de 2014.

MORO, A. et al. Avaliação dos pacientes portadores de lesão por pressão internados em hospital geral. **Rev. Assoc. Med. Bras.** v. 53, n. 4, p. 300-304. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302007000400013> Acesso em agosto de 2014.

QUEIROZ, A.C.C.M. et al. Úlceras por pressão em pacientes em cuidados paliativos domiciliares: prevalência e características. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 48, n. 2, abr 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000200264&lng=en&nrm=iso>. Acesso em outubro de 2014.

ROGENSKI, N. M. B; SANTOS, V.L.C.G. Estudo sobre a incidência de úlceras por pressão em um hospital universitário. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v.13, n.4, p. 474-480. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n4/v13n4a03.pdf>> Acesso em outubro de 2014.

SANTOS, C.T. et al . Indicador de qualidade assistencial úlcera por pressão: análise de prontuário e de notificação de incidente. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 34, n. 1, mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000100014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em outubro de 2014.

SILVA, K.L. et al. Internação Domiciliar no Sistema Único de Saúde. *Rev. Saúde Pública*. São Paulo, v. 39, n. 3, p.391-397, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24792.pdf>> Acesso em novembro de 2013.

SILVIA, D.P., et. al. Úlcera por pressão: avaliação de fatores de risco em pacientes internados em um hospital universitário. **Rev. Eletr. Enf.** v. 13, n. 1, p. 118-23, jan./mar. 2011. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n1/pdf/v13n1a13.pdf>> Acesso em setembro de 2014.

SOARES, D. A.S. et al . Análise da incidência de úlcera de pressão no Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência em Ananindeua, PA. **Rev. Bras. Cir. Plást.** São Paulo, v. 26, n. 4, Dec. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-51752011000400007&script=sci_arttext> Acesso em junho de 2014.

STUDART, R.M.B. et al. Tecnologia de enfermagem na prevenção da úlcera por pressão em pessoas com lesão medular. **Rev. bras. enferm.** v. 64, n. 3, p. 494-500. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n3/v64n3a13>> Acesso em setembro de 2013.

ANEXO A – Autorização Comitê de Ética em Pesquisa

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA/SES-DF

PARECER Nº 0446/2011

PROTOCOLO Nº DO PROJETO: 184/2011 – LIMITES E POSSIBILIDADES DO PROGRAMA DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR DESOCUPAR LEITOS HOSPITALARES OCUPADOS POR PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICO-DEGENERATIVAS.

Instituição Pesquisada: Secretaria de Saúde do Distrito Federal/SES-DF.

Área Temática Especial: Grupo III (não pertencente à área temática especial), Ciências da Saúde.

Validade do Parecer: 10/10/2013

Tendo como base a Resolução 196/96 CNS/MS, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras em pesquisa envolvendo seres humanos, assim como as suas resoluções complementares, o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, após apreciação ética, manifesta-se pela **APROVAÇÃO DO PROJETO**.

Esclarecemos que o pesquisador deverá observar as responsabilidades que lhe são atribuídas na Resolução 196/96 CNS/MS, inciso IX.1 e IX.2, em relação ao desenvolvimento do projeto. Ressaltamos a necessidade de encaminhar o relatório parcial e final, além de notificações de eventos adversos quando pertinentes no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (item II.13 da Resolução 196/96 CNS/MS).

Brasília, 19 de outubro de 2011.

Atenciosamente,

Maria Rita Carvalho Garbi Novaes
Comitê de Ética em Pesquisa/SES-DF
Coordenadora

AL/CEP/SES-DF

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - SES
Comitê de Ética em Pesquisa
Fone/Fax: 3325-4955 - e-mail: cepesdf@saude.df.gov.br
SMHN - Q. 501 - Bloco "A" - Brasília - DF - CEP: 70.710-907
BRASÍLIA - PATRIMÔNIO CULTURAL DA HUMANIDADE



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
 Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA/SES-DF

Carta Nº 0446/2011 - CEP/SES/DF.

Brasília, 19 de outubro de 2011.

Ilmoº (a) Senhor(a)

DIRETOR do(a): **HOSPITAL REGIONAL DE CEILÂNDIA (com vistas à Chefia do NRAD) – SES/DF**

Assunto: aprovação do projeto de pesquisa – 184/11 - CEP/SES/DF

Senhor(a) Diretor(a),

Participamos a V. Sa. que o projeto “**LIMITES E POSSIBILIDADES DO PROGRAMA DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR DESOCUPAR LEITOS HOSPITALARES OCUPADOS POR PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICO-DEGENERATIVAS**” encontra-se em conformidade com a Resolução 196/96 Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde - CNS/MS e suas complementares.

Data da aprovação: 10/10/2011

Validade do parecer: 10/10/2013

Pesquisador responsável e telefone: EMERSON FACHIN MARTINS – (61) 3376-6042

Os dados serão coletados na SES-DF o pesquisador deverá observar as responsabilidades que lhe são atribuídas na Resolução 196/96 CNS/MS, incisos IX.1 e IX.2, em relação ao desenvolvimento do projeto.

Ressaltamos que a conduta do pesquisador, assim como o seu acesso à Unidade de Saúde deve seguir as normas e os procedimentos preconizados pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. O pesquisador deve se apresentar ao Diretor da Unidade de Saúde para os procedimentos administrativos necessários.

Atenciosamente,

Maria Rita Carvalho Garbi Novaes
 Comitê de Ética em Pesquisa/SES-DF
 Coordenadora

AL-CEP/SES/DF

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - SES
 Comitê de Ética em Pesquisa
 Fone/Fax: 3325-4955 – e-mail: cepsesdf@saude.df.gov.br
 SMHN – Q. 501 – Bloco “A” – Brasília – DF – CEP.: 70.710-907
 BRASÍLIA - PATRIMÔNIO CULTURAL DA HUMANIDADE

APÊNDICE A – Termo de consentimento da chefia da equipe do NRAD-CEI

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Eu, Lucas Lobato de Souza, responsável pela pesquisa “Úlceras por pressão em pacientes da Atenção Domiciliar”, sob supervisão do Prof. Dr. Emerson Fachin Martins, solicito autorização da chefia do NRAD Ceilândia para utilização de dados referentes aos pacientes acometidos por úlceras de pressão coletados no período de estágio em projeto de extensão pela Universidade de Brasília.

Estes dados serão utilizados para elaboração de trabalho de conclusão de curso em enfermagem da Universidade de Brasília e pretende revelar o perfil dos pacientes com úlceras de pressão na atenção domiciliar assistidos pelo Núcleo Regional de Atenção Domiciliar de Ceilândia - DF. A realização desta pesquisa é relevante pelos seguintes motivos:

- Pacientes tanto da atenção hospitalar, como domiciliar, acometidos por morbidades que levam à imobilidade física ou à restrição no leito, associado a fatores como idade avançada, desnutrição, hidratação inadequada, umidade excessiva da pele, quadro de saúde deficiente, anemia, possíveis edemas, por exemplo, estão suscetíveis ao aparecimento de úlceras de pressão;
- O aparecimento de úlceras de pressão é um problema tanto para a qualidade de vida do paciente como do cuidador e da família que muitas vezes não estão preparados psicologicamente e tecnicamente para lidar com o curativo da ferida realizada em âmbito domiciliar;
- Além disso, a realização de curativos demanda insumos materiais provindos de recursos, nem sempre disponíveis, da instituição de saúde ou da própria família do paciente;
- A OMS considera a ocorrência de úlceras de pressão como um indicador negativo de saúde;
- Algumas pesquisas apontam a ocorrência de úlceras de pressão com índices superiores a 17% em grupos de pacientes da atenção domiciliar (BENDO et al., 2005; CHAYAMITI; CALIRI, 2010);
- Existem poucos estudos científicos que abordam a frequência de úlceras de pressão especificamente na atenção domiciliar.

O estudo é uma pesquisa retrospectiva descritiva transversal de abordagem quantitativa desenvolvida a partir de levantamento de dados em prontuários de pacientes acometidos por úlceras de pressão assistidos pelo Núcleo Regional de Atenção Domiciliar de Ceilândia (NRAD-CEI) no Distrito Federal, no período de 2009 a 2012. Este estudo é parte integrante do Projeto de Extensão de Ação Continuada “Melhor em Casa” e do Projeto de Pesquisa intitulado “Limites e possibilidades do programa de internação domiciliar: desocupar leitos hospitalares ocupados por portadores de doenças crônico-degenerativas” da Universidade de Brasília - Faculdade de Ceilândia e foi autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde do Governo do Distrito Federal mediante o parecer de número 0446/2011, respeitando os princípios da Resolução nº 196/96, no que se refere a pesquisas com seres humanos. A análise de dados se dará a partir do levantamento de dados consultados em prontuários dos pacientes, após realizada tabulação, e consistirá na correlação entre as variáveis descritas nos objetivos específicos buscando-se traçar um perfil dos pacientes em questão.

É possível que aconteçam os seguintes desconfortos ou riscos (desconfortos e riscos previsíveis). Entre os benefícios do presente estudo está o levantamento de

informações que posteriormente poderão subsidiar o desenvolvimento de estratégias nos cuidados multiprofissionais baseado em evidências, e especificamente de enfermagem, para pacientes acometidos por úlceras de pressão no ambiente domiciliar, além de servir como base para o desenvolvimento de novas pesquisas nesta área.

A autorização deste estudo é voluntária e você possuirá o direito de desautorizar a utilização dos dados qualquer momento da realização da pesquisa sem prejuízos ou retaliações. Durante todo o período da pesquisa você tem o direito de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento, bastando para isso entrar em contato, com algum dos pesquisadores ou com o Conselho de Ética em Pesquisa.

As informações desta pesquisa serão confidenciais, e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos pacientes, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo dos dados.

Autorização:

Eu, _____, responsável pela chefia do NRAD, após a leitura deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável para esclarecer todas as minhas dúvidas, acredito estar suficientemente informado, ficando claro para mim que minha autorização é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade e esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto expressei minha concordância de espontânea vontade em autorizar a utilização de dados dos prontuários de NRAD- Ceilândia neste estudo.

Assinatura: _____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido para a realização deste estudo.

Assinatura do responsável pela obtenção do TCLE:

APENDICE B: Formulário de Coleta de Dados

1. Nome: _____
2. Faixa etária: () <40 () 40-49 () 50-59 () 60-69 () 70-79 () 80-89 () 90-99
() >99
3. Sexo: () Masc. () Fem.
4. Modalidade de internação: () PID () POD
5. Diagnóstico principal: _____
6. Tempo de Internação (meses): () <2 () 2-4 () 4-6 () 6-8 () 8-10 () 10-12
() 12-14 () 14-16 () 16-18 () 18-20 () 20-22 () 22-24 () >24
7. Situação atual: () Internado () Alta () Óbito
8. Foi admitido com úlceras? () Sim () Não
9. Se sim, quantas úlceras? () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () mais de 6
10. Qual o grau das úlceras? () 1 () 2 () 3 () 4 () não identificado.
11. Qual a localização das úlceras? () Sacral () Calcâneo () Calcâneo bilateral
() Maleolar () Maleolar bilateral () Trocantérica () Trocantérica bilateral
() Escapular () Isquiática () Hálux () Orelha () Cotovelo () Costas/Dorsal
() Hemitórax () Outra localização.
12. Alguma úlcera apresentou infecção? () Não () Sim, quantas? _____
13. Alguma úlcera resolvida apresentou reabertura? () Não () Sim, quantas? _____
14. Quantidade de úlceras resolvidas: _____
15. Tempo de resolução(em meses): () <2 () 2-4 () 4-6 () 6-8 () 8-10 () 10-12
() 12-14 () 14-16 () 16-18 () 18-20 () 20-22 () 22-24 () >24
16. Quantidade de úlceras não resolvidas: _____
Motivo: () Óbito do paciente () Alta do paciente () Tratamento em andamento,
paciente segue internado.
17. Quantidade de visitas domiciliares do enfermeiro: _____

