

Úlcera por pressão em pacientes sob assistência domiciliária**Pressure ulcer in patients under home care**Úlcera por presión en pacientes bajo asistencia en el domicilio***Emília Maria Paulina Campos Chayamiti¹, Maria Helena Larcher Caliri²****RESUMO**

Objetivos: Investigar as características sociodemográficas e clínicas e o risco para desenvolvimento de úlcera por pressão (UPP) em pacientes sob assistência domiciliária em um Distrito de Saúde de Ribeirão Preto, assim como a prevalência e características das úlceras, uso e adequação das medidas utilizadas para prevenção. **Métodos:** Estudo descritivo, transversal, abordagem quantitativa. **Resultados:** Foram avaliados 47 pacientes, com idades entre 21 e 91 anos; a maior frequência foi de idosos (76,6%), brancos (85%) e dependentes de cuidadores (91,5%). Trinta e três pacientes (70,2%) apresentavam risco para úlcera por pressão, sendo que a prevalência foi 19,1%, tendo sido identificadas 17 úlceras (35,3% e 29,4% nos estágios I e IV, respectivamente). As regiões anatômicas com maior frequência foram trocânter do fêmur (29,4%) e calcâneo (23,5%). Medidas básicas para prevenção não foram utilizados em sua maioria pelos pacientes. **Conclusões:** Considerando que a maior parte das pessoas apresentava risco para úlceras, identificou-se a necessidade de intervenção educacional junto a esta população e aos serviços de saúde.

Descritores: Úlcera por pressão/prevenção e controle; Assistência domiciliar; Prevalência.

ABSTRACT

Objectives: To describe the sociodemographic and clinical characteristics of patients under home care in a health district of Ribeirão Preto and to determine their risks for pressure ulcers, the use of preventive measures, and prevalence and characteristics of pressure ulcers. **Methods:** This was a descriptive cross-sectional study with 47 patients. **Results:** The age of the participants ranged from 21 to 91 years. The majority of them was whites (85%), elderly (76.6%), dependent of caregivers (91.5%), and were at risk for pressure ulcers (70.2%). There was 19.1% of prevalence of pressure ulcers. There were 17 pressure ulcers, in which 35.3% were at stage I and 29.4% were at stage IV. The trochanter of the femur (29.4%) and calcaneous (23.5%) were the anatomic regions that pressure ulcers occurred more often. The majority of patients did not use measures for preventing pressure ulcers. **Conclusion:** Since the majority of patients were at risk for pressure ulcers, there is a need for educational interventions to patients and home care services.

Key Words: Pressure Ulcers; Prevention and Control; Home Care; Prevalence

RESUMEN

Objetivos: Investigar las características sociodemográficas y clínicas y el riesgo de desarrollar úlcera por presión (UPP) en pacientes bajo asistencia en el domicilio en un Distrito de Salud de Ribeirão Preto; también estudiar la incidencia y características de las úlceras, el uso y adecuación de las medidas utilizadas para la prevención. **Métodos:** estudio descriptivo, transversal, de abordaje cuantitativo. **Resultados:** fueron evaluados 47 pacientes, con edades entre 21 y 91 años; la mayor frecuencia fue de ancianos (76,6%), blancos (85%) y dependientes de cuidadores (91,5%). Treinta y tres pacientes (70,2%) presentaban riesgo para úlcera por presión, siendo que la incidencia fue 19,1%, habiendo sido identificadas 17 úlceras (35,3% y 29,4% en los estados I y IV, respectivamente). Las regiones anatómicas con mayor frecuencia fueron trocánter del fémur (29,4%) y calcáneo (23,5%). Las medidas básicas para prevención no fueron utilizadas en su mayoría por los pacientes. **Conclusiones:** considerando que la mayor parte de las personas presentaba riesgo para úlceras, se identificó la necesidad de intervención educacional junto a esta población y a los servicios de salud.

Palabras clave: Úlcera por presión/prevenición y control; Asistencia domiciliar; Incidencia.

*Estudo é parte de Dissertação de Mestrado em Enfermagem apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto (SP), Brasil.

¹ Pós-graduanda (Mestrado) em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto (SP), Brasil. Enfermeira da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto (SP), Brasil.

² Professor Associado do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto (SP) Brasil.

INTRODUÇÃO

Atualmente, em todo o mundo, as taxas de natalidade estão diminuindo, a expectativa de vida avançando e as populações envelhecendo. Tendências epidemiológicas e demográficas têm sinalizado para um aumento das condições crônicas, o que irá gerar elevado custo em termos de sofrimento, incapacidades e perdas econômicas, tornando-se um dos maiores desafios do setor saúde neste século⁽¹⁾. Assim, faz-se necessário re-desenhar o atual modelo de saúde, segundo bases inovadoras de gestão e práticas eficazes, norteadas pelos princípios do Sistema Único de Saúde de forma a atender às necessidades da população no que concerne à promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação, nas dimensões individual e coletiva.

Nesse contexto, a assistência domiciliária (AD) ressurge como estratégia capaz de responder a uma necessidade real da pessoa com condições crônicas, principalmente quando há dificuldades para sua locomoção até o serviço de saúde. Autores afirmam que a AD permite a redução do período de permanência hospitalar para tratamento e reabilitação, das reinternações e do risco de infecção, oferecendo maior possibilidade de conforto e proximidade de familiares, assim como redução dos custos da assistência⁽²⁻³⁾.

O crescimento universal da assistência domiciliária visa atender às necessidades da população no que se refere a cuidados por períodos prolongados de tempo; deve-se tanto ao aumento das doenças crônicas não transmissíveis que causam incapacidades quanto ao aumento da longevidade. Outros fatores, como o econômico, também influenciaram essa tendência e, com a mudança do contexto da assistência, do hospital para a comunidade, grande parte dos custos foi transferida para as famílias⁽⁴⁾.

Na Holanda, as agências públicas de assistência domiciliária oferecem assistência para mais de 2 milhões de pacientes, o que representa 12% da população. Isso possibilita que esses pacientes, idosos em sua maioria, permaneçam em seus domicílios mesmo quando doentes ou com deficiências, evitando as internações⁽⁵⁾.

No Brasil, sob o enfoque da atenção primária, a Estratégia Saúde da Família e a AD são consideradas eixos para a reorganização do modelo assistencial, tendo como princípios a família, território definido, clientela adscrita, trabalho interdisciplinar, co-responsabilização integral, resolutividade, intersetorialidade e estímulo à participação coletiva.

No Plano de Saúde do município de Ribeirão Preto, uma das diretrizes propostas para reorganização do sistema de atenção à saúde e o modo de produção do trabalho nas unidades de saúde é a ampliação da Estratégia da Saúde da Família (ESF) e do Serviço de Assistência Domiciliar (SAD)⁽⁶⁾. Uma das situações frequentemente encontradas no domicílio pelos profissionais de enfermagem que realizam o SAD é a presença de pessoas acamadas, com úlcera por pressão ou com risco para desenvolvê-la⁽⁷⁾.

Esta situação também é comum nos serviços de AD em outros países. Estudo realizado na Itália, envolvendo

pacientes de 12 agências de assistência domiciliária, identificou que a prevalência de UPP era de 18% e que, durante um seguimento de 12 meses, o grupo de pacientes com úlcera tinha maior probabilidade de morte ($p < 0,001$) do que o grupo que não tinha UPP⁽⁸⁾. Na Holanda, mais de 1% do orçamento total do sistema de saúde é gasto na prevenção e tratamento da UPP, sendo este o quarto problema de saúde que mais consome recursos no país⁽⁵⁾.

A qualidade da assistência, no que se refere à prevenção da UPP, foi avaliada em 144 instituições de "home healthcare", em quatro estados norte-americanos. Identificou-se que em 57,8% das instituições todos os pacientes eram avaliados, na admissão, quanto ao risco para a UPP. O método mais comumente utilizado foi o julgamento clínico de enfermagem. Apenas e somente 21% das instituições recorriam a instrumentos, como escalas de Braden ou Norton, para essa avaliação. Em 30% das instituições, as rotinas de prevenção eram realizadas, sendo que somente 18% utilizavam protocolos com as intervenções preventivas recomendadas pela literatura⁽⁹⁾.

Sabe-se que a prevenção da UPP, em qualquer contexto de assistência, requer uma abordagem sistemática, iniciada com a avaliação do paciente admitido em um serviço, considerando os riscos presentes e prosseguindo com a adoção de medidas apropriadas, envolvendo toda a equipe de saúde. Para isto, os enfermeiros, enquanto coordenadores da equipe de enfermagem, necessitam possuir conhecimentos e habilidades para assistir, de forma eficiente e segura, considerando serem responsáveis pelos resultados de suas ações^(5,10). Para os pacientes com UPP ou com risco para esse problema, melhores práticas do cuidado curativo e preventivo precisam ser implementadas em todos os contextos de atenção^(5,11).

Entretanto, mesmo a literatura internacional apresenta pequeno número de estudos que explorem a investigação da situação encontrada no contexto dos pacientes cuidados no domicílio, no que se refere à avaliação do risco e ao uso das recomendações ou diretrizes para a prevenção e tratamento da UPP⁽⁵⁾, expressando, assim, uma lacuna de conhecimentos nesse tema.

OBJETIVOS

Investigar as características sociodemográficas e clínicas e o risco para desenvolvimento de úlcera por pressão (UPP) em pacientes sob assistência domiciliária em um Distrito de Saúde de Ribeirão Preto, assim como a prevalência e características das úlceras, uso e adequação das medidas utilizadas para prevenção.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa, realizado com a população de pacientes em assistência domiciliária em um Distrito de Saúde de Ribeirão Preto. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP. Fizeram parte do estudo as pessoas residentes nas áreas de abrangência dos cinco Núcleos de Saúde da Família (NSF) do Distrito de Saúde, que se encontravam acamadas ou restritas a cadeiras, com idade superior ou igual a 18 anos e que consentiram em participar da pesquisa. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os dados foram coletados no período compreendido entre setembro e dezembro de 2007, por meio de visita domiciliar, quando foi realizada entrevista com o paciente e feita a inspeção da pele, utilizando um instrumento validado por meio de estudo piloto. Quando necessário, o cuidador também foi entrevistado. Para o cálculo da prevalência da UPP, foi considerado o número de pacientes sob assistência domiciliar que estavam acamados ou restritos a cadeiras (47) e o número de pacientes com UPP (9). A classificação da UPP seguiu a recomendação do painel norte-americano NPUAP⁽¹²⁾.

A avaliação do risco para UPP foi realizada pela Escala de Braden, a qual constitui-se em instrumento já validado e utilizado no país, permitindo a avaliação das condições do paciente e fundamentando a seleção das ações preventivas e curativas para as UPP^(11,13).

O risco do paciente em desenvolver UPP é classificado por níveis, considerando o escore total, definindo-os como: Sem Risco - pacientes adultos e idosos, com escore de 19 a 23; Baixo risco com escore de 15 a 18; Risco moderado com escore de 13 a 14; Risco alto ou elevado com escore de 10 a 12; Risco muito elevado com escore igual ou menor que 9⁽¹⁴⁾.

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

RESULTADOS

Dos 55 pacientes cadastrados nos NSF do Distrito de Saúde, seis recusaram-se a participar e dois mudaram de endereço, saindo da área de abrangência. Assim, 47 pacientes participaram do estudo, sendo 11 (23,4%) adultos e 36 (76,6%) idosos. A idade variou de 21 a 91 anos, com média de 68,5 anos (DP 18,58). A maior parte dos pacientes (40 ou 85,1%) eram de cor branca. Quanto ao sexo, 24 (51,1%) eram mulheres. Vinte (42,5%) eram casados, 20 (42,5%) residiam com nora, filhos e netos e 12 (25,5%), com esposo (a) e filhos. Quanto ao nível de escolaridade, houve predominância de pacientes com o nível fundamental incompleto (19-40,4%), correspondente a quatro anos de educação. Vinte e seis (55,4%) eram aposentados e 7 (14,9%) não tinham renda própria. No que se refere à renda familiar, 23 pacientes (48,9%) recebiam de 3 a 5 salários mínimos. Quarenta e três pacientes (91,5%) eram dependentes de cuidadores. Dentre esses, para 13 (27,7%), o cuidador principal era o esposo (a), desses, em 12 casos a esposa. Para outros 13 (27,7%) pacientes que eram cuidados pelos filhos, em 11 casos as filhas eram as cuidadoras principais. A Tabela 1 mostra as principais

Tabela 1. Variáveis sócio-demográficas dos 47 pacientes sob assistência domiciliar. Ribeirão Preto, 2007.

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	23	48,9
Feminino	24	51,1
Cor da pele		
Branca	40	85,1
Não-branca	7	14,9
Faixa etária		
< 60 anos	11	23,4
≥ 60 anos	36	76,6
Escolaridade		
Anal fábeto	14	29,8
Lê - escreve	3	6,4
Ensino fundamental (ciclo 1) incompleto	19	40,4
Ensino fundamental (ciclo 1) completo	6	12,8
Ensino fundamental (ciclo 2) completo	1	2,1
Ensino médio completo	1	2,1
Ensino superior completo	3	6,4
Renda familiar/ Salário mínimo		
< 1	1	2,1
1 - 2	12	25,5
3 - 5	23	48,9
> 6	9	19,1
Não souberam referir	2	4,4
Cuidador principal		
Esposo (a)	13	27,7
Filho (a)	13	27,7
Nora	3	6,4
Formal	5	10,6
Outro*	9	19,1
Não necessita de cuidador	4	8,5

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

características sócio-demográficas da amostra. Em termos de perfil clínico, 30 pacientes (63,8%) apresentavam doenças do sistema circulatório. Nessa categoria são incluídas a hipertensão arterial sistêmica, as cardiopatias, o infarto agudo do miocárdio, a trombose e tromboembolia pulmonar, a insuficiência venosa e o acidente vascular cerebral. No segundo grupo em frequência, encontraram-se doenças do sistema nervoso, relatadas por 23 (48,9%) pacientes. Nos idosos, destacaram-se os distúrbios degenerativos como Doença de Alzheimer e Doença de Parkinson; para os adultos, a esclerose lateral amiotrófica e, para os mais jovens, a lesão traumática da medula espinhal e distúrbios decorrentes da anóxia neonatal e paralisia cerebral. Para a maior parte dos pacientes (48,9%), o fator que causou a restrição da mobilidade foi a própria doença. Identificou-se que o tempo de restrição ao leito ou à cadeira variou de 15 dias a 480 meses, com moda de 72 meses ou 6 anos.

O índice de prevalência de pacientes com UPP foi 19,1%, considerando que, dos 47 pacientes, nove apresentavam úlceras por pressão. O menor escore encontrado pela escala de Braden foi 10 e, o máximo, 23, com média 17,07 (DP 3,26). A distribuição dos pacientes quanto aos escores da escala e a presença de UPP é apresentada na Tabela 2. Os resultados evidenciaram que, à medida que aumentam os escores obtidos na avaliação pela escala de Braden, menor número de pessoas

Tabela 2. Pacientes segundo categorização dos escores pela Escala de Braden e presença de UPP. Ribeirão Preto, set. a dez. de 2007.

Escore da Escala de Braden	Úlcera Por Pressão		Total	%
	Sim	Não		
10 – 12 (risco alto)	1	1	2	4,3
13 – 14 (risco moderado)	2	6	8	17,0
15 – 18 (em risco)	4	19	23	28,9
≥ 19 (sem risco)	2	12	14	29,8
Total de pacientes	9	38	47	100,0

Tabela 3. Pacientes segundo presença da UPP e uso das medidas preventivas. Ribeirão Preto, set. a dez. de 2007

Escore da Escala de Braden	Úlcera Por Pressão		Total	%
	Sim	Não		
Mudança de decúbito				
Sim	6	22	28	59,6
Não	3	16	19	40,4
Descompressão isquiática				
Sim	2	20	22	46,8
Não	5	16	21	44,7
Não se aplica	2	2	4	8,5
Uso do lençol móvel				
Sim	-	4	4	8,5
Não	9	34	43	91,5
Movimentação por duas pessoas				
Sim	5	8	13	27,6
Não	4	30	34	72,4
Uso de almofadas nos calcâneos				
Sim	6	20	26	55,3
Não	3	18	21	44,7
Uso de almofadas na cadeira				
Sim	4	21	25	53,2
Não	3	15	18	38,3
Não se aplica	2	2	4	8,5
Tipo de colchão usado				
Espuma comum 8 - 20 cm altura	3	27	30	63,9
Mola - 15 e 20 cm de altura	1	3	4	8,5
Piramidal (Caixa de ovo) 7- 8 cm altura	5	6	11	23,4
Ar	-	1	1	2,1
Água	-	1	1	2,1

tem UPP. Dos dois pacientes com risco elevado, um (50%) teve UPP. Dos oito com risco moderado, dois (25,0 %) a tiveram. Dentre os 23 pacientes com diferentes níveis de risco, quatro (40,4%) tiveram UPP, sendo três idosos e um adulto (25 anos) com paraplegia. Dos 14 pacientes com escores iguais ou acima de 19, considerados sem risco, tiveram UPP dois idosos, com mais de 70 anos e com várias comorbidades.

Os nove pacientes tinham, em média, 1,88 UPP, com um total de 17 lesões. A localização anatômica de maior frequência foi a região do trocânter do fêmur (29,4%), seguida da região dos calcâneos (23,5%). Quanto à classificação das UPP, os maiores percentuais encontrados foram nos estágios I (35,3%) e IV (29,4%). Quanto ao tempo da lesão, 58,8% das UPP haviam surgido há quatro meses.

Os resultados da avaliação dos pacientes quanto ao uso

de medidas de prevenção e equipamentos para redução de carga mecânica, que causa o excesso de pressão nos tecidos, são apresentados na Tabela 3.

Embora 70% da população estivesse em risco para UPP pela avaliação segundo a Escala de Braden, medidas básicas preconizadas para prevenção da UPP não foram utilizadas por grande número de pacientes. Para 19 (40,0%), não era realizada a mudança de decúbito; 21 (44,7%) não faziam a descompressão isquiática quando sentados. Vinte e seis (55,3%) usavam travesseiro ou almofada na região das panturrilhas para aliviar a pressão na região dos calcâneos e 25 (53,2%) usavam almofada no assento da cadeira. Outras medidas importantes para movimentação, como a mudança de decúbito por duas pessoas e o uso do lençol móvel, também foram pouco utilizadas pelos pacientes estudados. Treze (27,6%) utilizavam um colchão especial (junto com o colchão padrão) seja de espuma piramidal, popularmente conhecido como caixa de ovo, ou colchão de ar ou água. Dentre esses, cinco (38,4%) tinham UPP; entretanto, não foi investigado se o colchão havia sido utilizado como medida de prevenção, antes do surgimento da lesão, ou como parte do tratamento.

DISCUSSÃO

Considerando as perspectivas socio-demográficas da população estudada, em atendimento domiciliário, observou-se maior frequência de idosos (76,7%). Esse resultado justifica-se pela natureza da pesquisa, pois as situações de limitação da mobilidade, geralmente decorrentes de

condições e doenças crônicas, são mais frequentes nesta faixa etária. Também a predominância de pacientes do sexo feminino era esperada, considerando que, no Brasil, as mulheres têm maior sobrevida que os homens⁽¹⁵⁾.

Em relação à profissão, 61,7 % referiram ter uma profissão, sendo que, no momento da pesquisa, 46 (97,9%) não possuíam ocupação; 55,4% eram aposentados, e a maior parte, idosos; 25,5 % eram pensionistas (no caso das mulheres).

Quanto à renda familiar, destaca-se que 23 pacientes (48,9%) recebiam entre três a cinco salários mínimos e 12 (25,5%) possuíam renda entre um a dois salários mínimos. Somente um paciente (2,1%) possuía renda menor que um salário mínimo e recebia bolsa família. Um resultado importante foi a identificação da existência de uma rede familiar de suporte aos pacientes para o cuidado domiciliário.

No Brasil, observa-se que a longevidade possibilita maior

tempo de convivência familiar e intergeracional, não raro envolvendo quatro gerações, com superposição e transferência de papéis, com possíveis implicações diretas na vida das pessoas⁽¹⁶⁾. Nesse contexto, a família é fonte de apoio informal aos idosos, o que se verifica em situações de co-residência ou não, quando os membros de uma família se ajudam, na busca do alcance do bem-estar coletivo. A observação de que a maior parte dos cuidadores familiares, assim como dos formais, contratados para a assistência domiciliar, era do sexo feminino é semelhante ao constatado por estudos realizados em âmbitos nacional e internacional: a maior parte do cuidado domiciliar é realizada pelas mulheres. O papel da mulher cuidadora na família é normativo, sendo esperado que tal função seja por ela assumida⁽¹⁷⁾.

Quanto ao perfil clínico, as doenças de maior frequência percentual apresentam sinais comuns, tais como fadiga, fraqueza muscular, perda motora e sensitiva e ataxia, podendo gerar ampla faixa de incapacidades para os pacientes. As doenças crônicas não transmissíveis e as condições crônicas de saúde como paralisia cerebral, apresentada por dois pacientes e a paraplegia por um, também podem implicar outros déficits, como labilidade emocional, depressão, diminuição da tolerância às situações estressantes e falta de cooperação no tratamento, o que os colocam em situação de risco para complicações secundárias⁽¹⁸⁾.

A diminuição da mobilidade está associada à redução da capacidade funcional das pessoas para a realização das atividades da vida diária (AVDs) e para conduzir suas vidas de forma independente, o que gera grande impacto para o paciente, sua família e para o sistema de saúde, com consequências diretas na qualidade de vida das pessoas⁽¹⁹⁾. O longo tempo de imobilização leva à síndrome do desuso, com implicações para os diversos sistemas corporais, as quais precisam ser prevenidas pelos cuidadores e pelos próprios indivíduos, desde que tenham condições para tal⁽¹⁸⁾.

Um relacionamento linear entre o aumento da idade dos pacientes e o da ocorrência da UPP tem sido encontrado em vários estudos. Além da prevalência das condições crônicas que levam à diminuição da capacidade funcional nos idosos, a própria fisiologia do envelhecimento contribui para elevar o risco. O envelhecimento também afeta todos os estágios da cicatrização, independentemente das comorbidades que, por si mesmas, também interferem no processo de reparação tecidual⁽²⁰⁻²¹⁾.

Em um estudo com idosos em Instituições de Longa Permanência, observou-se que as regiões corporais mais frequentes para o desenvolvimento das UPP foram a maleolar e as tuberosidades isquiáticas; a maior porcentagem encontrada (66,6%) foi a UPP, em estágio I⁽²¹⁾. Nesse estudo, a maior parte das UPP havia surgido há quatro meses, sendo que cinco encontravam-se no estágio IV. Assim, à medida que transcorreu o tempo, desde o início da lesão, também aumentou a profundidade anatômica das UPP, evidenciando a persistência dos fatores de risco e, possivelmente, a ausência de implementação das medidas de proteção. Sabe-se que nem todas as UPP podem ser prevenidas, mas as medidas preventivas devem ser conhecidas e utilizadas por todos os

pacientes em risco e seus cuidadores. Também as características das lesões como localização anatômica, descrição dos estágios e dos aspectos que evidenciam sua melhora ou piora devem ser ensinados não só aos profissionais, mas também aos pacientes e cuidadores, pois todos são responsáveis pela prevenção, qualquer que seja o contexto do cuidado^(5,10,11).

Para determinar a adequação do plano de tratamento para as UPP, é necessário que as lesões sejam monitoradas a cada troca de curativo e reavaliadas, pelo menos semanalmente, incluindo sua mensuração⁽¹¹⁾. Preconiza-se que uma UPP, sem presença de infecção, com suprimento sanguíneo e tratamento adequado, deva apresentar sinais de cicatrização entre duas e quatro semanas. Para os pacientes em que a cicatrização não é uma meta possível, o tratamento deve prevenir a infecção e a futura deteriorização da lesão, propiciando conforto de forma a manter a qualidade de vida⁽⁵⁾. O estado nutricional também requer avaliação frequente, pois pacientes desnutridos ou com alimentação deficiente em nutrientes terão dificuldades para cicatrização, além de apresentarem maior risco para novas UPP. Recomenda-se, assim, a inclusão de nutricionista na equipe especializada, responsável pela prevenção e tratamento da UPP, em todos os contextos de cuidado^(5,11).

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

Esses resultados evidenciam as características do paciente e do processo de cuidar; entretanto, aspectos referentes à estrutura familiar e aquela oferecida pelos serviços para a assistência domiciliar precisam ser investigados mais atentamente, de forma a permitir melhor compreensão do problema. A articulação entre os níveis de atenção à saúde é fundamental para esta população, com vistas a possibilitar o atendimento integral e contínuo. Também a construção de redes de apoio entre a família, comunidade e serviços poderá facilitar a resolução dos problemas identificados.

CONCLUSÃO

Os resultados obtidos nesse estudo mostraram que os pacientes acamados e restritos a cadeiras são, em sua maioria, idosos, com predomínio da faixa etária acima de 70 anos, apresentando-se vulneráveis para o desenvolvimento de úlceras, comprometidos por morbidades múltiplas, condições crônicas instaladas, levando à diminuição da capacidade funcional, com necessidade de cuidados, dependendo, assim, de cuidadores.

Quanto à avaliação do risco e presença da UPP, os idosos apresentaram os menores escores e, portanto, maior risco para desenvolver a UPP. Foi expressiva a relação entre o aumento da idade e a ocorrência da UPP.

No que se refere à avaliação do uso das medidas básicas para prevenção da UPP, a grande maioria dos participantes não as utilizava, muito embora 70% das pessoas estudadas apresentassem risco para desenvolver a lesão, o que leva a considerar que os familiares e cuidadores não tinham o preparo adequado para a realização dessas medidas de prevenção. Diante dos resultados encontrados, identificou-se a necessidade de intervenção educativa junto a esta

população e aos serviços de saúde. Para tanto, existem protocolos e escalas a serem utilizados pelos enfermeiros para medidas de intervenção que contemplem a prevenção, o tratamento e a reabilitação do paciente. Assim, torna-se essencial a capacitação dos profissionais envolvidos na assistência domiciliar, dos familiares e cuidadores, assim como o paciente, quando for possível, de forma que esse problema seja evitado ou amenizado.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação - relatório mundial. Brasília: Organização Mundial da Saúde; 2002.
2. Paz AA, Santos BRL. Programas de cuidado de enfermagem domiciliar. *Rev Bras Enferm.* 2003;56(5):538-41.
3. Pereira MJB, Mishima SM, Fortuna CM, Matumoto S, Teixeira RA, Ferraz CA, et al. Assistência domiciliar - Instrumento para potencializar processo de trabalho na assistência e na formação. In: Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. v. 2. p. 71-80.
4. World Health Organization. Home-based long-term care: report of a WHO Study Group. Geneva; 2000. (WHO Technical Report Series 898).
5. Chaves LM, Grypdonck MH, Defloor T. Pressure ulcer prevention in homecare: do Dutch homecare agencies have an evidence-based pressure ulcer protocol? *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2006;33(3):273-80.
6. Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. Secretaria Municipal da Saúde. Plano de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, período 2005-2008. Ribeirão Preto: Secretaria Municipal da Saúde; 2005.
7. Chayamiti EMPC, Yano TK, Mabtum A, Carmo DHP, Garcia MLB, Villiod MCL, et al. Dificuldades para o uso de inovações: assistência às pessoas com feridas crônicas nas Unidades de Saúde de Ribeirão Preto. *Rev Estima.* 2007;5(3):22-8.
8. Landi F, Onder G, Russo A, Bernabei R. Pressure ulcer and mortality in frail elderly people living in community. *Arch Gerontol Geriatr.* 2007;44 Suppl 1:217-23.
9. Bergquist S. The quality of pressure ulcer prediction and prevention in home health care. *Appl Nurs Res.* 2005;18(3):148-54.
10. Caliri MHL. A utilização da pesquisa na prática clínica de enfermagem: limites e possibilidades [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2002.
11. Wound, Ostomy and Continence Nurses Society (WOCN). Guideline for prevention and management of pressure ulcers. Glenview, IL: Wound, Ostomy and Continence Nurses Society (WOCN); 2003. (WOCN Clinical Practice Guideline; n. 2).
12. Santos VLCCG, Caliri MH. Conceito e classificação de úlcera por pressão: atualização do NPUAP: tradução. *Rev Estima.* 2007;5(3):43-4.
13. Paranhos WY, Santos VLCCG. Avaliação de risco para úlceras de pressão por meio da Escala de Braden, na língua portuguesa. *Rev Escol Enferm USP.* 1999;33(N Esp):191-206.
14. Ayello EA. Predicting pressure ulcer risk [Internet]. New York: New York University College of Nursing; 2007. [cited 2008 June 19]. Available from: <http://www.hartfordign.org/publications/trythis>
15. Camarano AA. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. Rio de Janeiro: IPEA; 2002. (Texto para discussão, 858). [cited 2009 Mar 20]. Available from: <http://www.alzheimer.med.br/demo grafia.pdf>
16. Herédia VBM, Casara MB, Cortelletti IA. Impactos da longevidade na família multigeracional. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2007;10(1):7-28.
17. Gordilho A, Nascimento JS, Silvestre J, Ramos LR, Freire MPA, Espindola N, et al. Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso. Rio de Janeiro: UnATI; 2000.
18. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 10a. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. v. 2.
19. Lima FD, Lebrão ML, Duarte YAO. Contribuição dos arranjos domiciliares para o suprimento de demandas assistenciais dos idosos com comprometimento funcional em São Paulo. *Rev Panam Salud Publica.* 2005;17(5/6):370-8.
20. Stotts NA, Hopf HW. Facilitating positive outcomes in older adults with wounds. *Nurs Clin North Am.* 2005;40(2):267-79.
21. Souza DMST, Santos VLCCG. Incidência de úlceras por pressão e fatores de risco em idosos institucionalizados. *Rev Estima.* 2006;4(1):45.