



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2015

Carolina Caires Amorese

Papel da equipe multidisciplinar na orientação de
cuidadores de pacientes acamados sobre a profilaxia e
cuidados de Úlcera por Pressão

Florianópolis, Março de 2016

Carolina Caires Amorese

Papel da equipe multidisciplinar na orientação de cuidadores de
pacientes acamados sobre a profilaxia e cuidados de Úlcera por
Pressão

Monografia apresentada ao Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Monica Motta Lino
Coordenador do Curso: Prof. Dr. Antonio Fernando Boing

Florianópolis, Março de 2016

Carolina Caires Amorese

Papel da equipe multidisciplinar na orientação de cuidadores de
pacientes acamados sobre a profilaxia e cuidados de Úlcera por
Pressão

Essa monografia foi julgada adequada para
obtenção do título de “Especialista na aten-
ção básica”, e aprovada em sua forma final
pelo Departamento de Saúde Pública da Uni-
versidade Federal de Santa Catarina.

Prof. Dr. Antonio Fernando Boing
Coordenador do Curso

Monica Motta Lino
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2016

Resumo

Úlceras por pressão são uma patologia com potencial de comprometer sistemicamente pacientes acamados. Partindo-se do ponto que esses pacientes geralmente possuem ou já foram acometidos por comorbidade prévia, salienta-se a necessidade de zelar pelo qualidade de vida desses. A Unidade Básica de Saúde Panissa, em que atuo, apresenta número expressivo de acamados. Notou-se que a maioria dos cuidadores responsáveis por esses pacientes desconhece ou não aplica medidas básicas para evitar o surgimento de úlceras por pressão. Busca-se, no presente projeto de intervenção, com auxílio de toda equipe multiprofissional, promover atividade educativa aos cuidadores de pacientes acamados, instruindo sobre formas de se evitar o surgimento e progressão de úlceras por pressão. Primeiramente será levantado, por agentes comunitários de saúde e auxiliares de enfermagem, entre população pré selecionada (Acamados da equipe A), o número de pacientes que possuem ou não úlceras por pressão e, se presentes, em que grau se encontram. Será confeccionada tabela para controle dos dados e fixada nos prontuários dos pacientes. A primeira ação será o treinamento dos cuidadores dos indivíduos, de modo que toda equipe multidisciplinar será responsável, instruindo sobre os vários fatores que influenciam as úlceras por pressão. Visitas domiciliares serão realizadas frequentemente para a verificação de se as orientações estão sendo seguidas. Ao fim, resultados de incidência e progressão das lesões serão comparados, de modo que discussões a respeito das falhas e acertos pela equipe encerrarão o projeto. _Deseja-se a diminuição da incidência de UP em pacientes domiciliados após a capacitação dos seus cuidadores, de modo que esses sigam as orientações fornecidas pela equipe multiprofissional. Também se procura a melhoria no aspecto das lesões dos que já possuem úlceras por pressão, de forma que se evitem sua progressão e complicações iminentes. Conseqüentemente, espera-se melhoria na qualidade de vida dos indivíduos e diminuição de gastos da família e do Estado com esses.

Palavras-chave: Úlcera por Pressão, Assistência Domiciliar, Atenção Primária à Saúde

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	13
2.1	Objetivo Geral	13
2.2	Objetivos Específicos	13
3	REVISÃO DA LITERATURA	15
4	METODOLOGIA	19
5	RESULTADOS ESPERADOS	21
	REFERÊNCIAS	23

1 Introdução

O Conjunto Habitacional Avelino Antônio Vieira, também conhecido por Conjunto Panissa, foi nomeado em homenagem ao pioneiro do Norte do Paraná, Avelino Antônio Vieira. A construção do bairro iniciou-se em 1979 e foi finalizada em 1981, durante a primeira gestão do ex-prefeito de Londrina, Paraná, Antônio Casemiro Belinati, fazendo parte de uma série de medidas para proporcionar moradias populares a preços mais acessíveis. A comunidade iniciou sua composição por indivíduos que migravam de outros bairros, sejam eles de Londrina ou Cambé, buscando habitações a custos menores. O Centro de Saúde Municipal Avelino Vieira foi implantado em 1988, sendo que a nova e atual Unidade Básica de Saúde (UBS) foi inaugurada em 8 de fevereiro de 2006. A UBS Panissa/Maracanã é uma unidade de grande porte situada na região oeste de Londrina. A área de abrangência da unidade é constituída pelos bairros: Maracanã, Parque Universidade, Olímpico, Avelino Vieira, João Turquino, Colúmbia e Sabará III (sendo que os dois últimos são bairros da área de adoção). A população total da área de abrangência da UBS é de 15200 habitantes, dessa, 51% são mulheres (7752 pessoas) e 49%, homens, (7448 pessoas). Dentre os habitantes, 4484 tem idade entre zero e 20 anos, 9010 tem entre 20 e 59 anos e 1706, mais de 60 anos. As áreas consideradas de maior risco social, marcadas por conta de tráfico de drogas e violência, são: Bairro João Turquino (território da Equipe B) e o Jardim Maracanã (território da Equipe C).

A unidade de saúde é composta por 6 médicos (4 clínicos gerais, 1 adaptado, 1 pediatra), 4 enfermeiras, 14 auxiliares de enfermagem, 2 dentistas, 12 ACS, 2 administradores e 2 responsáveis por serviços gerais). Há também uma equipe de NASF (1 fisioterapeuta, 1 educador físico, 1 farmacêutico, 1 nutricionista e 1 psicólogo). O território de abrangência é coberto por 3 equipes de saúde da família. A equipe A, a qual componho, é formada por 2 médicos, 1 enfermeira, 1 auxiliar de enfermagem e 4 agentes comunitários de saúde. É responsável por, além da área de doação do Bairro Sabará III, áreas semicríticas Avelino Antônio Vieira e Jardim Olímpico. De acordo com dados do IBGE, a população do Jardim Olímpico tem predominância feminina, 51,6% e a média de moradores por domicílio é de 3,53 excede a taxa londrinense (3,06), além disso possui uma das menores taxas de alfabetização de maiores de 10 anos na cidade, sendo 93,8% homens e 89,8% mulheres, sendo a total 91,8% (em comparação com a de Londrina total 95,8%). A renda mensal da 27% da população do bairro é de 1 a 2 salários mínimos e 3,7% dos moradores tem rendimento mensal de até meio salário mínimo. Observa-se, também, a segunda menor taxa de todo município do salário mensal de mulheres, uma média de 90 reais ao mês, assim como a menor taxa de salário calculada dos homens na cidade de Londrina, 510 reais mensais.

Quanto aos serviços públicos, encontramos 4 escolas públicas, sendo elas 3 municipais

e 1 estadual (não há ensino de 2o. grau em nenhuma delas) e 4 creches. Há 4 igrejas católicas, 6 evangélicas e 1 centro espírita. O Centro Comunitário é localizado próximo à UBS, de modo que é facilitado o acesso por aqueles que frequentam a unidade. Lá são ofertados cursos, terapias comunitárias e seu salão é utilizado para encontros de grupos educativos promovidos pela UBS. O CRAS (Centro de Referência da Assistência Social) situa-se, como o Centro Comunitário, no Jardim Olímpico e tem o papel fundamental de acolhimento dos usuários e integração com a comunidade. O Espaço Ciranda é um ponto de encontro para o lazer e oferece aulas danças e arte marcial. Encontra-se no território também, 2 quadras poliesportivas e 3 academias ao ar livre. Não há unidades de atendimento médico de 24 horas ou hospitais de maior complexidade na área de abrangência, no entanto a proximidade da UPA Jardim Sabará e da UBS 24 horas (Cambé) facilita o atendimento médico dos pacientes nos horários em que a UBS não funciona.

Os movimentos sociais são vinculados às entidades religiosas e as associações comunitárias estão enfraquecidas devido ao obstáculo geográfico (aclives e declives) e à dificuldade financeira. O Bolsa Família é o programa assistencial de renda que atinge o maior número de indivíduos no território, 588 famílias e ele vincula-se estreitamente aos membros da UBS. A equipe de saúde é responsável pela fiscalização dos beneficiários, de modo que semestralmente são avaliadas crianças (peso, estatura, alimentação) e mulheres em idade fértil (peso, estatura, se gestação - realização de pré natal e data de última menstruação). O programa tem auxiliado financeiramente as famílias e auxiliando na melhora de expectativa de vida, por promover, também, o acesso à saúde. Observa-se más condições de moradia em grande parte do território de abrangência da UBS, saneamento básico precário e higiene inapropriada. O Bairro Avelino Vieira é delimitado por área de fundo de vale banhada pelo Ribeirão da Ilha. A localização encontra-se poluída, com acúmulo de lixo, além de ser povoada por inúmeros animais que podem ser nocivos à saúde.

Em relação a patologias de importância na realidade de toda a área de abrangência da UBS, o consolidado de famílias cadastradas no SIAB (Sistema de Informação de Atenção Básica) de 2014 mostra que 11,9% da população é portadora de hipertensão arterial sistêmica diagnosticada e 2,7%, de diabetes mellitus. Foram registrados apenas 2 casos de tuberculose e 7 casos de hanseníase durante todo o ano de 2014. De acordo com os dados, as cinco principais causas de procura à UBS são: seguimento de Hipertensão arterial sistêmica (31,6%), Saúde sexual e reprodutiva (17,6%), Pré-Natal (12,5%), acompanhamento de Diabetes (11,78%) e 9,3% para rastreio de Câncer de Colo de Útero, em coletas de colpocitologia oncótica. As principais causas de internamento da área de abrangência da unidade de saúde são, em ordem decrescente, doenças infecciosas, acidente vascular encefálico, traumas, neoplasias e cardiopatias. Dados da secretaria da saúde de Londrina do ano de 2014 apontam que as principais causas de óbito na região abrangida pela UBS Panissa são doenças do aparelho circulatório, neoplasias, causas externas de mortalidade, doenças do sistema respiratório e doenças do aparelho digestório. Não foram registrados

óbitos maternos relacionados a gravidez, parto e puerpério. O número absoluto de óbitos em menores de 1 ano de idade em 2014 na área de abrangência da UBS Panissa foram 2, entre eles malformação congênita e prematuridade. Dados do mês de maio de 2015 evidenciam que a taxa de crianças com até 1 ano de vida com esquema vacinal completo é de 93%. Quanto à saúde materna, dados do mês de dezembro de 2014 mostram o número total de 102 gestantes, sendo dessas, 9 de alto risco e 13, risco intermediário. A taxa de gestantes que tiveram, em seus pré-natais, 7 ou mais consultas é de 91%.

É notório o número de pacientes pertencentes ao território da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde considerados restritos ao próprio leito. Dados do SIAB evidenciam que as 3 equipes são responsáveis por 167 acamados da região, de modo que somente a equipe A é responsável por 75 desses pacientes. Além de a maioria desses indivíduos já possuírem patologia de base ou prévia, esses são expostos a riscos diários de complicações do prognóstico. Uma patologia importante e bastante presente entre esses pacientes são as úlceras de pressão. A patologia decorre de múltiplos fatores e seu surgimento relaciona-se diretamente ao cuidado inadequado no próprio domicílio. Ela pode ser causa fundamental de piora importante na qualidade de vida do indivíduo. Em virtude disso, a profilaxia da comorbidade deve ser priorizada, de modo que toda a equipe de saúde carece ser envolvida no intuito de esclarecer os cuidadores dos acamados as formas de se evitar essa temível patologia.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Promover atividade educativa aos cuidadores e familiares da área de abrangência do Centro de Saúde Avelino Vieira sobre o tema: prevenção e cuidados a pessoas acamadas com ou sem úlceras por pressão.

2.2 Objetivos Específicos

- Envolver equipe de ESF e NASF no cuidado integral do acamado, focando a profilaxia de UP;
- Realizar visitas domiciliares periódicas no intuito de verificar se as instruções fornecidas aos cuidadores estão sendo cumpridas no zelo aos pacientes; reorientar se necessário;
- Mensurar o número de acamados da área de abrangência que desenvolveram UP mesmo após orientações multiprofissionais sobre a profilaxia (avaliação).

3 Revisão da Literatura

De acordo com Haesler (2014), no Úlceras por Pressão (UP) são lesões em pele ou tecido subjacente, muitas das vezes sobre uma proeminência óssea, em resultado da pressão ou de uma combinação entre esta e forças de torção. Geralmente acomete pacientes acamados ou com restrição de movimentos, podendo causar dor, piora da qualidade de vida, além de contribuir para aumento da morbidade desses indivíduos, culminando com internações e custos elevados para o tratamento. Uma vez que as conseqüências atingem integralmente o paciente, cabe à equipe de saúde multiprofissional o desenvolvimento de estratégias que auxiliem a prevenção das UP, além de seguimento e correta terapêutica dos casos.

O Sistema Internacional de Classificação das Úlceras por Pressão (NPUAP/EPUAP) classifica as UP por estágios, de acordo com a evolução. O grau I, ou eritema não branqueável, caracteriza a pele intacta, com rubor que não embranquece, normalmente sobre uma proeminência óssea. A área pode estar dolorosa, dura, mole, mais quente ou mais fria em relação ao tecido adjacente. Ela pode ser difícil de identificar em indivíduos com tons de pele escuros. Já no grau II, ocorre perda parcial da espessura da pele, em que a lesão se mostra como uma ferida superficial de leito vermelho-rosa (úlceras brilhantes) sem tecido necrótico ou equimose. Na categoria III há perda total da espessura dos tecidos. O tecido adiposo subcutâneo pode ser visível, mas os ossos, tendões ou músculos ainda não. Pode estar presente algum tecido desvitalizado, além de cavitações e fistulizações. A profundidade varia de acordo com a localização anatômica. Podem ser superficiais, como na asa do nariz, as orelhas, a região occipital e os maléolos, que não têm tecido subcutâneo. Zonas com tecido adiposo abundante podem desenvolver-se úlceras por pressão extremamente profundas, no entanto ossos e tendões não são visíveis. Úlceras por pressão grau IV comprometem totalmente a espessura dos tecidos, com exposição óssea, dos tendões ou dos músculos(??).

Em algumas partes do leito da ferida pode surgir tecido desvitalizado (úmido) ou necrose (seca). Frequentemente são cavitadas e fistulizadas. A profundidade de uma úlcera por pressão também varia de acordo com a localização anatômica. A asa do nariz, as orelhas, a região occipital e os maléolos não têm tecido subcutâneo, podendo ser superficiais. Esse tipo de úlcera pode atingir o músculo ou as estruturas de suporte (fáscia, tendão ou cápsula articular), tornando possível a osteomielite. Tanto o osso como o tendão expostos são visíveis ou diretamente palpáveis. O risco de complicação nos portadores de úlcera por pressão como osteomielite, piartrose e sepse, é muito alto nesse grau. Lesões de profundidade indeterminada não são graduáveis, até que o tecido comprometido seja removido e a base da ferida, exposta (ALLIANCE., 2016).

Os principais fatores de risco para o desenvolvimento de úlcera por pressão são confi-

namento ao leito por longo período ou imobilização, alteração motora ou sensorial, atrofia muscular, entre outros. De acordo com [Delisa e Gans \(2002\)](#) os fatores etiológicos das úlceras por pressão podem ser considerados primários (pressão, atrito por cisalhamento e fricção) e secundários (intrínsecos – inerentes ao indivíduo e à sua composição física - e extrínsecos – relacionados ao mecanismo da lesão).

Quanto à fisiopatologia, os fatores citados interagem, de modo que quando a pressão sobre as proeminências ósseas excede o limite normal da pressão capilar (32mmHg), pode-se desenvolver uma isquemia no local, surgindo, inicialmente, o eritema (rubor local, conforme o corpo busca suprir o tecido carente de oxigênio). De forma semelhante, quando o paciente é reposicionado repetidas vezes, pode haver a torção dos vasos sanguíneos e a interrupção da micro-circulação da pele do tecido subcutâneo, constituindo a força de cisalhamento, que surge pela interação entre as forças gravitacionais e de atrito, e atua diretamente para formação da lesão inicial. Já quando a pele se move sobre uma superfície de apoio, como quando o paciente é arrastado na cama, em vez de ser levantado. Isso denomina-se a fricção, lesando superfície cutânea, causando descamação de células epiteliais. Outro fator de suma relevância para surgimento das UP é a imobilidade do paciente, de modo que esse perde a capacidade de aliviar a pressão corporal. A umidade cutânea local também tem seu papel no desenvolvimento de lesões, de forma que causa ambiente propício para crescimento de microorganismos, assim como a hipertermia que aumenta o risco de gravidade e formação de necrose das lesões.

Evidencia-se que a desnutrição e dieta inadequada contribuem diretamente para a origem de UP, colaborando para diminuir a tolerância do tecido à pressão ([ENTERAL; NUTROLOGIA; MÉDICA, 2011](#)). É recomendado fornecer dieta com balanço positivo de nitrogênio para indivíduos em risco de desenvolver úlceras por pressão, de modo que deve-se fornecer diariamente entre 1,25 e 1,5 gramas de proteínas por quilo de peso corporal a esses. Outro aspecto que fornece maior risco para o surgimento de UP é a idade avançada, que acarreta comprometimento na distribuição da pressão corpórea, como mudanças na síntese de colágeno, diminuição da força mecânica e aumento na rigidez. O envelhecimento também causa maior probabilidade de patologias, internamentos e consequente acamagões. O rebaixamento do nível de consciência do paciente provoca a perda da habilidade de se detectar sensações que sugiram necessidade de mudança de posição para alívio da pressão. Já o tabagismo aumenta progressivamente o risco de se desenvolvimento de UP, pois a nicotina atua reduzindo a hemoglobina funcional e a vasoconstrição, privando os tecidos de oxigenação e aporte de nutrientes.

Apesar da maioria das úlceras por pressão ser evitável, estima-se que aproximadamente 600 mil pacientes em hospitais dos EUA evoluam a óbito a cada ano em decorrência de complicações secundárias à UP. O custo total estimado do tratamento de UP nos EUA é de 11 bilhões de dólares por ano. Dados epidemiológicos brasileiros são escassos, principalmente em pacientes domiciliados, o que prejudica o estudo da patologia e dificulta

desenvolvimento de estratégias para combatê-la. Um estudo da FMUSP, [COSTA et al. \(2005\)](#), mostra que ao analisar idade de pacientes que possuem UP, encontra-se número de pacientes mais jovens acometidos do que em outros países. Atribui-se a isso o fato de a violência urbana no Brasil, envolvendo pacientes jovens, ser mais prevalente do que nos países comparados (Japão e EUA). Isso também justifica o fato de o maior número de pacientes ser do sexo masculino.

Todos os indivíduos vulneráveis ao desenvolvimento de UP (ou seja, os que se encontrem em ambiente hospitalar, em cuidados continuados, em lares, independentemente de seu diagnóstico ou das necessidades de cuidados) devem ter intervenções de acordo com as recomendações de profilaxia das lesões ([FIOCRUZ, 2013](#)). Há etapas na estratégia da prevenção de UP. A primeira é a avaliação do paciente e a pronta identificação de fatores de risco para desenvolvimento de UP (mobilidade, incontinência, déficit sensitivo, desnutrição), podendo ser utilizadas escalas. A escala de Braden é utilizada como classificação de risco para o desenvolvimento de UP. O grau de escores tem valores entre 4 e 23. Os maiores escores representam aqueles indivíduos com menores chances de se desenvolver as lesões, enquanto as menores pontuações, os que mais tem possibilidade. Os fatores de risco avaliados incluem-se percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade e nutrição ([MATOS, 2016](#)).

A reavaliação periódica das condições do paciente é de fundamental importância para o correto seguimento desses indivíduos. Nesse contexto destaca-se a avaliação e prescrição de cuidados com a pele como atribuição do enfermeiro. Deve ser priorizado o manejo da umidade cutânea, de modo que o paciente deve ser privado de contato prolongado com transpiração, urina, fezes ou exsudato de feridas, mantendo-se a pele limpa e seca. O uso de hidratantes uma vez ao dia, principalmente após o banho, pode ser adotado para hidratação cutânea, tomando-se cuidado para não se massagear a pele inflamada ou de proeminências ósseas. Produtos de barreira como absorventes ou fraldas tem papel relevante na proteção da pele contra umidade excessiva.

As medidas nutricionais específicas para se evitar o desenvolvimento de UP incluem avaliar a necessidade calórica, vitamínica, minerais e demais nutrientes. É consenso que sinais clínicos como edema, perda de peso, disfagia, inapetência e desidratação estão ligados diretamente à predisposição de alterações no estados nutricional como a desnutrição. É recomendado que nutricionistas sejam consultados nos casos de pacientes com desnutrição a fim de avaliar e propor intervenções mais apropriadas. Caso a ingesta alimentar não seja o suficiente para manter estado nutricional adequado, pode-se considerar utilização de suplementos nutricionais, com alto teor protéico, além da dieta habitual, buscando balanço nitrogenado positivo. Na vigência de de baixa aceitação alimentar é indicado discutir com a equipe a possibilidade de sondagem.

Todos esforços devem ser realizados para redistribuir a pressão sobre a pele, reposicionando o paciente, com mudança de decúbito. A literatura não sugere a frequência com

que se deve reposicionar o paciente, mas duas horas em uma única posição é o máximo de tempo recomendado para pacientes com capacidade circulatória normal. Travesseiros e coxins podem ser utilizados para auxiliar a redistribuição de pressão. O reposicionamento deve ser feito usando 30° na posição de semi-Fowler e uma inclinação de 30° para posições laterais (alternadamente lado direito, dorsal e lado esquerdo), se o paciente tolerar estas posições e a sua condição clínica permitir. Evitar posturas que aumentem a pressão, tais como o Fowler acima dos 30°, a posição de deitado de lado a 90°, ou a posição de semi-deitado (FIOCRUZ, 2013). Se o paciente estiver sentado na cama, evitar elevar a cabeceira em ângulo superior a 30°, evitando a centralização e o aumento da pressão no sacro e no cóccix. Deve-se restringir, também, o tempo que o paciente passa sentado, sem alívio da pressão. . No entanto, deve-se atentar para demasiada fricção durante a movimentação do paciente. Elevar a cabeceira da cama até no máximo 30° e evitar pressão direta nos trocanteres quando em posição lateral, limitando o tempo de cabeceira elevada, pois o corpo do paciente tende a escorregar, ocasionando fricção e cisalhamento. Os calcâneos devem ser mantidos afastados da superfície da cama, Uma alternativa é utilizar um travesseiro abaixo dos membros inferiores, para elevar os calcâneos e mantê-los flutuantes.

Em relação ao tratamento de úlceras por pressão, primeiramente deve-se buscar e tratar a causa base. Infecções devem ser combatidas, sejam elas sistêmicas ou próximas ao sítio de lesão. Autores defendem que UP graus I e II merecem tratamento conservador, com cuidados de higiene e alívio de pressão local, além de deverem ser otimizados os cuidados com os fatores citados anteriormente. Graus III e IV são considerados cirúrgicos, dependendo das condições gerais dos pacientes. O fato de haver tecido necrótico exige desbridamento e limpeza do tecido desvitalizado. Segundo Filho e Júnior (2012), pacientes que não possuem condições clínicas para serem submetidos a cirurgia, podem ser abordados de forma clínica, com uso de curativos com substâncias proteolíticas e absorptivas. Algumas substâncias como papaína, colagenases e alginato são opções válidas. Já o desbridamento cirúrgico, pode ser realizado com dissecções de lâminas, tesoura e bisturi, com o auxílio de saca-bocado, com atenção especial à hemostasia e à possibilidade de necrose mais profunda do que aparenta ser.

Devido às potenciais complicações que úlceras de pressão podem causar, piorando progressivamente o prognóstico de pacientes acamados que por sua vez, em sua maioria, possuem patologia de base, essas devem ser combatidas de forma efetiva por todos os profissionais envolvidos no cuidado do acamado. Chayamiti e Caliri (2013) apontam em seu estudo a necessidade de intervenção educacional para cuidadores de pacientes acamados, com auxílio multiprofissional, uma vez que, em seu estudo, em torno de 70% da população estudada não seguia estratégias para prevenção de UP, caracterizando uma falta de preparo ao cuidado de pacientes acamados ou domiciliados. Em vista do apontado, justifica-se o presente projeto de intervenção.

4 Metodologia

A presente proposta de intervenção se delinea com o treinamento de cuidadores de população pré selecionada com o objetivo de diminuir a incidência e evitar o progresso das lesões chamadas úlceras por pressão. O principal critério de inclusão será o fato de pertencer à área de abrangência pela qual a Equipe A é responsável. Além disso, os pacientes devem pertencer ao grupo específico de acamados, independente de faixa etária ou sexo. De acordo com os dados do SIAB, essa população se compõe de 75 indivíduos. Após isso, será verificado, por meio de visitas domiciliares de auxiliares de enfermagem e ACS, além de registro em prontuários, o fato de o paciente atualmente possuir ou não úlceras por pressão, numa espécie de triagem direcionada à patologia. Serão divididos, então, em dois grupos (o dos pacientes que possuem e o dos que não possuem úlcera por pressão) e será preparada uma tabela simples a ser fixada na capa do prontuário identificando se o paciente possui UP, quando ela foi inicialmente notada e em que estágio ela se configura.

Será, então, confeccionado um material educativo impresso aos cuidadores dos pacientes sobre prevenção e cuidados de úlceras de pressão, com participação multiprofissional (componentes da equipe de saúde e NASF). Uma vez que a maioria dos cuidadores muitas vezes não tem disponibilidade para se ausentarem de sua residência durante o dia, a capacitação será nos domicílios, contando com auxílio interdisciplinar para se explicar de forma integral os principais pontos na profilaxia e esclarecer dúvidas sobre o zelo das escaras de pacientes acamados. Estima-se que essa etapa não deva ser inferior a 6 meses, para se garantir uma avaliação adequada pela equipe do instrumento de treinamento dos cuidadores e para que se atinja o contingente de pacientes proposto. É ideal que as visitas domiciliares sejam realizadas de forma periódica, sendo registradas na tabela já citada, para haver correta fiscalização das orientações fornecidas.

Após esse período, será realizada nova triagem nos domicílios verificando se os indivíduos acamados desenvolveram UP e se, aqueles que já possuíam, obtiveram piora na classificação das lesões. Será, também, discutido com familiares e cuidadores os pontos positivos e que foram acatados durante todo o projeto de intervenção e as possíveis falhas do treinamento. Por fim, será realizada uma reunião com todos os integrantes da equipe e do NASF envolvidos para se debater sobre toda a proposta, de forma a se apontar quais aspectos deveriam ser abordados de forma mais enfatizada por não terem sido acatadas, assim como definir os acamados que necessitam de maior atenção e acompanhamento domiciliar mais frequente e individualizado.

5 Resultados Esperados

O presente projeto salienta o impacto do surgimento de Úlceras por Pressão na qualidade de vida de indivíduos acamados. É evidente e que a patologia apresenta etiologia multifatorial e que os fatores de risco que contribuem para o seu surgimento estão ligados diretamente aos cuidados domiciliares desses pacientes. Enfatiza-se que há extrema necessidade de adoção de estratégias para a profilaxia de UP, de modo que os responsáveis pelos pacientes devem ser orientados pela equipe multiprofissional, abrangendo múltiplas áreas do conhecimento para o atendimento integral.

Espera-se que o número total de indivíduos domiciliados sejam abrangidos pelo projeto, de modo que seja estimada a quantia de pacientes que possuem e que não possuem UP. O principal resultado desejado é reduzir a incidência de UP em pacientes acamados. Para isso, almeja-se que cuidadores passem por treinamento adequado, orientado pela equipe de saúde, com material especialmente confeccionado em atividade conjunta das disciplinas que compõem a equipe, de forma que sejam persuadidos da importância de aplicar o conhecimento diariamente no zelo dos enfermos. Deve ocorrer acompanhamento periódico desses indivíduos pela ESF, de modo que visitas periódicas sejam empreendidas, com correto registro em prontuário, em uma tabela devidamente fixada na capa dos prontuários.

Outro ponto que também se almeja com a capacitação é a melhora no aspecto dessas lesões crônicas. Sabe-se que pacientes acamados, em sua maioria, já possuem patologia de base ou sequela de comorbidade prévia. Uma lesão como úlceras por pressão contribui diretamente com a morbidade desses indivíduos, culminando com complicações como infecções ou internações prolongadas. Além de evitar as temíveis situações citadas, pretende-se, com o projeto, diminuir custos para a família e Estado com o paciente, assim como melhorar progressivamente a qualidade de vida dos indivíduos acamados da área.

Referências

- CHAYAMITI, E. M. P. C.; CALIRI, M. H. L. Pressure ulcer in patients under home care. *Acta Paulista Enfermagem*, p. 29–34, 2013. Citado na página 18.
- COSTA, M. P. et al. Epidemiological profile and treatment of pressure sores: Experience with 77 cases. *Acta Ortopédica Brasileira*, p. 124–132, 2005. Citado na página 16.
- DELISA, J. A.; GANS, B. M. *Tratado de Medicina de Reabilitação: princípios e práticas*. Barueri: Manole, 2002. Citado na página 16.
- ENTERAL, S. B. de Nutrição Parenteral e; NUTROLOGIA, A. B. de; MÉDICA, S. B. de C. Terapia nutricional para portadores de Úlceras por pressão. *Projeto Diretrizes*, p. 1–10, 2011. Citado na página 16.
- FILHO, A. C.; JÚNIOR, P. T. Tratamento de feridas. In: UTIYAMA, E. M.; RASSLAN, S.; BIROLINI, D. (Ed.). *Procedimentos Básicos em Cirurgia*. São Paulo: Manole, 2012. p. 781–791. Citado na página 18.
- FIOCRUZ, M. da S. A. *Anexo 02: PROTOCOLO PARA PREVENÇÃO DE ÚLCERA POR PRESSÃO*. 2013. Disponível em: <http://www.hospitalsantalucinda.com.br/downloads/prot_prevencao_ulcera_por_pressao.pdf>. Acesso em: 05 Jan. 2016. Citado 2 vezes nas páginas 17 e 18.
- HAESLER, E. *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide*. Cambridge: National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance., 2014. Citado na página 15.
- MATOS Águeda Glória de. *PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE ÚLCERA POR PRESSÃO*. 2016. Disponível em: <http://www.hemorio.rj.gov.br/Html/pdf/Protocolo_ulcera.pdf>. Acesso em: 04 Jan. 2016. Citado na página 17.