

Úlcera por pressão após a alta hospitalar e o cuidado em domicílio

Pressure ulcer after hospital discharge and home care

Úlcera por presión después del alta hospitalaria y su cuidado en domicilio

Jaísa Valéria Moro¹
 Maria Helena Larcher Caliri¹

1. Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto. São Paulo. Brasil.

RESUMO

Objetivos: Identificar o perfil sociodemográfico e de saúde de pacientes que necessitavam de cuidados domiciliares após a alta, o nível de risco para úlcera por pressão por meio da Escala de Braden, e a prevalência de úlcera e o contexto do cuidado domiciliar. **Métodos:** Estudo transversal, com abordagem quantitativa, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. A coleta de dados foi realizada nos domicílios por meio de entrevista e inspeção da pele. **Resultados:** Dos 23 participantes, 13 apresentavam risco para úlcera por pressão e a prevalência foi 21,7%. Nove pacientes recebiam visita domiciliar. Nem todos os pacientes em risco realizavam todas as medidas de prevenção corretamente. **Conclusões:** É necessário melhorar as orientações para o cuidado domiciliar durante a hospitalização e criar mecanismos de comunicação entre os serviços de saúde, garantindo a adequada articulação e facilitando a continuidade do cuidado e a segurança do paciente.

Palavras-chave: Úlcera por Pressão; Prevalência; Assistência Domiciliar; Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

Objectives: Identify the sociodemographic and health profile of patients who needed home care after hospital discharge, the level of risk for pressure ulcers using the Braden Scale, and the prevalence of ulcers in the context of home care. **Methods:** A cross-sectional study with a quantitative approach was conducted after being approved by the Research Ethics Committee of the Ribeirão Preto College of Nursing. Data were collected in the patients' homes by means of interviews and skin inspection. **Results:** Of the 23 participants, 13 were at risk for pressure ulcers and the prevalence was 21.7%. Nine patients received home visits. Not all of the patients at risk performed all preventive measures properly. **Conclusions:** It is necessary to improve the orientation given for home care during hospitalization and to create communication mechanisms among health services, so as to ensure adequate coordination and facilitate the continuity of care and patient safety.

Keywords: Pressure Ulcer; Prevalence; Home Care; Nursing Care.

RESUMEN

Objetivos: Identificar perfil sociodemográfico y sanitario en pacientes que necesitaban cuidados domiciliarios luego del alta, nivel de riesgo de úlcera por presión mediante Escala de Braden, prevalencia de úlcera y contexto del cuidado domiciliario. **Métodos:** Estudio transversal con abordaje cuantitativo, aprobado por Comité de Ética en Investigación de Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto. Datos recolectados en domicilios mediante entrevista y revisión de piel. **Resultados:** De los 23 participantes, 13 presentaban riesgo de úlcera por presión, con prevalencia de 21,7%. Nueve pacientes recibían visita domiciliar. No todos los pacientes en riesgo aplicaban total y correctamente las medidas de prevención. **Conclusiones:** Es necesario mejorar la exactitud de las indicaciones para atención domiciliar durante la hospitalización, y corresponde crear mecanismos de comunicación entre los servicios de salud, para garantizar una articulación adecuada que permita facilitar la continuidad del cuidado y la seguridad del paciente.

Palabras clave: Úlcera por Presión; Prevalencia; Atención Domiciliar de Salud; Atención de Enfermería.

Autor correspondente:
 Jaísa Valéria Moro.
 E-mail: ja_valeria@hotmail.com

Recebido em 10/09/2015.
 Aprovado em 14/03/2016.

DOI: 10.5935/1414-8145.20160058

INTRODUÇÃO E REVISÃO DA LITERATURA

A úlcera por pressão (UP) é uma lesão localizada na pele e/ou tecido ou estrutura subjacente, geralmente sobre uma proeminência óssea, que resulta de pressão isolada ou de pressão combinada com fricção e/ou cisalhamento¹. Pacientes com maior risco de apresentar UP são aqueles que apresentam mobilidade reduzida, alterações na percepção sensorial e na circulação periférica, níveis de consciência alterados, incontinência urinária e fecal, nutrição deficiente ou são imunodeprimidos.

Diretrizes internacionais estabelecem que os pacientes necessitam ser avaliados quanto ao risco para desenvolverem UP com instrumentos de predição de risco, como a Escala de Braden, para que a prevenção seja iniciada precocemente².

Ao longo da transição do hospital ao domicílio, após a alta, é importante que os cuidados sejam continuados e que as equipes de saúde tenham boa comunicação, mas, na maioria das vezes, isso ainda não acontece como esperado. Estudos realizados em Ribeirão Preto/SP apontam a necessidade de integração entre os serviços de saúde quando o paciente tem risco ou já apresenta a UP e necessita de cuidados domiciliares após a alta hospitalar^{3,4}.

A Atenção Domiciliar surgiu como alternativa ao cuidado hospitalar para pacientes que não têm condições de se locomoverem até os serviços de saúde para receberem o atendimento, tornando possível que o domicílio se transforme em espaço para a produção do cuidado, possibilitando novos arranjos tecnológicos do trabalho em saúde⁵.

A Portaria do Ministério da Saúde nº 963, de 27 de maio de 2013, define 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 saúde⁶.

Os princípios da Atenção Domiciliar são: a abordagem integral à família, o consentimento da família, a participação do usuário, a existência de um cuidador (pessoa com ou sem vínculo familiar, capacitada para auxiliar o paciente em suas necessidades e atividades da vida cotidiana, com a orientação da equipe de saúde), o trabalho em equipe interdisciplinar e o estímulo a redes de solidariedade⁶.

Tanto no Brasil quanto em outros países, encontramos poucos estudos que abordam a temática UP em indivíduos atendidos em domicílio. Um estudo descritivo e transversal, realizado com 47 indivíduos atendidos em domicílio, em um Distrito de Saúde do Município de Ribeirão Preto, identificou que 76,7% tinham mais de 60 anos, e 91,5% eram dependentes de cuidadores. Dos 33 (70,2%), que apresentavam risco para UP, nove tinham UP (19,1%), com média de 1,8 lesões. A autora do estudo destacou que os serviços de saúde não podem transferir a responsabilidade do cuidado de pacientes acamados ou com restrição de mobilidade para as famílias. Enfatizou, também, que, muitas vezes, a situação domiciliária é complexa e os cuidadores

não estão preparados para assumir essa tarefa, necessitando de educação para o cuidado adequado³.

Outros estudos destacaram que entre os indivíduos acamados a maioria era idoso em risco para UP, e que a visita domiciliar era uma estratégia para a prevenção e diminuição de complicações decorrentes das lesões^{7,8}.

O estudo tem como objetivo identificar, entre pacientes que receberam alta hospitalar com risco para UP, suas características sociodemográficas, seus estados de saúde, seus níveis de risco para UP, segundo a Escala de Braden, a prevalência da UP e o contexto do cuidado domiciliar.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e com abordagem quantitativa, realizado em domicílios com pacientes adultos e idosos que estiveram hospitalizados e receberam alta da Unidade de Emergência (UE) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

A identificação dos participantes foi feita a partir de pesquisa anterior, realizada em setembro de 2014, para identificar a prevalência pontual de UP em pacientes internados na instituição⁹. Os critérios para inclusão no estudo foram: pacientes que tinham risco para UP e receberam alta hospitalar até o período da coleta de dados, procedentes de Ribeirão Preto ou de cidades até 100 quilômetros de distância.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 29 de setembro de 2014, protocolo número 33580014.2.0000.5393. A participação foi condicionada ao prévio consentimento do paciente e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, com as devidas orientações e esclarecimentos sobre a pesquisa. Nos casos em que o paciente não tinha condições de fornecer o consentimento, este foi fornecido pelo responsável (familiar ou cuidador que estava mais próximo do paciente desde a sua alta e que realizava os cuidados principais).

O instrumento de pesquisa foi adaptado de Chayamiti³, que realizou um estudo com pacientes acamados em seus domicílios, em 2008, no Município de Ribeirão Preto/SP. O instrumento é composto por quatro partes. Na parte I, as questões referem-se às características sociodemográficas e clínicas dos sujeitos da pesquisa. Na parte II, as questões referem-se às informações sobre a saúde do paciente e o risco para desenvolver UP, utilizando a Escala de Braden. Na parte III, as questões referem-se às informações sobre o estilo de vida dos pacientes. Na parte IV, está relacionada à avaliação da UP, quando presente, e as medidas de prevenção de UP e o tratamento utilizado em domicílio.

O instrumento utilizado para avaliar o risco para UP foi a Escala de Braden, desenvolvida por Barbara Braden e Nancy Bergstrom, em 1987, e validada por Paranhos e Santos, em 1999¹⁰. A escala é composta por seis domínios: percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, nutrição, fricção

e cisalhamento. A somatória da pontuação desses domínios pode variar de 6 a 23. Recomenda-se que o risco para o desenvolvimento da úlcera pela Escala de Braden seja categorizado em cinco níveis: risco muito elevado - pacientes com escore igual ou menor que 9; risco elevado - pacientes com escore igual ou entre 10 e 12; risco moderado - pacientes com escore 13 ou 14; baixo risco - pacientes com escore 15 a 18; sem risco - pacientes com escore igual ou maior que 19.

Os dados foram coletados nos meses de outubro e novembro de 2014. Dos 41 pacientes que atendiam os critérios para inclusão no estudo, nove foram a óbito após a alta hospitalar, quatro estavam internados novamente, quatro haviam mudado de endereço e não foram localizados e um recusou participar. Assim, 23 pacientes compuseram a amostra da pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Sobre as características demográficas, dos 23 pacientes que participaram do estudo, a idade média foi 50,07 e desvio padrão de 20,97. A frequência de adultos (52,2%) foi mais elevada em relação aos idosos (47,8%), provavelmente devido à natureza da pesquisa que envolveu o acompanhamento de pacientes que sobreviveram ao episódio de internação em hospital de urgência.

Pacientes do sexo feminino (52,2%) foram maioria, e 65,2% eram de cor branca. Esse resultado é semelhante a outro estudo que investigou o perfil sociodemográfico de indivíduos adultos ou idosos em assistência domiciliar em Ribeirão Preto³.

A respeito da procedência, 73,9% era de Ribeirão Preto/SP. Esse resultado era esperado, considerando que o hospital onde estiveram internados é a referência prioritariamente terciária para os pacientes da cidade.

A maioria (47,8%) dos indivíduos apresentava baixa escolaridade e, entre os que estudaram, o tempo médio de estudos era de 5,65 anos. Esses dados são diferentes dos da população do estado de São Paulo, onde, em 2010, o tempo médio de estudo das pessoas de 25 anos ou mais foi de 8,2 anos¹¹.

Houve predomínio (39,1%) de trabalhadores de serviços e vendedores do comércio, provavelmente, em decorrência das características dos municípios de Ribeirão Preto e dos outros próximos, que oferecem maior número de empregos nessas categorias. Também houve predomínio (43,5%) de indivíduos casados, com renda mensal de um a dois salários mínimos (60,9%) e 39,1% moravam com cônjuge e filhos. Dentre os que necessitavam de algum cuidado domiciliar, os cuidadores principais eram os cônjuges (45%).

O problema de saúde mais frequente foi trauma de crânio (cinco pacientes), seguido por acidente vascular cerebral (quatro pacientes). Esses dados podem ser comparados com os indicadores de morbimortalidade brasileiros, os quais indicam que, entre os jovens e adultos, os maiores índices de mortalidade são por causas externas e que, entre os idosos, são por doenças do aparelho circulatório¹². Oito (34,8%) pacientes encontravam-se acamados.

Dos 23 pacientes, 12 apresentavam risco para UP. Quanto à categoria do risco, um (4,3%) tinha risco muito elevado, um

(4,3%) risco elevado e um (4,3%) risco moderado. Os outros nove (39%) estavam em risco. O escore médio da Escala de Braden para os pacientes em risco foi 15,46 e para os que não tinham risco foi 22.

Dos 11 pacientes com mais de 60 anos, oito (61,5%) tinham risco para UP e dos 12 menores de 60 anos, cinco (38,5%) tinham risco. Considerando que no estudo anterior, realizado ao longo da hospitalização, todos esses pacientes apresentavam risco para UP, observamos que houve melhora na condição dos mesmos, após a alta hospitalar.

O risco para UP pode variar de acordo com a mudança do estado geral de saúde do paciente. Como essas mudanças, podem aumentar o risco e a vulnerabilidade do indivíduo à ocorrência da UP, a monitoração deve ser frequente².

A prevalência de UP no estudo foi 21,7%. Para os cinco pacientes com UP, o escore mínimo na Escala de Braden foi 9, escore máximo 19 e média 14 (DP 3,74). Para os 18 pacientes sem UP, o escore mínimo foi 14, o máximo 23 e a média 19,5 (DP 3,16). Esses resultados confirmam a validade do instrumento para identificar pacientes em risco e para nortear o uso de medidas de prevenção e controle da UP².

Os cinco pacientes apresentavam uma ou duas lesões, totalizando oito UP.

A tabela 1 apresenta a distribuição das úlceras em relação à localização da região corporal e a classificação em categorias:

Observa-se que a UP ocorreu com maior frequência na região sacral (50%), seguida pelo calcâneo (37,5%). Essas regiões são os locais de ocorrência mais frequentes em pacientes que permanecem por longos períodos em decúbito dorsal. Em um estudo com pacientes acamados em domicílios, realizado no Piauí¹³, a região sacral foi a mais frequente (79,1%). Já no estudo de Chayamiti³, o local de maior frequência de UP foi a região do trocânter do fêmur, seguido da região do calcâneo.

A classificação das UP em categorias representa o comprometimento dos tecidos, considerando os planos anatômicos. Das oito UP identificadas, três (37,5%) foram classificadas na categoria II e três (37,5%) na categoria III, diferentemente do estudo de Chayamiti³, em que as maiores frequências foram na categoria I e na categoria IV, e do estudo de Bezerra¹¹, onde a maioria foi classificada na categoria IV.

O estado nutricional é uma variável importante a ser avaliada em pacientes em risco ou com UP, pois as variáveis que indicam desnutrição em potencial (baixo peso corporal e ingestão oral pobre) são fatores de risco independentes para a ocorrência de UP. Dos pacientes que apresentaram UP, 80% apresentaram perda de peso recente. As recomendações do NPUAP/EPUAP/PPPIA² apontam a necessidade de intervenções específicas para avaliação nutricional por especialistas e para manejo da situação com o oferecimento de suplementos que atendam às necessidades de cada paciente.

No momento da alta hospitalar, 21 pacientes foram encaminhados para continuidade do tratamento em outros serviços de saúde. Desses, 78,3% deram continuidade ao tratamento, sendo a maioria (88,9%) com atendimento

Tabela 1. Distribuição da classificação das úlceras por pressão, segundo a região corporal

Localização	Categorias			Total n (%)
	I n (%)	II n (%)	III n (%)	
Sacral	1 (12,5%)	2 (25,0%)	1 (12,5%)	4 (50%)
Calcâneo	-	1 (12,5%)	2 (25,0%)	3 (37,5%)
Ísquio	1 (12,5%)	-	-	1 (12,5%)
Total	2 (25%)	3 (37,5%)	3 (37,5%)	8 (100%)

ambulatorial no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Dois (11,1%) estavam sendo acompanhados pela Unidade Básica de Saúde. Assim, verificamos que a maioria dos pacientes era acompanhada somente com consulta médica de especialistas e não tinham retornado para a Atenção Básica, onde também deveriam ser acompanhados em conjunto com o atendimento ambulatorial.

Dos participantes da pesquisa, 16 (69,5%) referiram ter recebido orientações sobre o uso de medidas para prevenção de UP durante a hospitalização. As orientações foram focadas na mudança de decúbito e informações sobre hidratação da pele, bem como sobre o uso de colchão caixa de ovo, de ar ou água. Dessa forma, verificamos que as orientações foram centradas em medidas tradicionais e não incorporaram outras ações importantes, como o uso de travesseiros ou coxins para proteção das proeminências ósseas, elevação dos calcâneos e uso de equipamentos para ajudar no reposicionamento e na movimentação. Essas medidas são amplamente divulgadas nas diretrizes para a prática clínica e no protocolo de prevenção da UP do Programa Nacional de Segurança do Paciente¹⁴ e devem fazer parte do cuidado e das orientações fornecidas pelos profissionais ao longo da internação e da alta hospitalar. Essa constatação evidencia uma falha da assistência prestada durante a hospitalização, já que a maioria dos pacientes (52,4%) tinha risco para a UP e necessitava de informações sobre ações para manejo dos problemas que os colocavam em risco. Evidencia-se a necessidade de melhorar as orientações para o cuidado preventivo antes da alta hospitalar.

Esse modelo de atenção se mostra inadequado para a nova situação de saúde brasileira, pois é necessária uma mudança no modelo hegemônico atual, centrado na doença, na assistência hospitalar e no atendimento a demanda espontânea, como ocorre na agudização das doenças crônicas. O cuidado dos usuários com essas doenças deve ser integral, o que só é possível com a assistência organizada em rede, pois faz da atenção básica porta de entrada do sistema, com uma equipe multidisciplinar que tenha como objetivo coordenar o cuidado e atender às necessidades de saúde da população de maneira integrada¹⁵. Na Portaria 1600, de 7 de Julho de 2011, do Ministério da Saúde, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS), o componente

Atenção Domiciliar é compreendido como “o conjunto de ações integradas e articuladas de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, que ocorrem em domicílio, constituindo-se nova modalidade de atenção à saúde que acontece no território e reorganiza o processo de trabalho das equipes, que realizam o cuidado domiciliar na atenção primária, ambulatorial e hospitalar”¹⁶.

Nesse estudo, nove (39,1%) pacientes estavam recebendo visita domiciliar de serviços de saúde; desses, seis apresentavam risco para UP e quatro apresentavam a lesão. Oito pacientes eram residentes de Ribeirão Preto, cidade que conta com serviços de Atenção Domiciliar como Estratégia de Saúde da Família e o Serviço de Atendimento Domiciliar. O número de visita domiciliar recebida pelos pacientes (média de 2,4) foi pequeno, o que pode ser explicado pelo curto período de tempo entre a alta hospitalar e a data da entrevista para coleta de dados da pesquisa.

A tabela 2 apresenta a distribuição dos pacientes quanto ao risco para UP e o uso de medidas para prevenção pelos cuidadores.

Identificou-se que todos os pacientes em risco para UP eram reposicionados pelos cuidadores por meio da mudança de decúbito, diferentemente do estudo de Chayamiti, onde essa medida era realizada em menos de 60% dos pacientes³. A maioria dos pacientes (61,5%) não utilizava colchão ou colchonete para a redistribuição da pressão, uma intervenção recomendada para a prevenção e tratamento da UP². Foi identificado também que grande parte dos pacientes em risco para UP permanecia por longos períodos na posição sentada, posição em que o alívio de pressão era feito para oito pacientes (61,5%).

Dos dez pacientes em risco que permaneciam sentados por algum período do dia, apenas quatro (30,8%) utilizavam almofadas para sentar, visando a diminuição da pressão isquiática.

Quanto ao uso de coxins para alívio da pressão nos calcâneos, sete (53,8%) pacientes em risco para UP os utilizavam, resultado semelhante ao encontrado em outro estudo com pacientes acamados³. Apenas três (23,1%) pacientes faziam uso de lençol móvel para a movimentação no leito.

Os cuidadores usaram pouco os itens recomendados para o controle do excesso de pressão, consequência provável da falta de recursos materiais e humanos, da baixa instrução do paciente e dos cuidadores para a compreensão das medidas

Tabela 2. Distribuição dos pacientes quanto ao risco para úlcera por pressão e o uso de medidas para prevenção utilizadas pelos cuidadores

Mudança de decúbito	Risco para úlcera por pressão		Total n
	Sim n (%)	Não n (%)	
Sim	13 (100,0%)	3 (30,0%)	16
Não	-	7 (70,0%)	7
Total	13 (100,0%)	10 (100,0%)	23
Tipo de colchão utilizado	Sim	Não	Total
Somente colchão Comum	8 (61,5%)	10 (100%)	18
Colchonete caixa de ovo	2 (15,4%)	-	2
Colchonete de ar	3 (24,1%)	-	3
Total	13 (100%)	10 (100%)	23
Alívio da pressão quando sentado	Sim	Não	Total
Sim	8 (61,5%)	3 (30,0%)	11
Não	2 (15,4%)	7 (70,0%)	9
Não se aplica	3 (23,1%)	-	3
Total	13 (100,0%)	10 (100,0%)	23
Uso de almofada para sentar-se	Sim	Não	Total
Sim	4 (30,8%)	-	4
Não	6 (46,1%)	10 (100,0%)	16
Não se aplica	3 (23,1%)	-	3
Total	13 (100,0%)	10 (100,0%)	23
Uso de coxim para alívio da pressão calcânea	Sim	Não	Total
Sim	7 (53,8%)	1(10,0%)	8
Não	6 (46,1%)	9 (90,0%)	15
Total	13 (100,0%)	10 (100,0%)	23
Uso de lençol móvel para movimentação no leito	Sim	Não	Total
Sim	3 (23,1%)	-	3
Não	10 (76,9%)	10 (100,0%)	20
Total	13 (100,0%)	10 (100,0%)	23

de prevenção recomendadas pelos profissionais. Em um estudo desenvolvido na Bélgica em 2008, que avaliou a participação de cuidadores na prevenção da UP em seus familiares, considerando as medidas recomendadas em um protocolo nacional, também foi evidenciado o baixo uso das medidas de prevenção em pacientes cuidados em domicílio¹⁷.

Outro estudo realizado na Região Autónoma dos Açores (RAA) com 99 enfermeiros de cuidados domiciliários da RAA e 13 enfermeiros responsáveis pelas instituições de saúde teve como objetivo geral analisar os fatores que influenciam os cuidados domiciliares de prevenção em pacientes com risco de UP. A maioria deles consideravam tais cuidados como insuficientes, e as principais justificativas foram falta de recursos materiais (43,4%) e recursos humanos (30,3%). Os autores sugeriram

a necessidade de estudos de incidência de UP para poder monitorar a evolução do problema e para obter retorno dos cuidados de prescrição efetuados¹⁸.

CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

A maior parte (56,52%) dos pacientes estudados continuava em risco para UP após a alta hospitalar e cinco (21,73) apresentavam lesões.

O atendimento domiciliar, como parte da Estratégia da Saúde da Família ou do Serviço de Atendimento Domiciliar, pode contribuir para reforçar a importância dessas medidas. Assim, é necessário, também, analisar o cenário da regulação e

dos mecanismos de comunicação entre os serviços de saúde, para garantir a adequada articulação e facilitar a continuidade do cuidado e a segurança do paciente.

Na Atenção Domiciliar, a equipe de enfermagem deve se preocupar em ajudar a família a desenvolver um ambiente com condições favoráveis para o cuidado e fazer a provisão e previsão de materiais ou tecnologias que facilitem as práticas em saúde. Especificamente para a prevenção de UP, é relevante destacar que o seu desenvolvimento pode estar relacionado a muitos fatores, como as dificuldades e limitações na estrutura dos serviços, no processo de trabalho e na atuação dos cuidadores. Tais questões ultrapassam a dimensão técnica da assistência em saúde e estruturam a organização e o funcionamento dos serviços de saúde.

Sob tal perspectiva, o enfermeiro, enquanto profissional de saúde, envolvido na assistência ao indivíduo acamado, deve planejar práticas de cuidado capazes de promover a saúde, a adesão ao tratamento e estimular o autocuidado. Essas práticas devem levar em conta crenças, valores e aspectos culturais que interfiram diretamente na evolução do paciente, referentes aos componentes cognitivo, afetivo e comportamental, relacionados à apreensão, ao aprendizado, à decisão de se cuidar e ao cuidado de si mesmo.

Os resultados discutidos neste trabalho podem interferir na qualidade da atenção à saúde, o que pode levar os profissionais a compreender a necessidade de medidas preventivas, a atenção integral humanizada, refletindo e analisando a prática, o contexto e os aspectos do cuidado.

AGRADECIMENTO

Pesquisa realizada com suporte parcial do CNPQ (Bolsa de Produtividade em Pesquisa).

REFERÊNCIAS

1. Santos VLCG, Caliri MHL. Conceito e classificação de úlcera de pressão: atualização do NPUAP - National Pressure Ulcer Advisory Panel. *Rev Estima*. 2007; 5(3): 43-44.
2. National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP); European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP); Pan Pacific Injury Alliance (PPPIA). Prevention and treatment of pressure ulcers. Osborn Park, Western Australia. *Clinical Practice Guideline*; 2014.
3. Chayamiti, EMPC, Caliri MHL. Úlcera por pressão em pacientes sob assistência domiciliária. *Acta paul. enferm*. 2010; [citado 2015 out 30]; 23(1): 29-34. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n1/05.pdf>.
4. Rabeh SAN, Caliri MHL, Haas VJ. Prevalência de úlcera por pressão em indivíduos com lesão de medula espinhal e a relação com a capacidade funcional pós-trauma. *Acta Fisiátr*. 2009; [citado 2015 nov 15]; 16(4): 173-8. Disponível em: http://www.actafisiatria.org.br/detalhe_artigo.asp?id=90.
5. Feuerwerker LCM, Merhy EE. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. *Rev Panam Salud Publica* 2008; [citado 2015 nov 15]; 24(3):180-8.
6. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 963 de 27 de maio de 2013. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União, Brasília (DF)*, 28 de maio de 2013; Seção 1, p.30-32.
7. Aguiar ESS, Soares MJGO, Caliri MHL, Costa MML, Oliveira SHS. Avaliação da capacidade funcional de idosos associada ao risco de úlcera por pressão. *Acta Paul. Enferm*. 2012; [citado 2015 maio 20]; 25(nº esp.1): 94-100. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v25nspe1/pt_15.pdf.
8. Moraes GLA, Araújo TM, Caetano JA, Lopes MVO, Silva MJ. Avaliação de risco para úlcera por pressão em idosos acamados no domicílio. *Acta Paul. Enferm*. 2012; [citado 2015 out 30]; 25(nº esp. 1): 07-12. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v25nspe1/pt_02.
9. Bernardes RM. Prevalência de úlcera por pressão em um hospital de emergência e características dos pacientes [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2015.
10. Paranhos WY; Santos VLCG. Avaliação de risco para úlceras por pressão por meio da Escala de Braden na Língua Portuguesa. *Rev. Esc. Enf. USP*. 1999; [citado 2015 nov 15]; 33(nº esp.): 191-206. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/799.pdf>.
11. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de Indicadores Sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira 2013. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2010.
12. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilâncias em Saúde. Sistema de informações sobre mortalidade. Brasília: Ministério da Saúde, 2010; [citado 2015 maio 24]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10uf.def>.
13. Bezerra SMG; Luz MHBA; Andrade EMLR; Araújo TME; Teles JBM; Caliri, MHL. Prevalência, fatores associados e classificação de Úlcera por Pressão em pacientes com imobilidade prolongada assistidos na Estratégia Saúde da Família. *Rev. Estima*. 2014; 12(3): 41-49.
14. Ministério da Saúde (BR); Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2014; [citado 20 maio 2015]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf
15. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Caderno de Atenção Domiciliar. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
16. Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº1.600, de 7 de Julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União, Brasília (DF)*, 8 de julho de 2011; Seção 1:1
17. Paquay L; Wouters R; Defloor T; Buntinx F; Debaillie R; Geys L. Adherence to pressure ulcer prevention guidelines in home care: a survey of current practice. *J.Clin.Nurs*. 2008; 17(5): 627-36.
18. Rodrigues AM; Soriano, JV. Fatores influenciadores dos cuidados de enfermagem domiciliares na prevenção de úlceras por pressão. *Rev. de Enfermagem Referência*. 2011 Dez; [citado 2015 maio 20]; 3(5): 55-63. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserlIn5/serlIn5a06.pdf>.

Scientific Editor's Note: Note of the Scientific Editor: On April 13, 2016, a National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) announced a change in terminology from pressure ulcer to pressure injury and updates the stages of pressure injury. For more information, the reader must go to <http://www.npuap.org/national-pressure-ulcer-advisory-panel-npuap-announces-a-change-in-terminology-from-pressure-ulcer-to-pressure-injury-and-updates-the-stages-of-pressure-injury/>