



e-ISSN 2446-8118

PERFIL DE PACIENTES COM LESÕES POR PRESSÃO ATENDIDOS POR UM SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR

PROFILE OF PATIENTS WITH PRESSURE INJURIES ATTENDED BY HOME CARE SERVICE

PERFIL DE PACIENTES CON LESIONES POR PRESIÓN ATENDIDOS POR EL SERVICIO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA

216

Michelle Fernanda da Silva¹
Patrícia Cristina Brassolatti¹
Caroline Elias Rippel²
Chris Mayara Tibes-Cherman³
Danielle Cristina Gabuio⁴

RESUMO: Introdução: no Brasil aumentou a prevalência de pacientes acompanhados pelo Serviço de Atenção Domiciliar com lesões por pressões. A maior parte dos pacientes não possuem cuidador profissional capacitado ou quando possuem, estes não são esclarecidos, ou ainda não apresentam disponibilidade para realizar os cuidados necessários para melhora ou não surgimento de novas lesões. **Objetivo:** caracterizar pacientes com lesão por pressão atendidos em um serviço de atenção domiciliar no interior de São Paulo. **Métodos:** trata-se de um estudo longitudinal, descritivo com coleta de dados realizados por meio de visitas multiprofissionais. Os critérios de inclusão foram de acordo com os critérios de admissão do melhor em casa: pacientes em cuidados domiciliares, com lesões em estágio II, III, IV e não classificável. Os critérios de exclusão foram os pacientes que não possuíam lesão por pressão, que estivessem de alta do serviço por cura ou óbito. **Resultados:** os dados foram coletados semanalmente durante os meses de abril a setembro, sendo cada paciente acompanhado por três meses. No total, participaram da pesquisa 23 pacientes. Os resultados apontam que a maioria eram idosos, com prevalência das lesões na região sacral, nos estágios II e III. **Conclusão:** o cuidador principal em sua maioria era algum familiar ou cuidador informal e o tempo dedicado ao cuidado era em 80% integral, sem revezamento. A maior parte dos participantes são idosos, sendo as lesões sacrais nos estágios II e III as mais prevalentes. **DESCRITORES:** Lesão Por Pressão; Enfermagem; Pacientes Domiciliares; Cuidadores.

ABSTRACT: Introduction: in Brazil increased the prevalence of patients monitored by the Home Care Service with pressure injuries, in which most patients do not have a trained professional caregiver or when they do these are not clarified, or they are not yet available to carry out the necessary care to improve or prevent the appearance of new lesions. **Objective:** characterize patients with pressure injuries treated at a home care service in the interior of São Paulo. **Methods:** this is a longitudinal, descriptive study with data collection carried out through multidisciplinary

¹ Enfermeira. Centro Universitário Central Paulista (Unicep).

² Enfermeira. Mestranda na Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste).

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem Fundamental pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP/USP). Docente Uniamérica Descomplica.

⁴ Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP/USP). Docente Unicep.

visits called welcoming and monitoring. Inclusion criteria were according to the best at home admission criteria: patients in home care, with stage II, III, IV and non-classifiable injuries. Exclusion criteria were patients who did not have pressure injuries, who were discharged from the service due to cure or death. **Results:** data were collected weekly from April to September, with each patient being followed up for three months. The results indicate that most participants were elderly, with a prevalence of lesions in the sacral region and in stages II and III. **Conclusion:** the main caregiver was mostly a family member or informal caregiver and the time dedicated to care was 80% full time without rotation.

DESCRIPTORS: Pressure Ulcer; Nursing; Homebound Persons; Caregivers.

RESUMEN: Introducción: en Brasil aumentó la prevalencia de pacientes acompañados por el Servicio de Atención Domiciliaria con lesiones por presión. La mayoría de los pacientes no cuentan con un cuidador profesional capacitado o cuando lo tienen, estos no están aclarados o aún no lo están. disponibles para realizar los cuidados necesarios para mejorar o prevenir la aparición de nuevas lesiones. **Objetivo:** caracterizar a los pacientes con lesiones por presión atendidos en un servicio de atención domiciliaria en el interior de São Paulo. **Métodos:** se trata de un estudio descriptivo, longitudinal, con recolección de datos realizada a través de visitas multidisciplinarias denominadas de acogida y seguimiento. Los criterios de inclusión fueron los mejores criterios de ingreso domiciliar: pacientes en atención domiciliaria, con lesiones en estadio II, III, IV y no clasificables. Los criterios de exclusión fueron pacientes que no presentaban lesiones por presión, que fueron dados de alta del servicio por curación o fallecimiento. **Resultados:** los datos se recogieron semanalmente de abril a septiembre, con seguimiento de cada paciente durante tres meses. Los resultados indican que la mayoría de los participantes eran ancianos, con predominio de lesiones en la región sacra y en estadios II y III. **Conclusión:** el cuidador principal fue en su mayoría familiar o cuidador informal y el tiempo dedicado al cuidado fue 80% tiempo completo sin rotación.

Descriptores: Úlcera por Presión; Enfermería; Personas Imposibilitadas; Cuidadores.

INTRODUÇÃO

Com o envelhecimento populacional, o aumento da expectativa de vida e o advento de novas tecnologias que possibilitam desenvolver cuidados cada vez mais complexos no domicílio houve um aumento da demanda da assistência em domicílio¹.

Dessa maneira, políticas públicas foram necessárias para regulamentar a prestação de um serviço de qualidade e de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) para essa população específica, surgindo a criação da Atenção Domiciliar (AD)¹⁻².

A AD é uma modalidade de atendimento que faz parte da Rede de Atenção à Saúde (RAS), vinculada ao SUS, que oferece ao paciente e aos familiares cuidados paliativos, ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento e reabilitação de acordo com as demandas específicas de cada paciente, dando ênfase na autonomia do

paciente/cuidador nos serviços prestados, fazendo com que estes sejam protagonistas do seu cuidado³⁻⁴.

A AD é organizada em modalidades de atendimento entre AD1, AD2 e AD3, sendo AD1 composta por pacientes com patologias crônicas estáveis (compensados ou controlados), ou que apresentem alguma dificuldade de locomoção que necessitem de cuidados com menor frequência⁴.

São atendimentos realizados pela atenção básica de saúde ou unidades de saúde da família. AD2 é composto por pacientes com problemas de saúde, impossibilidade de locomoção e que necessitem de um atendimento especializado e com maior frequência de cuidados. Já a AD3 é destinada a paciente que se enquadrem como AD2 e que necessitem de recursos de saúde, acompanhamento contínuo e/ou uso de equipamentos⁴.

O atendimento aos usuários elegíveis nas modalidades AD2 e AD3 é de

responsabilidade do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e das Equipes Multiprofissionais de Atenção (EMAD) Equipes de Multiprofissionais de Apoio (EMAP)⁴.

O SAD vem para atuar na desospitalização e complementação do tratamento no domicílio de pacientes que se enquadram no Programa Melhor em Casa do Ministério da Saúde, baseado nos princípios e diretrizes do SUS, oferecendo acesso ao atendimento de forma integral e com acolhimento humanizado no domicílio pela EMAD e EMAP⁴.

No Brasil houve um aumento na quantidade de pacientes acompanhados pelo SAD com lesões por pressão (LP), sendo que a maioria desses pacientes não dispõe de um cuidador ou, quando presente, este não possui conhecimento suficiente sobre os cuidados necessários para a melhora ou prevenção de novas LP³.

Conforme estabelecido pelo *National Pressure Injury Advisory Panel (NPIAP)* este tipo de lesão é caracterizado por um dano tecidual localizado na pele e ou tecidos subjacentes, geralmente situado em proeminência óssea, sendo o resultado da pressão ou uma combinação entre esta e a força de torção, fricção e cisalhamento. Os fatores para o desenvolvimento são multicausais, a tolerância do tecido mole à pressão e ao cisalhamento, mas evidenciam-se fatores como a alteração do microclima, nutrição, perfusão, comorbidades e pela sua condição atual de saúde. Existem diversos fatores que influenciam no desenvolvimento e evolução das lesões por pressão, descritos na literatura como fatores intrínsecos e extrínsecos⁵.

Os fatores que influenciam na LP necessitam de uma detalhada avaliação compreendendo o histórico de saúde, exame físico, aspectos biopsicossociais, estado nutricional, adesão dos familiares as orientações recomendadas, para que a conduta em relação às coberturas e o plano terapêutico sejam eficazes. Sendo um grande desafio inserir o familiar/cuidador na realização dos curativos no domicílio³.

O enfermeiro desempenha um papel central na gestão do tratamento de feridas, sendo encarregado desde o acolhimento inicial do paciente até a cicatrização da lesão. Esta responsabilidade envolve a avaliação da ferida, a escolha do tratamento apropriado e a execução dos cuidados necessários⁶.

Em 2018, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) aprovou o Regulamento, por meio da Resolução 567/2018, que aborda o papel da Enfermagem no cuidado aos pacientes com feridas. Nesse contexto, o enfermeiro assume a responsabilidade pela avaliação, prescrição e aplicação dos cuidados destinados aos pacientes atendidos em diferentes níveis de assistência à saúde⁷.

Além disso, o enfermeiro desempenha um papel fundamental na assistência ao paciente no que diz respeito à prevenção, avaliação e tratamento de lesões cutâneas. Sua atuação se destaca na educação e promoção da saúde, por meio de estratégias planejadas de maneira crítica, considerando as demandas e necessidades individuais de cada pessoa⁸.

O tratamento com lesões requer especial atenção dos profissionais de saúde e o papel do enfermeiro neste contexto é fundamental, pois procura incessantemente atualizações e novos conhecimentos para apoiar a sua prática clínica. Algumas lesões podem evoluir para doenças crônicas e sua incidência vem aumentando gradativamente em todo o mundo resultando em impactos negativos significantes na qualidade de vida dos pacientes. Isso se deve às dores em diferentes níveis, à redução da mobilidade e ao caráter recorrente dessas lesões⁹.

Considerando o papel relevante do SAD na avaliação e tratamento destas lesões associadas ao cuidado domiciliar efetuado pelo cuidador, faz-se necessário conhecer a evolução das LP e sua relação com os fatores intrínsecos e extrínsecos para o paciente em domicílio. Assim, o objetivo deste estudo foi caracterizar pacientes com lesão por pressão atendidos em um Serviço de Atenção Domiciliar no interior do estado de São Paulo.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo, longitudinal, que foi conduzido em um Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), de um hospital público, terciário no interior do estado de São Paulo.

A amostra total foi composta por 30 pacientes, sendo utilizado como critérios de inclusão os pacientes que fazem parte do Programa Melhor em Casa⁴, maiores de 18 anos, que apresentavam LP em estágio II, III, IV e não classificável para acompanhamento. Foram excluídos os pacientes que não apresentaram lesão por pressão, lesões em estágio I, os que não se enquadravam nos critérios do Programa Melhor em Casa ou que tiveram alta ou óbito durante a pesquisa.

A abordagem inicial aos pacientes e familiares aconteceu durante a visita multiprofissional pelo SAD. A abordagem inicial realizada durante a visita multiprofissional representa um marco essencial no entendimento abrangente das necessidades clínicas, emocionais e sociais dos pacientes e seus familiares. A troca de informações entre os profissionais, durante as visitas, contribui para a definição de estratégias personalizadas de cuidado, adaptação do plano terapêutico de acordo com a evolução do quadro clínico e a promoção de medidas preventivas mais eficazes.

Os dados foram coletados semanalmente durante os meses de abril a setembro de 2021; a presença e colaboração de uma equipe multiprofissional permitiram uma visão holística do paciente. A interação entre profissionais de diferentes especialidades, como enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, assistentes sociais e outros, possibilitou uma avaliação mais completa e integrada das condições do paciente.

Foi explicado a cada cuidador e participante sobre o tema principal, os objetivos, os riscos e os benefícios da pesquisa de forma clara e de acordo com o nível de instrução de cada um, sanando no momento possíveis dúvidas sobre a pesquisa. Após o esclarecimento sobre a forma de coleta e sobre os objetivos da pesquisa foi entregue a cada cuidador que decidiu

participar voluntariamente, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Após o aceite foi preenchida a Ficha de Dados Sociodemográficos e realizado o levantamento de dados clínicos, avaliação inicial de ferida e o preenchimento da escala de PUSH para avaliar a cicatrização das LP. Esta escala auxilia na avaliação do nível de exsudato, área e aparência da lesão e seu escore varia de 0 a 17 pontos, indicando que quanto maior o escore, pior é o estado da lesão. Foi preenchida também a escala de Braden para avaliação de risco de LP.

A escala de PUSH foi traduzida e adaptada culturalmente para o Brasil por Santos¹³ com adequada confiabilidade inter observadores (Kappa entre 0,90 e 1,00) e validade convergente com correlações positivas ($p < 0,001$). A escala de Braden também tem sua versão traduzida e validada para o Brasil com 94 % de sensibilidade, 89% de especificidade e validade preditiva positiva de 88% e 94% de validade preditiva negativa¹⁴.

Foram coletados na avaliação inicial os dados dos pacientes, como nível socioeconômico, características iniciais da LP (exsudato, bordas, estágio, localização, tempo de lesão), estado nutricional, IMC, via de administração da dieta, diagnóstico médico e rede de apoio para o cuidado, através de um questionário qualitativo e semanalmente foram realizadas as medições da LP de acordo com as escalas de PUSH e de Braden.

O acompanhamento com a equipe multiprofissional do SAD foi realizado semanalmente, durante doze semanas e os dados foram coletados por duas pesquisadoras devidamente treinadas sobre manejo de lesões e preenchidas as informações sobre a evolução da lesão, escala de PUSH e escala de Braden.

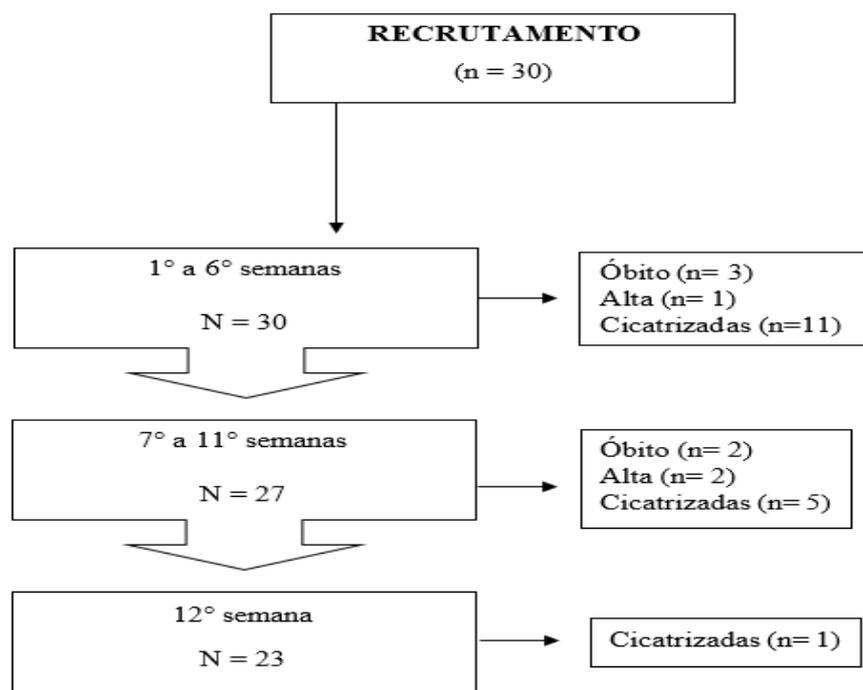
Os dados registrados foram digitados em planilhas do programa Excel®, posteriormente distribuídos em tabelas e analisados através de estatística descritiva, teste *t de student* para as variáveis quantitativas e *Qui-quadrado de Pearson* para as categóricas utilizando o software *IBM SPSS Statistics 22®*, considerando para as análises um nível de significância (α) de

5%.O projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética e aprovado com o número de parecer 4.634.844/2021. Foram respeitados os aspectos éticos na realização da pesquisa; os participantes e cuidadores foram esclarecidos sobre todos os procedimentos e sobre os direitos.

RESULTADOS

Foram convidados para participar deste estudo, 40 pacientes acompanhados pelo SAD, no entanto, 30 aceitaram participar, sendo avaliados da 1° a 6° semanas. Da 7° a 11° semana foram reavaliados 27 pacientes, pois no acompanhamento anterior, três foram a óbito e um recebeu alta. Na 12° semana foram reavaliados 23 pacientes, pois dois pacientes foram a óbito e dois receberam alta. O fluxo de recrutamento e seleção está apresentado na Figura 1

Figura 1. Fluxograma da inclusão e acompanhamento dos participantes no estudo. São Carlos – SP, 2021.



Fonte: Elaborado pelas autoras (2021).

Do total de participantes (declarados pelos respectivos responsáveis pelo preenchimento do instrumento de avaliação), 60% são brancos, 30% pardos e 10% negros.

As demais características sociodemográficas dos pacientes incluídos no estudo estão apresentadas nas Tabelas 1 e 2.

Tabela 1. Descrição da distribuição das variáveis idade e IMC nos participantes da pesquisa (n=30). São Carlos-SP, 2021.

Variáveis	Média	Mínimo	Máximo	Desvio padrão
Idade (anos)	66,9	20	89	18,4
IMC (kg/m ²)	22,4	11,5	41,8	7,5

Fonte: Elaborado pelas autoras (2021).

Tabela 2. Descrição da caracterização clínica e sociodemográfica dos participantes da pesquisa (n=30). São Carlos-SP, 2021.

Variáveis	n (%)
Sexo	
Feminino	15 (50%)
Masculino	15 (50%)
Raça	
Branca	18 (60%)
Negra	3 (10%)
Parda	9 (30%)
Estado civil	
Casado	12 (40%)
Viúvo	8 (26,6%)
Solteiro	8 (26,6%)
Divorciado	2 (6,6%)
Escolaridade paciente	
Sem escolaridade	6 (20%)
Fundamental incompleto	6 (20%)
Fundamental	6 (20%)
Médio	7 (23,3%)
Superior incompleto	1 (3,3%)
Superior	4 (13,3%)
Via de nutrição	
SNE	18 (60%)
VO	11 (36,6%)
Gastrostomia	1 (3,3%)
Comorbidades	
HAS	16 (53,3%)
DM	9 (30%)
AVE	5 (16,6%)
Outros	16 (53,3%)
Diagnóstico médico	
Pós-COVID-19	8 (26,6%)
AVE	9 (30%)
Alzheimer	4 (13,3%)
Outros	23 (76,6%)
Escolaridade do cuidador	
Sem escolaridade	2 (6%)
Fundamental incompleto	1 (3,3%)
Fundamental	8 (26,6%)
Médio	15 (50%)
Superior	4 (13,3%)
Tempo dedicado ao cuidado	
Integral	24 (80%)
Integral com revezamento	6 (20%)

Fonte: Elaborado pelas autoras (2021).

A lesão mais prevalente no estudo estava localizada na região sacral e a maioria dos participantes apresentou apenas uma

lesão. A caracterização e evolução clínica das lesões dos pacientes incluídos no estudo foram apresentadas na Tabela 3.

Tabela 3. Caracterização das lesões dos participantes da pesquisa (n=30). São Carlos-SP, 2021.

Variáveis	N (%)
Local lesões	
Região sacral	27 (90%)
Tíbia esquerda	8 (26,6%)
Tíbia direita	7 (23,3%)
Outros	16 (53,3%)
Estágio lesões	
Estágio 2 - sacral	10 (33,3%)
Estágio 3 - sacral	9 (30%)
Estágio 4 - sacral	8 (26,6%)
Estágio 3 - tíbia	2 (6,6%)
Estágio 2 - costas	2 (6,6%)
Estágio 2 - trocanter	10 (33,3%)
Lesões por paciente	
Uma	19 (63,3%)
Duas	3 (10%)
Três	2 (6,6%)
Quatro	4 (13,3%)
Cinco	1 (3,3%)
Sete	1 (3,3%)
Desfecho	
Óbito	5 (16,6%)
Alta	3 (10%)
Cicatrizadas	17 (56,6%)
Continuam em acompanhamento	5 (16,6%)

Fonte: elaborado pelas autoras (2021).

Dentre as lesões cicatrizadas, a maior parte era da região sacral (41,17%), seguida pelas regiões cotovelo, calcâneo, patela e hálux (11,76%), e pela região das costas e maléolo (5,88%). Quando comparamos o desfecho das lesões cicatrizadas e das não cicatrizadas quanto às variáveis não foram

encontradas diferenças significativas para a idade ($p=0,933$), IMC ($p=0,995$) (teste *t de student*), estado civil ($p=0,308$), escolaridade do paciente ($p=0,219$), via de nutrição ($p=0,897$), escolaridade do cuidador ($p=0,907$) e tempo dedicado ao cuidado ($p=0,221$) (Teste *Qui-quadrado de Pearson*).

DISCUSSÃO

A abordagem de pacientes com lesões por pressão (LP) no atendimento domiciliar envolve diversos fatores que impactam na cicatrização e na qualidade do cuidado prestado. O estudo em questão evidenciou o perfil predominante dos pacientes atendidos,

revelando que grande parte deles são idosos (66,9%). Isso se alinha com o contexto do envelhecimento populacional, que tende a aumentar a demanda por serviços de saúde domiciliar, em relação ao quesito sexo, não mostrou associações significativas.

A predominância de lesões sacrais nos estágios II e III (33,3% e 30%,

respectivamente) também coincide com achados de outros estudos na área como por exemplo um estudo de Machado et al., 2018¹⁵ os pacientes, 50% eram mulheres e 60,5%, idosos. A mediana de lesões por paciente foi 2, onde houve um predomínio dos estágios 2 (48,3%) e 3 (35,6%), e 47,1% das feridas cicatrizaram.

A maioria dos pacientes da AD é predominantemente de idosos, visto que com o envelhecimento populacional houve um grande crescimento no surgimento das doenças crônicas, muitos pacientes com grandes limitações físicas e que acabam impossibilitando o usuário se deslocar até o serviço de saúde e conseqüentemente uma maior demanda na procura pelos serviços de saúde na atenção domiciliar³.

A AD é uma modalidade de serviço de saúde na qual são realizadas ações em domicílio que envolvem promoção, prevenção, recuperação da saúde além dos cuidados paliativos, essa assistência é prestada a paciente com limitações físicas definitivas ou temporárias, causadas por situações de adoecimento e que impossibilite o paciente ir à Unidade Básica de Saúde próxima de sua residência, neste caso, os cuidados são na maioria das vezes realizados com o auxílio de familiares².

As equipes de Saúde da Família são compostas por diferentes profissionais, com destaque para médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, auxiliares ou técnicos em saúde bucal, auxiliares ou técnicos em enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). O objetivo primordial dessas equipes é desenvolver práticas de saúde que abordem o cuidado de forma integral, sendo assim dentro desse contexto, a promoção da saúde emerge como uma das principais responsabilidades¹⁰.

As práticas de educação em saúde desempenham um papel crucial ao envolver a população, não apenas fornecendo assistência integral, mas também estimulando um senso de autodeterminação e participação ativa dos usuários em relação à sua própria saúde e autonomia¹¹.

É evidente que quando essas práticas são conduzidas por uma equipe

multiprofissional, a diversidade de conhecimentos agregados contribui para uma abordagem mais criativa e aumenta a aceitação e adesão por parte dos usuários. Isso, juntamente com o conhecimento diversificado dos profissionais, estabelece estratégias essenciais para transformar as atividades educativas em espaços colaborativos de troca de saberes¹².

Desse modo, a presença e atuação da equipe multiprofissional durante as visitas ao longo desse período não apenas garantiram uma abordagem mais abrangente e efetiva no tratamento das lesões por pressão, mas também enfatizaram a importância da colaboração entre diferentes especialidades para promover cuidados de qualidade e bem-estar aos pacientes em atendimento domiciliar.

No presente estudo não houve relação significativa entre o desfecho das lesões cicatrizadas e das não cicatrizadas quanto às variáveis de idade ($p=0,933$), IMC ($p=0,995$), estado civil ($p=0,308$), escolaridade do paciente ($p=0,219$), via de nutrição ($p=0,897$), escolaridade do cuidador ($p=0,907$) e tempo dedicado ao cuidado ($p=0,221$).

Estudos similares evidenciam que na atenção domiciliar o principal fator que interfere na cicatrização das lesões por pressão é o cuidador informal e/ou familiar, tendo em vista que o enfermeiro não acompanha diariamente os curativos e nem garante que todos os fatores relacionados a cicatrização sejam realizados de forma adequada. Além do mais, as más condições socioeconômicas ocasionam uma má alimentação, higiene inadequada, condições de moradia precárias, prejudicando a melhora clínica do paciente e, conseqüentemente, das lesões³.

O estado nutricional foi avaliado sendo 60% dos pacientes fazem uso de Sonda Nasoenteral (SNE) para alimentação, sendo um dos critérios de melhora de LP, uma vez que a perda de peso e os baixos níveis de massa corporal aumentam a probabilidade de desenvolvimento desse tipo de lesão¹⁴.

A desnutrição, juntamente com a perda de tecido adiposo e proteínas, pode resultar na evidência proeminente dos ossos,

umentando a área de contato sobre superfícies rígidas e contribuindo para o surgimento de lesões por pressão. Ademais, essa condição pode atrasar o processo de cicatrização de feridas devido à falta de nutrientes e substâncias necessárias para a reparação dos tecidos, conforme evidências documentadas¹⁶.

No caso da obesidade, pacientes com Índice de Massa Corporal (IMC) elevado frequentemente apresentam problemas de circulação, redução da vascularização, acúmulo excessivo de tecido adiposo e enfrentam dificuldades para realizar mudanças de posição e mobilidade reduzida quando acamados. Esses fatores contribuem para a ocorrência de pressão em áreas do corpo mais suscetíveis, como sacro, cóccix e calcanhares¹⁷.

A maior parte dos pacientes (60%) possuem escolaridade entre fundamental incompleto, ensino fundamental ou não possuíam escolaridade, enquanto 50% dos cuidadores possuem o ensino médio e 80% dedicam-se integralmente aos cuidados dos pacientes. O fator escolaridade foi considerado importante em relação a prevenção a LP, tendo em vista que quanto menor o grau de instrução do cuidador maior é o desafio de capacitá-lo para a realização de medidas que previnem o surgimento de LP¹⁸.

Pessoas com níveis mais baixos de escolaridade frequentemente direcionam-se para trabalhos domésticos ou empregos com baixa remuneração, pois a sociedade atualmente requer níveis educacionais mais elevados para acesso ao emprego formal¹⁹.

Esse contexto de baixa escolaridade pode estar associado à limitação de oportunidades de inserção no mercado de trabalho, levando à opção de se afastar de atividades laborais para fornecer cuidados, especialmente em situações de dependência prolongada, uma vez que contratar um cuidador pode se tornar financeiramente inviável²⁰.

As condições relacionadas à baixa escolaridade exigiram da equipe multiprofissional uma maior adaptação dos cuidados à realidade social do paciente e cuidador, podendo muitas vezes inviabilizar a

compreensão do cuidado, a administração correta dos medicamentos, assim como a realização do curativo e aplicação das coberturas propostas¹⁷. O nível de escolaridade do cuidador pode impactar diretamente na compreensão e implementação das estratégias de cuidado recomendadas.

A sobrecarga do cuidador foi outro aspecto salientado, visto que a grande maioria (80%) dos cuidadores se dedica integralmente aos cuidados dos pacientes. Essa sobrecarga pode resultar em altos níveis de estresse, comprometendo não só a saúde dos cuidadores, mas também a qualidade do cuidado prestado aos pacientes, o que pode comprometer a disponibilidade de cuidadores para auxiliar no cuidado diário ao paciente e na troca dos curativos.

Em um estudo conduzido por Souza et al. (2015²¹), os pesquisadores avaliaram a presença de estresse, a sobrecarga e a qualidade de vida entre os cuidadores das Estratégias de Saúde da Família (ESFs) em Criciúma, Santa Catarina. Os resultados revelaram que 81,8% dos cuidadores apresentaram níveis de estresse consideráveis, associados a uma sobrecarga elevada. Além disso, foi identificada uma correlação moderadamente positiva ($r_s = 0,571$) entre a Medida de Independência Funcional (MIF) Global e a percepção de dor (SF-36), com significância estatística ($p = 0,001$).

Diante desses achados, é crucial direcionar a atenção aos cuidadores, reconhecendo e compreendendo as diversas barreiras físicas, sociais e emocionais envolvidas no ato de cuidar. Essa abordagem se torna fundamental no contexto da saúde coletiva, visando proporcionar uma melhor qualidade de vida aos cuidadores e, por consequência, promover uma menor sobrecarga tanto para eles quanto para aqueles aos quais prestam cuidados.

A saúde dos cuidadores é essencial para garantir um cuidado efetivo aos pacientes, se os cuidadores estão enfrentando altos níveis de estresse e sobrecarga, isso pode ter um impacto direto na qualidade do cuidado oferecido aos seus familiares e até mesmo em sua própria saúde.

Apesar da ausência de associação estatística entre certos fatores e a cicatrização das lesões, é importante ressaltar que uma parcela significativa dos pacientes evoluiu para a cicatrização. Essa situação merece uma análise mais aprofundada para identificar elementos que possam ter sido determinantes nesse processo, envolvendo uma revisão mais ampla de literatura para elucidar outros possíveis fatores influenciadores.

A maioria dos estudos relacionados a cicatrização das LP no atendimento domiciliar apresentam evidências de que a idade, comorbidades, tempo dedicado ao cuidado e a escolaridade do cuidador interferem no cuidado prestado ao paciente como um todo, principalmente em relação a cicatrização de lesão por pressão, porém neste estudo não foi evidenciado nenhum fator que fosse estatisticamente relevante na cicatrização.

A ocorrência de feridas crônicas está frequentemente associada à idade avançada, independentemente de sua origem, sendo que a probabilidade de desenvolver tais feridas duplica em pessoas com mais de 60 anos, esse aumento na incidência está ligado a questões inerentes ao processo de envelhecimento²².

Na Atenção Domiciliar (AD), o cuidado prestado pelo cuidador exerce forte influência na cicatrização, já que a presença constante do enfermeiro para cada troca de curativo não é viável, isso dificulta assegurar a aplicação de medidas adequadas para a cicatrização, condições socioeconômicas precárias impactam na alimentação, higiene e moradia, afetando diretamente o cuidado. A elaboração conjunta do plano de cuidados, compartilhado entre paciente e cuidador, é crucial para a adesão ao tratamento, promovendo maior autonomia para ambos¹⁵.

Vale ressaltar que o enfermeiro do SAD tem papel importante na detecção dos fatores que estão envolvidos na cicatrização das lesões dos seus pacientes e implantar as melhores estratégias que atinjam de forma singular e trazendo para a realidade de cada família atendida.

CONCLUSÃO

O estudo sobre LP no atendimento domiciliar destacou a prevalência de pacientes idosos, evidenciando a correlação entre o envelhecimento populacional e a demanda crescente por serviços de saúde domiciliar. Lesões sacrais nos estágios II e III foram comuns, com uma proporção significativa de cicatrização das feridas.

Fatores como o estado nutricional, os baixos níveis de escolaridade dos pacientes e dos cuidadores e a sobrecarga dos cuidadores foram identificados. O papel do enfermeiro na identificação dos fatores associados à recuperação e na implementação de estratégias adaptadas a cada família é fundamental para garantir cuidados de qualidade, embora este estudo específico não tenha encontrado fatores estatisticamente significativos na cicatrização de feridas, compreender as complexidades do cuidado domiciliar e as necessidades dos pacientes e cuidadores é importante para melhorar a qualidade de vida dos envolvidos no processo de cuidado.

Como limitação do estudo pode-se citar o número de participantes e o tempo para acompanhamento. Outro fator que pode ter sido uma limitação é o fato de alguns participantes precisarem de internação ao longo da coleta, sendo que isto pode interferir na evolução das lesões.

REFERÊNCIAS

1. Paiva PA, Silva YC, Franco NFS, Costa MFRL, Dias OV, Silva KL. Serviços de atenção domiciliar: critérios de elegibilidade, inclusão, exclusão e alta. *Rev Bras em promoção da Saúde*. 2016; 29(2):244–52. [online]. [Acesso em Dez 05 2020]; Disponível em: <https://redalyc.org/pdf/408/40848190013.pdf>
2. Castro EAB, Leone DRR, Santos CM, Neta FCCG, Gonçalves JRL, Contim D, et al. Organização da atenção domiciliar com o Programa Melhor em Casa. *Rev Gaúcha Enferm*. 2018; 39:e2016-0002. [online]. [Acesso em Dez 05 2020]; Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rgenf/a/npgPRKrXL4gftMvhvnQhZqd/?format=pdf&lang=pt>

3. Machado DO, Mahmud SJ, Coelho RP, Cecconi CO, Jardim GS, Paskulin LMG. Cicatrização de lesões por pressão em pacientes acompanhados por um serviço de atenção domiciliar. *Texto Context - Enferm.* 2018;27(2):1–8. [online]. [Acesso em Dez 05 2020] Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/tce/v27n2/0104-0707-tce-27-02-e5180016.pdf>

4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 825 de 25 de abril de 2016: Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. 2016; [online]. [Acesso em Abr 10 2021]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html

5. European Pressure Ulcer Advisory Panel NPIAP and PPPIA. qrg-2020-brazilian-portuguese. 2019;3:46. [online]. [Acesso em Abr 10 2021]. Disponível em: https://www.biosanas.com.br/uploads/outros/artigos_cientificos/127/956e02196892d7140b9bb3cdf116d13b.pdf

6. Silva PC, Silva DM, Macedo TLS, Macedo TLS, Luna BMG. A atuação do enfermeiro no tratamento de feridas. *Braz. J. Hea. Rev.* 2021; 4(2):4815-22. [online]. [Acesso Dez 09 2023]. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/25942>

7. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução Cofen nº567/2018 de 7 de fevereiro de 2018. Regulamenta a atuação da equipe de enfermagem no cuidado aos pacientes com ferida. Brasília (DF); COFEN; 2018. [online]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofenno-567-2018_60340.html

8. Sousa RC, Faustino AM. Nurses' understanding about the pressure injury prevention and care. *Rev Pesqui Cuid é Fundam Online.* 2019; 11(4):992–7. [online].

[Acesso em Dez 08 2023]; Disponível em: <https://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6832/pdf>

9. Favreto FJL, Betioli SE, Silva FB, Campa A. O papel do enfermeiro na prevenção, avaliação e tratamento das lesões por pressão. *Rev Gestão Saúde.* 2017; 17, n. 2(2):37–47. [online]. [Acesso em Dez 08 2023]. Disponível em: <https://www.herrero.com.br/files/revista/filea2aa9e889071e2802a49296ce895310b.pdf>

10. Macedo LM, Martin STF. Interdependência entre os níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS): significado de integralidade apresentado por trabalhadores da Atenção Primária. *Interface (Botucatu)* 2014; 18(51):647-60. [online]. [Acesso Abr 10 2022]; Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/KwRn79sCtgz5KyWKZPZsBfP/?format=pdf&lang=pt>

11. Dias GAR, Lopes MMB. Educação e saúde no cotidiano de enfermeiras da atenção primária. *Rev Enferm UFSM* 2013; 3(3):449-60. [online]. [Acesso em Dez 10 2023]. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/7846/pdf>

12. Mendonça FF, Nunes EFPA. Atividades participativas em grupos de educação em saúde para doentes crônicos. *Cad Saúde Coletiva.* 2014; 22(2):200–4 [online]. [Acesso em Dez 08 2023]; Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/V7H7r9pQ5Fzt3MzpFngDtMm/?format=pdf&lang=pt>

13. Santos VLCG, Azevedo MAJ, Silva TS, Carvalho VMJ, Carvalho VF. Adaptação transcultural do Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH), para a língua portuguesa. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2005; 13(3):305- 13. [online]. [Acesso em Abr 10 2021]; Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/MRdrVJrrSWNkscmtqGjFVhD/?format=pdf&lang=pt>

14. Paranhos WY, Santos VLC de G. Avaliação de risco para úlceras de pressão por meio da Escala de Braden, na língua portuguesa. Repositório USP BR 1999. [online]. [Acesso em Dez 08 2020]. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/001037655>
15. Machado DO, Mahmud SJ, Coelho RP, Cecconi CO, Jardim GS, Paskulin LMG. Cicatrização de lesões por pressão em pacientes acompanhados por um serviço de atenção domiciliar. *Texto Context - Enferm.* [online]. 2018 [Acesso em 08 dez 2023];27(2):1-8. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/tce/v27n2/0104-0707-tce-27-02-e5180016.pdf>
16. Hajhosseini B, Longaker MT, Gurtner GC. Pressure Injury. *Annals of Surgery, Stanford.* 2019; 20(20):1-15; [online] [Acesso em Dez 09 2023]. Disponível em: https://journals.lww.com/annalsofsurgery/abstract/2020/04000/pressure_injury.14.aspx
17. Ness SJ, Hickling DF, Bell J, Collins PF. The pressures of obesity: the relationship between obesity, malnutrition and pressure injuries in hospital inpatients. *Clinical Nutrition.* 2017; 1-29. [online]. [Acesso em Dez 08 2023] Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/319201636_The_pressures_of_obesity_The_relationship_between_obesity_malnutrition_and_pressure_injuries_in_hospital_inpatients
18. Mena LS, Zillmer JGV, Borges SF, Genz N, Soares ER, Barcellos CRB. Prevenção de lesão por pressão no domicílio: revisão integrativa. *Brazilian J Heal Rev.* 2020; 3(4):8806-20. [online]. [Acesso em Abr 10 2021]. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/13583/11374>
19. Gratão ACM, Talmelli LFS, Figueiredo LC, Rosset I, Freitas CP, Rodrigues RAP. Functional dependency of older individuals and caregiver burden. *Rev Esc Enferm USP.* 2013; 47(1):137-44. [online]. [Acesso em Dez 09 2023]; Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/G6HxJWZYFRYYyvWFpCXjF3K/?format=pdf&lang=en>
20. Loureiro LSN, Fernandes MGM, Marques S, Nóbrega MML, Rodrigues RAP. Burden in family caregivers of the elderly: Prevalence and association with characteristics of the elderly and the caregivers. *Rev da Esc Enferm.* 47(5):1129-36. 2013. [online]. [Acesso em Dez 09 2023]; Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/kVB7jz9q4ZhJgrBCM9kkqXN/?format=pdf&lang=en>
21. Souza LR, Hanus JS, Dela Libera LB, Silva VM, Mangilli EM, Simões PW, et al. Sobrecarga no cuidado, estresse e impacto na qualidade de vida de cuidadores domiciliares assistidos na atenção básica. *Cad Saúde Coletiva.* 2015; 23(2):140-9. [online]. [Acesso em Dez 08 2023]; Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/44RVyk93hQNqy6GY4MmhHNP/?format=pdf&lang=pt>
22. Haji Zaine N, Burns J, Vicaretti M, Fletcher JP, Begg L, Hitos K. Characteristics of diabetic foot ulcers in Western Sydney, Australia. *J Foot Ankle Res.* 2014; 7(1):1-7. [online]. [Acesso em Dez 10 2023]; Disponível em: <https://jfootankleres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13047-014-0039-4>

Recebido em: 04.09.2023
Aprovado em: 28.12.2023