

PREVALÊNCIA DO RISCO DE LESÃO POR PRESSÃO EM USUÁRIOS DA ATENÇÃO DOMICILIAR: ESTUDO TRANSVERSAL**PREVALENCE OF RISK OF PRESSURE INJURY IN HOME CARE USERS: CROSS-SECTIONAL STUDY****PREVALENCIA DE RIESGO DE LESIÓN POR PRESIÓN EN USUARIOS DE ATENCIÓN DOMICILIARIA: ESTUDIO TRANSVERSAL**¹Larissa Cristina Venâncio de Moraes²Shirley Boller³Magda Nanuck de Godoy Ribas Pinto⁴Christian Boller⁵Katiuska Ferraz Jansen Negrello⁶Ricson Romário Nascimento⁷Maria Helena de Souza Freira

¹Universidade Federal do Paraná, Curitiba-PR/ Brasil. ORCID-
<https://orcid.org/0000-0003-4198-3990>

²Universidade Federal do Paraná, Curitiba-PR/ Brasil. ORCID:
<https://orcid.org/0000-0001-8082-16x>

³Universidade Federal do Paraná, Curitiba-PR/ Brasil. ORCID:
<https://orcid.org/0000-0001-8265-1584>

⁴Faculdade Pequeno Príncipe, Curitiba-PR/ Brasil. ORCID- ORCID:
<https://orcid.org/0000-0002-1777-6695>

⁵Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, Curitiba-PR/ Brasil. ORCID:
<https://orcid.org/0000-0002-0324-7979>

⁶Universidade Federal do Paraná, Curitiba-PR/ Brasil. ORCID:
<https://orcid.org/0000-0002>

⁷Universidade Federal do Paraná, Curitiba-PR/ Brasil. ORCID:
<https://orcid.org/0000-0003-3941-3673>

Autor correspondente**Larissa Cristina Venâncio de Moraes**

End: Rua José Bonfim Alcântara, n°15, bairro: Jardim Santa Rita de Cássia, Almirante Tamandaré- PR. Brasil. CEP: 83506-310.

Telefone: +55(41) 98511-4801. E-mail: crislare25@gmail.com

Submissão: 12-02-2023**Aprovado:** 20-10-2023**RESUMO**

Objetivo: identificar a prevalência do risco de lesão por pressão em usuários domiciliados, com redução de mobilidade física ou imobilidade, atendidos pelas equipes de Estratégia de Saúde da Família, em um município do Estado do Paraná. **Métodos:** estudo transversal, descritivo, realizado entre agosto e novembro de 2022, com a inclusão de 40 pacientes. A coleta de dados ocorreu por meio de análise dos prontuários, com auxílio de um formulário semiestruturado e com aplicação da escala de Braden. **Resultados:** predominaram os participantes de sexo feminino (65% n=26), de cor branca (67,5% n=27), viúvos (42,5% n=17) e idosos (70% n=28). Dentre todos os participantes, 95% contavam com um cuidador familiar. A prevalência do risco de lesão por pressão foi de 75%. As principais comorbidades encontradas foram hipertensão, *diabetes mellitus*, acidente vascular cerebral e dislipidemia. Dentre os medicamentos mais utilizados, destacam-se os anti-hipertensivos. **Conclusões:** o estudo permitiu identificar o perfil do usuário da atenção domiciliar, o que fomenta o planejamento de estratégias para redução da ocorrência do evento. A lesão por pressão é um importante indicador da qualidade do cuidado prestado e a sua ocorrência impacta negativamente a qualidade de vida do usuário e de seus familiares.

Palavras-chave: Lesão por Pressão; Prevalência; Risco; Atenção Domiciliar.

ABSTRACT

Objective: to identify the prevalence of the risk of pressure injuries in home users, with reduced physical mobility or immobility, cared for by the Family Health Strategy teams, in a municipality in the State of Paraná. **Methods:** cross-sectional, descriptive study, carried out between August and November 2022, with the inclusion of 40 patients. Data collection occurred through analysis of medical records, with the aid of a semi-structured form and application of the Braden scale. **Results:** female participants (65% n=26), white (67.5% n=27), widowers (42.5% n=17) and elderly (70% n=28) predominated. Among all participants, 95% had a family caregiver. The prevalence of pressure injury risk was 75%. The main comorbidities found were hypertension, diabetes mellitus, stroke and dyslipidemia. Among the most used medications, antihypertensives stand out. **Conclusions:** the study made it possible to identify the profile of home care users, which encourages the planning of strategies to reduce the occurrence of the event. Pressure injuries are an important indicator of the quality of care provided and their occurrence negatively impacts the quality of life of users and their families.

Keywords: Pressure Ulcer; prevalence; Risk; Home Care Services.

RESUMEN

Objetivo: identificar la prevalencia del riesgo de lesiones por presión en usuarios domiciliarios, con movilidad física reducida o inmovilidad, atendidos por los equipos de la Estrategia de Salud de la Familia, en un municipio del Estado de Paraná. **Métodos:** estudio descriptivo transversal, realizado entre agosto y noviembre de 2022, con la inclusión de 40 pacientes. La recolección de datos ocurrió a través del análisis de historias clínicas, con la ayuda de un formulario semiestructurado y aplicación de la escala de Braden. **Resultados:** predominaron los participantes femeninos (65% n=26), blancos (67,5% n=27), viudos (42,5% n=17) y ancianos (70% n=28). Entre todos los participantes, el 95% tenía un cuidador familiar. La prevalencia del riesgo de lesión por presión fue del 75%. Las principales comorbidades encontradas fueron hipertensión arterial, diabetes mellitus, ictus y dislipidemia. Entre los medicamentos más utilizados destacan los antihipertensivos. **Conclusiones:** el estudio permitió identificar el perfil de los usuarios de atención domiciliar, lo que incentiva la planificación de estrategias para reducir la ocurrencia del evento. Las lesiones por presión son un indicador importante de la calidad de la atención brindada y su aparición impacta negativamente la calidad de vida de los usuarios y sus familias.

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

INTRODUÇÃO

A Atenção Domiciliar (AD) é definida pelo Ministério da Saúde como modalidade de atenção à saúde prestada em domicílio, integrada à Rede de Atenção à Saúde (RAS), que se caracteriza pelo conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, assim como de reabilitação, palição e promoção à saúde, garantindo a continuidade do cuidado, além de possibilitar um atendimento humanizado e mais bem adaptado ao paciente⁽¹⁾.

Integrada às práticas da Atenção Primária de Saúde (APS), a AD propicia a articulação entre os serviços e promove a otimização tanto dos leitos quanto dos demais recursos hospitalares, bem como a ampliação do acesso aos serviços de saúde aos pacientes domiciliados. A elegibilidade para atendimento domiciliar segue critérios de avaliação sobretudo biopsicossocial. Nesse sentido, dentre os usuários que utilizam o serviço, comumente se encontram os que apresentam comprometimentos físicos e sociais, dentre os quais os seguintes: vulnerabilidade nas organizações sociais-familiares-econômicas, com impacto direto em seu estado de saúde; redução de mobilidade ou imobilidade física, temporárias ou permanentes; em períodos de pós-operatórios; transtorno de saúde mental. Sendo assim, muitos usuários enquadrados nos critérios de elegibilidade para AD manifestam fatores de risco relacionados ao desenvolvimento de lesão por pressão (LP)⁽¹⁾.

Em termos de definição, a LP caracteriza-se por dano tecidual localizado na pele e/ou em tecidos subjacentes, o qual, geralmente, está situado sobre proeminência óssea e é resultante da pressão ou, mesmo, de uma combinação entre esta e as forças de fricção e cisalhamento⁽²⁾. Os fatores que estimulam o desenvolvimento desse tipo de lesão são multicausais, podendo também ser afetada pelo microclima, por nutrição, por perfusão, por comorbidades e pela condição da pele⁽³⁾.

A LP é considerada, pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), um evento adverso evitável e foco relevante das infecções no ambiente domiciliar, de modo que pode impactar negativamente a qualidade de vida do usuário domiciliado. Se não tratada em tempo hábil, a LP pode aumentar o risco de evolução para quadros graves de septicemia, o que justifica a incidência direta dessa lesão em estatísticas de óbito⁽⁴⁾.

Uma das práticas fundamentais à prevenção e ao tratamento da LP para usuários em risco é o reposicionamento regular destes, com vistas a reduzir-se a duração da exposição dos tecidos vulneráveis à pressão, como a região sacral e os calcâneos⁽²⁾. Períodos prolongados em uma única posição resultam em deformação de tecido interno, ocasionando alterações locais na fisiologia da pele e tecidos subdérmicos, o que culmina em isquemia na vasculatura sanguínea, em deterioração linfática e em deformação tecidual^(2,5).

Além disso, o microclima – definido como “a temperatura e umidade da superfície da pele na interface com a superfície de suporte” – pode afetar a fisiologia tecidual e a sua tolerância à pressão, ou seja, a umidade elevada da pele decorrente da transpiração excessiva ou de incontinência urinária/fecal pode reduzir a força e a rigidez do extrato córneo da pele, aumentando a sua permeabilidade, o que, por sua vez, altera a resistência à fricção com os materiais da superfície⁽⁵⁾.

As intervenções – dentre as quais a redistribuição e/ou o alívio de pressão – e a gestão do microclima em diferentes ambientes de cuidados são ações simples, mas diretamente dependentes de pessoas para a sua execução. No entanto, a adesão aos cronogramas de reposicionamento (a qual já é problemática em ambiente hospitalar) pode ser ainda maior na AD, haja vista a necessidade do entendimento e da compreensão da intervenção por parte do familiar cuidador.

Em razão disso, ressalta-se a importância da identificação do perfil do usuário domiciliado com redução de mobilidade e de sua classificação quanto ao risco de LP, a fim de que as equipes da AD possam incluir medidas de prevenção em seu planejamento estratégico. Para tanto, a Escala de Braden, indicada pelo Protocolo de Segurança do Paciente no Domicílio, é amplamente utilizada pela equipe de enfermagem e auxilia tanto na tomada de decisão quanto na elaboração de plano específico de cuidados, voltados à necessidade de cada indivíduo^(1,6).

Nessa perspectiva, o objetivo do presente estudo foi identificar a prevalência pontual do risco de lesão por pressão em pacientes domiciliados, com redução de mobilidade física ou com imobilidade, atendidos por três equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), pertencentes a uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do Município de Piraquara, na Região Metropolitana de Curitiba.

MÉTODO

Trata-se de estudo transversal, de abordagem quantitativa, descritivo, que incluiu três equipes (doravante, denominadas como *Ouro, Prata e Bronze*) de Estratégia de Saúde da Família (ESF), equipes pertencentes ao território de atendimento de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), do Município de Piraquara, Região Metropolitana de Curitiba, capital do Estado do Paraná.

Optou-se pela Escala de Braden como instrumento de predição do risco de LP, por tratar-se de uma ferramenta de conhecimento dos profissionais de enfermagem atuantes em diversas áreas da saúde. Essa ferramenta divide-se em seis subescalas ou variáveis de risco: 1. a percepção sensorial, 2. umidade, 3. atividade, 4. mobilidade, 5. nutrição e 6. fricção e cisalhamento. O *score* pode variar entre 6 e 23 pontos, sendo que a classificação do risco de cada indivíduo avaliado ocorre de acordo com o *score* alcançado: sem risco (pontuação acima de 19 pontos); baixo risco (entre 15 e 18 pontos); risco moderado (entre 13 e 14 pontos); risco alto

(entre 10 e 12 pontos); risco muito alto (abaixo de 9 pontos)⁽⁶⁾.

Os critérios de inclusão para a participação na pesquisa foram: indivíduos domiciliados com idade igual ou superior a 18 anos, com redução de mobilidade física ou com imobilidade, cadastrados e atendidos por uma das três equipes da ESF da UBS participante.

A coleta dos dados ocorreu em duas etapas: (1) para a seleção dos participantes, análise dos prontuários no *G-MUS* relativos aos usuários cadastrados; (2) para a avaliação do risco de LP, exame físico. Na primeira etapa, as informações foram coletadas por meio de um formulário semiestruturado, o qual contemplava dados sociodemográficos (sexo, idade, raça, estado civil, cuidadores no mesmo domicílio, bairro de residência, equipe da ESF) e dados clínicos (medicamentos em uso e comorbidades).

Nessa primeira etapa, os dados foram coletados a partir de registros de usuários domiciliados, realizados em prontuários físicos e eletrônicos do sistema operacional *G-MUS*, de agosto a novembro de 2022. O sistema operacional *G-MUS* é um sistema de gestão para as secretarias municipais de saúde e seus equipamentos públicos, possibilitando a informatização dos prontuários e de outros serviços, além da promoção da agilidade no atendimento.

Após a seleção dos usuários enquadrados nos critérios de inclusão, foi realizada a segunda etapa, a qual forneceu subsídios à classificação do risco de LP e à identificação da sua prevalência dentre os participantes.

A prevalência pontual/instantânea do risco de LP é a avaliação da frequência de casos existentes em um dado instante no tempo, sendo realizada uma única avaliação por participante. O dado de prevalência pontual do risco de LP foi obtido a partir da razão entre o número (n) de pessoas em risco para o desenvolvimento de LP (n de casos existentes) e o n total de pacientes domiciliados, com mobilidade física reduzida. Esse valor foi multiplicado pela constante (100). Utilizou-se o programa *Microsoft Excel® versão 2013* para a tabulação dos dados do perfil sociodemográfico e o programa *SPSS® (versão 21)* para a análise estatística.

A pesquisa atendeu às normas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa do Setor Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, sob o parecer nº 5.588.834. Todos os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Foram identificados 47 usuários domiciliados atendidos pelas equipes da ESF da UBS. Destes, sete não apresentavam restrição quanto à mobilidade física e, portanto, foram excluídos do estudo.

A Tabela 1, a seguir, expõe o perfil sociodemográfico dos 40 participantes, dentre os quais se destaca um maior número de pessoas brancas (67%, n=27), mulheres (65%, n=26) e viúvos (42,5%, n=17).

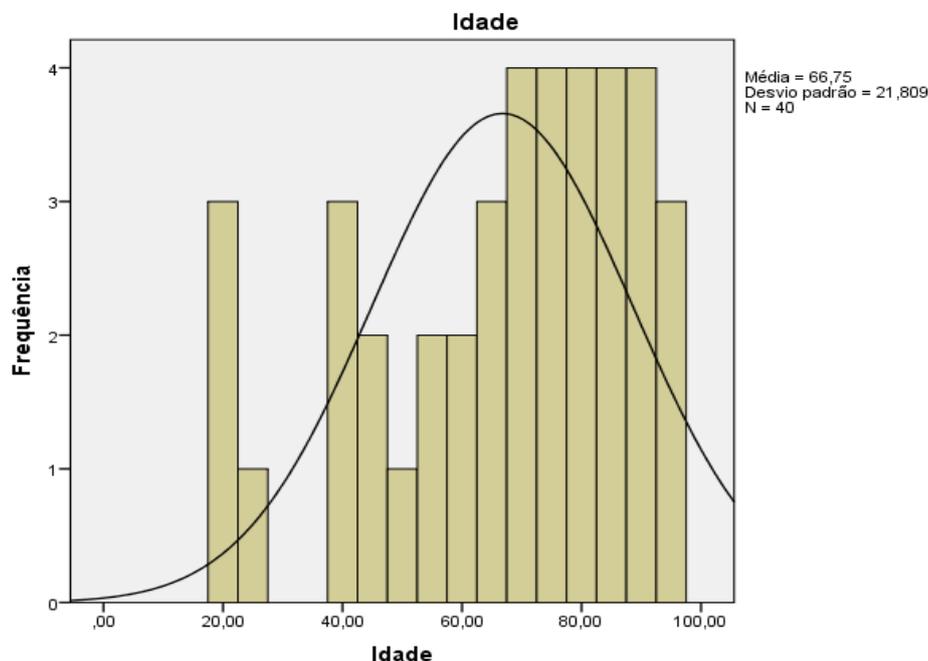
Tabela 1 – Perfil sociodemográfico dos participantes do estudo atendidos pela UBS, Piraquara, Paraná, 2022.

Variáveis	n	(%)
Estado civil		
Casado (a)	12	30
Solteiro (a)	8	20
Viúvo (a)	17	42,5
Divorciado (a)	3	7,5
Sexo		
Feminino	26	65
Masculino	14	35
Cor		
Branca	27	67,5
Preta/parda	13	32,5
Faixa etária em anos		
18 a 30	4	10
31 a 59	8	20
60 a 79	14	35
80 a 100	14	35
Equipe de Estratégia de Saúde da Família		
Prata	12	30
Ouro	11	27,5
Bronze	17	42,5

Fonte: Os autores, a partir de dados da pesquisa.

A média de idade dos participantes foi de 66 anos (\pm 21,8 anos) com assimetria negativa (mediana 71,5 anos) (Figura 1). A partir do teste de Chi-quadrado, quanto ao nível de significância de 0,05, não foi possível afirmar a existência de diferença entre os sexos na amostra, a qual pode ser considerada

homogênea. Também não foi encontrada diferença significativa na distribuição de idade nos referidos gêneros, ou seja, quanto ao teste de Mann-Whitney, a distribuição das idades tanto no gênero masculino quanto no gênero feminino é considerada igual estatisticamente ($p > 0,05$).

Figura 1 - Distribuição de frequência das idades.

Fonte: Os autores, a partir de dados da pesquisa.

Observou-se maior prevalência de risco de LP dentre os idosos, na faixa etária de 60 a 100 anos, com mobilidade física prejudicada, os quais representam cerca de 70% dos participantes. No que tange às equipes de Estratégia de Saúde da Família, a Equipe Bronze atendeu o maior número de casos de risco de LP, abrangendo 42,5% (n=17) dos participantes.

Dentre as pessoas do sexo feminino, a prevalência de “alto risco” e “risco muito alto” foi de 34,6% (n=9) e 7,69% (n=2),

respectivamente, ao passo que, dentre os homens, a prevalência pontual foi de 21,4% (n=3), tanto para “alto risco” quanto “risco muito alto”. Identificou-se que, dentre os participantes que não apresentaram risco de desenvolvimento de LP, todos eram idosos (n=10); já dentre os adultos, encontrou-se prevalência de 58% (n=7) de alto risco de LP, dos quais 42% são residentes da área de abrangência da Equipe Bronze, 57% são casados e 85% contam com cuidadores familiares (Tabela 2).

Tabela 2 – Score da Escala de Braden, Piraquara, Paraná, 2022.

	Sem risco (>19)	Risco brando (15 a 18)	Risco moderado (13 a 14)	Risco alto (10 a 12)	Risco muito alto (<9)	n (%) N=40
Faixa etária						

(anos)

18 a 30	0	1	0	2	1	10
31 a 59	0	1	2	5	0	20
60 a 79	3	5	0	3	3	35
80 a 100	7	3	1	2	1	35

Sexo

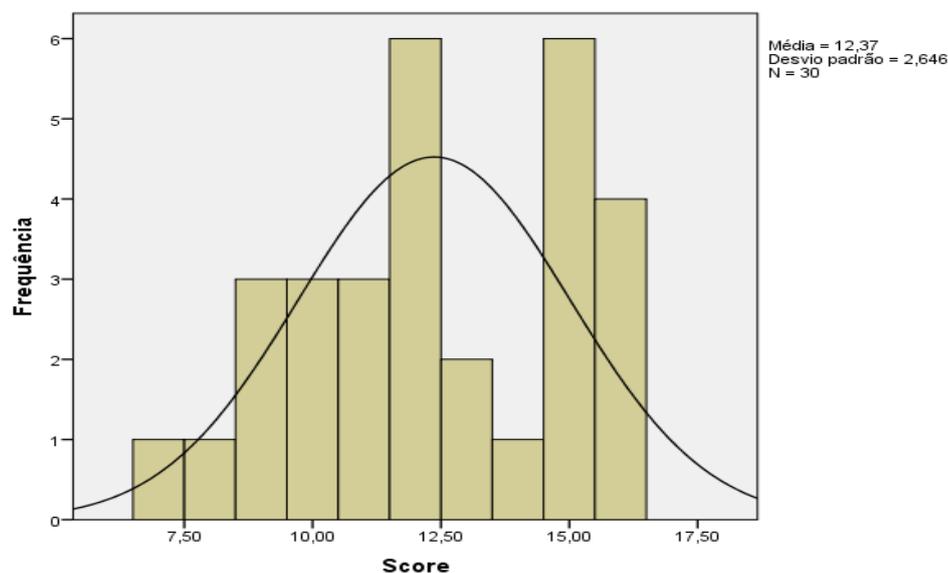
Feminino	8	7	0	9	2	65
Masculino	2	3	3	3	3	35

Fonte: Os autores, a partir de dados da pesquisa.

A Figura 2 apresenta os resultados da distribuição de frequência dos riscos de LP, tendo sido excluídos dessa análise 10 pacientes que foram classificados como “sem risco”.

Quanto aos pacientes que apresentaram algum risco, observa-se que a média foi de 12,37 ($\pm 2,64$).

Figura 2 – Distribuição de frequência do risco de LP.



Fonte: Os autores, a partir de dados da pesquisa.

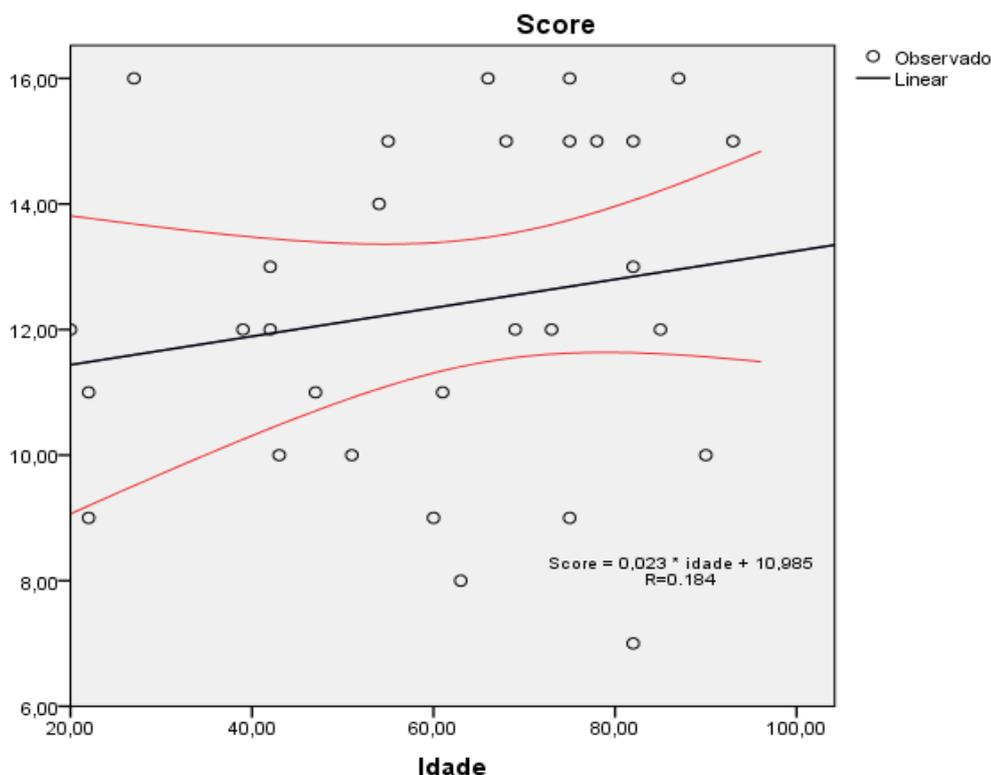
Ao relacionar-se o sexo dos participantes com os respectivos escores da Escala de Braden, por meio do teste de *Mann-Whitney*, o resultado aponta para uma distribuição homogênea dos riscos, ou seja, não existe diferença entre a

gravidade dos *scores* entre homens e mulheres ($p > 0,05$). Com base em uma análise de correlação, não foi possível evidenciar uma relação entre idade e gravidade (índice de correlação de Pearson igual a 0,184), ou seja,

embora exista certa linearidade positiva, esta não é considerada significativa, o que indica que

casos graves e leves são distribuídos de forma homogênea em todas as faixas etárias (Figura 3).

Figura 3 – Correlação entre idade e *score* dos participantes.



Fonte: Os autores, a partir de dados da pesquisa.

No tocante às demais variáveis (Tabela 3), verificou-se que 17% (n=7) dos participantes fazem uso de algum dispositivo médico; 70% (n=28) utilizam fraldas, durante ao menos um período do dia; e 95% (n=38) contam com cuidador familiar. Dos participantes, apenas um usuário domiciliado tem cuidador contratado e um não tem cuidador. Durante a avaliação, 15% dos participantes já apresentaram LP, sendo a região sacral a mais acometida, seguida por calcâneos, trocanteres e maléolos. Salienta-se que todos os usuários com LP participantes desta pesquisa dispõem de cuidador familiar.

Dentre as comorbidades mais encontradas, destacam-se as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), prevalecendo à hipertensão arterial com 80% de acometidos (n=32), dos quais 87% (n=28) são idosos; seguida por diabetes *mellitus*, com 37,5% (n=15), e por dislipidemia, com 22,5% (n=9). Quanto às sequelas de Acidente Vascular Encefálico (AVE), constatou-se a prevalência destas em 30% (n=13) dos participantes, dos quais 69% (n=9) são idosos. Vale ressaltar, ainda, que 20% dos participantes (n=8) têm diagnóstico de depressão e, dentre estes, 75%

(n=6) também são idosos. No que tange aos medicamentos mais utilizados, destacam-se o Ácido Acetilsalicílico (37,5%; n= 15) e os anti-

hipertensivos Losartana, Enalapril e Carvedilol, que juntos somam 77,5% (n=31) dos fármacos mais utilizados pelos participantes da pesquisa.

Tabela 3 – Perfil clínico dos participantes domiciliados atendidos pela UBS, Piraquara, Paraná, 2022.

	n	(%)
Uso de dispositivos médicos	7	17%
Uso de fraldas	28	70%
Comorbidades		
Hipertensão	32	80%
Diabetes	15	37,5%
Dislipidemia	9	22,5%
Depressão	8	20%
AVE	13	32,5%
Medicamentos mais utilizados		
Losartana	11	27,5%
Enalapril	11	27,5%
Ácido acetilsalicílico	15	37,5%
Carvedilol	9	22,5%
Omeprazol	6	15%
Sinvastatina	6	15%
Metformina	5	12,5%
Perfil do cuidador		
Familiar	38	95%
Não familiar	1	2,5%
Sem cuidador	1	2,5%

Fonte: Os autores, a partir de dados da pesquisa.

DISCUSSÃO

Os dados mostram uma prevalência de risco de LP em 75% dos participantes, corroborando os resultados de um estudo que identificou a prevalência de 76% de risco de LP em pacientes domiciliares de uma cidade do Norte de Minas Gerais⁽⁷⁾. Essa proximidade dos resultados pode ser explicada pelo fato de a pesquisa realizada em Minas Gerais abranger pacientes atendidos por um programa de AD vinculado à Atenção Primária.

Outro estudo, realizado na cidade de Ribeirão Preto (SP), com pacientes encaminhados ao atendimento no domicílio após alta hospitalar, mostrou uma prevalência do risco de LP em 56% dos indivíduos, porém muitos ainda não haviam sido vinculados aos serviços prestados pela AD⁽⁸⁾.

Quanto às características dos participantes com mobilidade física reduzida, identificou-se uma prevalência de 70% (n=28) dentre os idosos. Essa faixa etária (de 60 a 100

anos) também foi predominante em estudos realizados em serviços de AD que caracterizaram o perfil dos usuários, cujas prevalências variaram entre 67% e 79%⁽⁹⁻¹¹⁾.

A esse respeito, cabe pontuar que o envelhecimento promove alterações na estrutura e na funcionalidade da derme, aumentando a sua fragilidade, diminuindo a espessura da pele e da massa muscular associada à desidratação e à redução do fluxo sanguíneo, a qual impacta o aporte de oxigênio e nutrientes. Esses fatores em conjunto comprometem a resistência da pele, expondo as proeminências ósseas e aumentando o risco de lesões. Vale ressaltar que os indivíduos em extremos de idade são considerados pelo *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) como população em risco para o diagnóstico de integridade da pele prejudicada, incluindo as LP⁽¹²⁻¹³⁾.

Surpreendentemente, os resultados mostram que os participantes da pesquisa com idade igual ou superior a 79 anos, ou idosos longevos, apresentaram uma maior predominância da classificação “sem risco” para o desenvolvimento de LP. Contudo, dentre os adultos (de 18 a 59 anos) que apresentaram algum risco de LP (30% n=12), 17% (n=7) foram classificados em “alto risco”, um número significativo e contrário ao que se esperava, uma vez que, fisiologicamente, os idosos têm maior predisposição às lesões cutâneas. Ao analisar-se esse achado, averiguou-se que três eram residentes da área atendida pela Equipe Bronze,

a qual apresenta a maior predominância dos domiciliados com redução de mobilidade física. A esse propósito, observa-se que a imobilidade e a redução da mobilidade física acarretam maior tendência à LP, visto que dificultam o reposicionamento e, por conseguinte, o alívio da pressão sobre a pele⁽¹⁴⁾.

Acerca da cor da pele, identificou-se que as pessoas de cor branca apresentaram maior prevalência de risco, o que corrobora estudos realizados sobre lesões de pele em serviços de atenção domiciliar⁽¹⁵⁻¹⁶⁾. Acerca disso, cumpre ressaltar que não há consenso, dentre os estudos, sobre a existência de diferença na função de barreira da pele nas diferentes raças; no entanto, estudos sugerem que há uma maior predisposição para o desenvolvimento de LP em estágios mais altos em pessoas não caucasianas, principalmente devido à menor eficácia dos protocolos atuais na avaliação de tons de pele mais escuras, o que resulta em danos precoces⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

Em relação ao estado civil, houve predominância de participantes cujos cônjuges já haviam falecido (viúvos), dados também encontrados em uma pesquisa realizada na capital de Pernambuco, o que acarreta a transmissão de cuidados, sobretudo, para os filhos, causando impactos sociais e econômicos na vida desses cuidadores familiares⁽¹²⁾.

No que diz respeito ao sexo, observa-se maior prevalência de risco de LP entre as mulheres (65% n=26), resultado que vai ao encontro de dois estudos: em primeiro lugar, de

um estudo sobre a prevalência de risco de LP em pacientes domiciliares que constatou que 59% desses pacientes eram do sexo feminino; em segundo lugar, de um estudo sobre o risco de LP em idosos no domicílio que verificou que 59,8% desses idosos eram mulheres⁽¹²⁾. Tais achados também estão relacionados ao processo de feminização da velhice no país, ou seja, com o aumento da expectativa de vida das mulheres e com maior taxa de mortalidade dos homens jovens, o que reduz o número de indivíduos do sexo masculino que atinge a faixa etária idosa^(7,12). Dessa forma, os resultados da pesquisa mostram a maior predisposição do sexo feminino ao risco de LP, pois há uma maior predominância de mulheres participantes no estudo.

No que tange às comorbidades, destacam-se as DCNT com maior domínio de doenças cardiovasculares. Os dados sinalizam que 80% dos participantes têm hipertensão e que 32% apresentaram algum tipo de sequela de AVE. A hipertensão influencia significativamente a perfusão tissular, o que gera alterações no processo de cicatrização de feridas, além de caracterizar-se como uma comorbidade comum dentre os pacientes atendidos por serviços de AD^(9,15). Embora todos os participantes que não apresentaram risco de LP sejam idosos, destaca-se que, na faixa etária de participantes entre 60 e 100 anos, 87% têm hipertensão e 69% apresentam sequelas de AVE.

O AVE é uma comorbidade que ocorre a partir da alteração do fluxo sanguíneo no cérebro, com potencial para causar danos neurológicos e motores. Esses danos diminuem a mobilidade física e a percepção sensorial do indivíduo, predispondo-o ao risco de LP⁽⁷⁾. Além disso, o AVE tem como fatores de risco as DCNT frequentemente encontradas em pacientes atendidos pela AD, como hipertensão, diabetes e dislipidemia, comorbidades igualmente identificadas neste estudo.

No que concerne a doenças do sistema endócrino, observam-se as ocorrências de diabetes *mellitus* e dislipidemia, com prevalências de 37% e 22%, respectivamente. A diabetes *mellitus* apresenta alterações fisiológicas que aumentam o risco de infecções e modificam o processo de cicatrização. Em indivíduos idosos, a diabetes *mellitus* tipo 2, a descompensação da doença e o sobrepeso implicam a progressão da neuropatia periférica, diminuindo a sensibilidade dos membros inferiores⁽¹⁹⁾. Por isso, salienta-se a importância da avaliação da percepção sensorial presente na Escala de Braden.

Quanto à umidade, 95% dos participantes utilizavam fraldas, outro fator de predisposição ao desenvolvimento de lesões, na medida em que o uso aumenta a exposição da pele à umidade, favorecendo o surgimento de LP⁽⁵⁾. É, pois, indispensável que o cuidador identifique a necessidade de trocas de fraldas e as realize sempre que necessário, a fim de auxiliar na manutenção do microclima e de evitar tanto a

maceração da pele quanto as dermatites associadas à umidade.

Em termos de perfil do cuidador, ressalta-se a prevalência de cuidadores familiares: todos os participantes que apresentaram LP são atendidos por algum familiar, enquanto que 2,5% não dispõem de cuidador e não apresentam lesão. Tal resultado instiga a reflexão sobre os motivos da alta prevalência do risco de LP em pacientes acompanhados por cuidadores familiares. Esse achado pode ser elucidado parcialmente à luz de um estudo que identificou a percepção do cuidador sobre o cuidado e concluiu que a falta de conhecimento acerca do assunto, o cansaço causado pela realização das atividades, bem como reações de enfrentamento e sobrecarga do cuidador familiar, são os principais fatores relativos à prevalência da LP em usuários domiciliados⁽²⁰⁾.

Nesse sentido, na AD, deve-se reconhecer o papel do cuidador não só como quem presta o cuidado, mas também como sujeito que demanda por atenção e cuidado, considerando-se que as equipes de saúde devem cuidar de famílias e não apenas de indivíduos. Portanto, o cuidador igualmente deve ser alvo de atenção, com o intuito de que sejam identificados sinais de exaustão sua e de que ele seja orientado a respeito de cuidados com a própria saúde⁽¹⁾.

Quanto aos escores encontrados por meio da aplicação da Escala de Braden, verificou-se, em média, valores de 12 pontos, o que indica “alto risco” de desenvolvimento de LP,

evidenciando a necessidade de monitoramento dos pacientes domiciliados atendidos pela ESF que apresentam redução de mobilidade física ou imobilidade.

Nesse contexto, reforça-se a necessidade da avaliação pelo profissional enfermeiro, para além das orientações repassadas ao paciente e aos familiares, no sentido de que todos se tornem atores ativos do cuidado. Face à importância da prescrição individualizada de cuidados, é essencial que o profissional realize a avaliação com olhar holístico e utilize escalas de predição validadas, o que facilita o mapeamento dos riscos e norteia as tomadas de decisão referentes ao planejamento de intervenções a serem realizadas.

Ademais, sabendo-se que o reposicionamento e a movimentação precoce configuram-se como principais medidas de prevenção de LP, é imprescindível que a prescrição de tais medidas esteja no plano de cuidados. No entanto, além dessa recomendação, o guia de prevenção e tratamento de LP desenvolvido pelo *National Pressure Injury Advisory Panel* (NPIAP) e por organizações associadas aborda outras boas práticas, que incluem: avaliação completa da pele e dos tecidos em todos os pacientes em risco de LP; manutenção de pele limpa e hidratada; higienização imediata após episódios de incontinência; proteção cutânea por meio de tecnologias/coberturas específicas contra umidade; rastreamento sobre a nutrição dos usuários em risco; otimização da ingesta calórica

em usuários desnutridos ou em risco nutricional; fornecimento de alimentos ricos em calorias e proteínas para usuários em risco de LP que apresentem baixo peso ou desnutrição; avaliação vascular de membros inferiores; implementação de superfícies de apoio com base nas características do usuário; dentre outras orientações promotoras da prevenção de lesões por pressão⁽²⁾.

Embora questionada quanto à sensibilidade e à especificidade para a avaliação do risco de LP, a Escala de Braden apresenta seções com abordagens necessárias à avaliação do usuário domiciliado com redução de mobilidade, trazendo à luz a classificação do risco de LP, importante indicador para o planejamento do cuidado no que se refere à prevenção de LP e à promoção da saúde dos indivíduos já acometidos. Outrossim, tal escala se configura como instrumento de predição muito utilizado pelos profissionais, com recomendação em protocolos de prevenção à LP; contudo, é necessário que o profissional a utilize como ferramenta associada à sua avaliação clínica^(4,6).

A esse propósito, a identificação da prevalência do risco de LP na APS, em âmbito domiciliar, com o apoio de escalas de predição de risco, permite ao enfermeiro analisar os fatores e os agentes condicionantes comuns à população avaliada. Essa análise possibilita a antecipação à ocorrência do incidente e o estabelecimento tanto de protocolos quanto de medidas de prevenção voltados à redução da

incidência de LP no ambiente domiciliar e dos possíveis danos provocados pelo incidente. Entretanto, a análise dos fatores de risco comuns à população não anula a necessidade de prescrição individualizada do cuidado, o que reforça a importância da avaliação e do planejamento de cuidados específicos, com vistas ao suprimento das necessidades específicas de cada indivíduo.

O conhecimento sobre o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes em risco de LP no âmbito domiciliar, bem como de seus cuidadores, qualifica a execução da assistência de enfermagem^(7,20), além de melhor embasar o desenvolvimento de políticas públicas voltadas ao bem-estar dessa população, com vistas à redução da prevalência do risco e do desenvolvimento de LP no domicílio.

CONCLUSÃO

O presente estudo identificou a prevalência do risco de lesão por pressão em indivíduos domiciliados, atendidos por equipes de ESF em uma UBS, comprovando uma predominância de “alto risco” de LP entre pessoas do sexo feminino e faixa etária entre 18 e 59 anos. Esses dados auxiliam na percepção dos profissionais de enfermagem quanto ao risco de LP, fomentando o planejamento de medidas de prevenção abrangentes que impactem positivamente a redução de incidentes e a promoção da saúde da pessoa domiciliada com redução de mobilidade.

Esse tipo de lesão representa um importante indicador da qualidade do cuidado prestado e sua ocorrência impacta negativamente a qualidade de vida do indivíduo. Nessa direção, conhecer a prevalência do risco de LP permite a construção de um plano de intervenções mais acurado, com foco nas recomendações estabelecidas pela NPIAP e na condição de saúde do usuário. Em âmbito domiciliar, é essencial que se conheça o perfil dos pacientes atendidos e dos cuidadores, visando-se ao aperfeiçoamento e à otimização das atividades desempenhadas na promoção da saúde do indivíduo domiciliado com redução da capacidade de realização de atividades.

No que se refere às limitações encontradas na realização da pesquisa, destacam-se a duplicação de prontuários e registros com dados incompletos ou faltantes, o que dificulta a análise de fatores que poderiam agregar maior amplitude à pesquisa. Ressalta-se, também, a carência de estudos nacionais sobre a prevalência de lesão por pressão em âmbito domiciliar. Tais limitações não prejudicaram o alcance do objetivo principal deste estudo; no entanto, sugere-se que mais estudos sobre a prevalência de LP em usuários domiciliados e com mobilidade física reduzida sejam realizados, a fim de contribuir para o aperfeiçoamento dos serviços prestados pela Atenção Domiciliar e de fundamentar-se a construção de políticas públicas que visem ao bem-estar desses usuários, a qualificação dos seus cuidadores e a melhoria da qualidade de vida de ambas as partes.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. Atenção domiciliar na Atenção Primária à Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [acesso 2022 Fev 3]. Available from: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atenc_ao_domiciliar_primaria_saude.pdf
2. European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevenção e tratamento de lesões / úlceras por pressão: Guia de consulta rápida [Internet]. Cambridge Media: Osborne Park, Western Australia; 2019 [acesso 2022 Mar 5]. Available from: <https://www.epuap.org/wp-content/uploads/2020/11/qrg-2020-brazilian-portuguese.pdf>
3. Associação Brasileira de Estomaterapia; Associação Brasileira de Enfermagem em Dermatologia (SOBENDE). Classificação das lesões por pressão – consenso NPUAP 2016 – Adaptada culturalmente para o Brasil [Internet]. São Paulo: SOBEST; 2019 [acesso 2022 Maio 2]. Available from: https://sobest.com.br/wp-content/uploads/2020/10/CONSENSO-NPUAP-2016_traducao-SOBEST-SOBENDE.pdf
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. Segurança do paciente no domicílio [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [acesso 2022 Abr 9]. Available from: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/segu_ranca_paciente_domicilio.pdf
5. Yusuf S, Okuwa M, Shigeta Y, Dai M, Iuchi T, Rahman S, Usman A, Kasim S, Sugama J, Nakatani T, Sanada H. Microclimate and development of pressure ulcers and superficial skin changes Int Wound J [Internet]. 2015; 12(1)40-6 [acesso 2023 Set 18]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC>

- 7950852/?report=reader. Doi: <https://doi.org/10.1111%2Fiwj.12048>
6. Lima NR, Lima NR, Souza JCO, Silvério TS, Souza Filho JOA, Nascimento TS. Escala de Braden: benefícios da sua aplicação na prevenção de lesão por pressão no âmbito domiciliar. *Arq Ciências Saúde UNIPAR* [Internet]. Umuarama; 2021[acesso 2022 Maio 9]; 25(2):95-103. Available from: <https://ojs.revistasunipar.com.br/index.php/saude/article/view/7815> Doi: <https://doi.org/10.25110/arqsaude.v25i2.2021.7815>
7. Rodrigues CAO, Silva PLN, Miranda FB, Galvão APFC, Martins AG, Araújo DD. Risco de lesão por pressão em pacientes domiciliares: prevalência e fatores associados. *Rev Feridas* [Internet]. 2020 [acesso 2022 Maio 2]; 08(43):1561-1569. Doi: <https://doi.org/10.36489/feridas.2020v8i43p1561-1569>
8. Moro JV, Caliri MHL. Úlcera por pressão após alta hospitalar e o cuidado em domicílio. *Esc Anna Nery Rev. Enferm* [Internet]. 2016. [acesso 2022 Mar 5]; 20(3). Available from: <https://www.scielo.br/j/ean/a/JFTPmsk5kfZLVTfbXNWMBCm/> Doi: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160058>
9. Silva DVA, Carmo JR, Cruz MEA, Rodrigues CAO, Santana ET, Araújo DD. Caracterização Clínica e Epidemiológica de pacientes atendidos por um programa público de atenção domiciliar. *Enferm Foco* [Internet]. 2019. [acesso 2022 Ago 08]; 10(3): 112-118. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1905> Doi: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n3.1905>
10. Reis GFM, Soler ZASG, Jericó MC, Maloni AAS, Jericó PC, Jericó PPC. Análise de custos de um serviço de atenção domiciliar público e o perfil dos pacientes assistidos. *Ciênc cuid saúde* [Internet]. 2021 Set 15. [acesso 2022 Ago 13]; 20:e58959. Available from: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-38612021000100220 Doi: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucidsaude.v20i0.58959>
11. Castellani LJ, Magni C. Perfil dos usuários do Programa Melhor em Casa em um município do centro-oeste do Paraná. *Multitemas* [Internet]. 2022 Abr 4 [acesso 2022 Set 3]; 26(64):161-76. Available from: <https://multitemas.ucdb.br/multitemas/article/view/3223>. Doi: <https://doi.org/10.20435/multi.v26i64.3223>
12. Vanderley ICS, Nascimento BABF, Moraes LC, Souza CVC, Santos GC, Moraes GYRS, et al. Risco de lesões por pressão em idosos no domicílio. *Rev Enferm UFPE* [Internet]. 2021 [acesso 2022 Nov 12]; 15(2):e244597. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1282535> DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2021.244597>
13. Herdman TH, Kamitsuru S. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2018-2020. 10. ed. Garcez RM, tradutor. Porto Alegre: Artmed; 2018. 149 p.
14. Jesus MAP, Pires PS, Biondo CS, Matos RM. Incidência de lesão por pressão em pacientes internados e fatores de risco associados. *Rev baiana enferm* [Internet]. 2020. [acesso 2022 Ago 15]; 34:e36587. Available from: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-86502020000100341 Doi: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v34.36587>
15. Almondes FME, Zillmer JGV, Porto AR, Soares ER, Herzer DM, Ramos BR. Perfil sociodemográfico-clínico e de lesões cutâneas de internados no programa melhor em casa. *Braz J Develop* [Internet]. 2020 [acesso 2022 Nov 06]; 6(10):80049-64. Available from: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/18544> Doi: <https://doi.org/10.34117/bjdv6n10-434>

16. Santos WP, Freitas FBD, Fernandes BN, Santos BKS, Albuquerque AN, Gouveia BLA, et al. Prevenção de lesão por pressão em idosos com imobilidade no domicílio. *Braz J of Develop* [Internet]. 2020 [acesso 2022 Nov 05]; 6(10):83237-50. Available from: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/19075> DOI: <https://doi.org/10.34117/bjdv6n10-671>
17. Alchorne MMA, Abreu MAMM. Dermatologia na pele negra. *An Bras Dermatol* [Internet]. 2008 [acesso 2022 Dez 03]; 83(1). Available from: <https://www.scielo.br/j/abd/a/N7XSYHgsYNptLnxw5XLtb3m/?lang=pt> Doi: <https://doi.org/10.1590/S0365-05962008000100002>
18. Gunowa NO, Hutchinson M, Brooke J, Jackson D. Pressure injuries in people with darker skin tones: A literature review. *J Clin Nurs* [Internet]. 2018 [acesso 2022 Out 28]; 27(17-18):3266-75. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28887872/> Doi: 10.1111/jocn.14062
19. Gois T da S, Jesus CVF de, Santos RJ dos, Oliveira FS de, Feitosa L, Santana MF, Silva MC da, Silva RN da, Teles W de S. Fisiopatologia da cicatrização em pacientes portadores de diabetes mellitus/ Physiopathology of healing in patients with diabetes mellitus. *Braz J Hea Rev* [Internet]. 2021 [acesso 2022 Dez 3]; 4(4):14438-52. Available from: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/32304> Doi: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n4-006>
20. Santos DJ, Limeira FNO, Alves VBO. Percepção do cuidador diante da lesão por pressão em pacientes atendidos na atenção domiciliar. *Rev Enferm Atual In Derme* [Internet]. 2022 [acesso 2022 Nov 22]; 96(37). Available from: <https://revistaenfermagematual.com/index.php/revista/article/view/1281> Doi: <https://doi.org/10.31011/raid-2022-v.96-n.37-art.1281>
- Larissa Cristina Venâncio de Moraes. Desenvolvimento de projeto para submissão ao CEP; Coleta de dados; Análise e interpretação dos dados; discussão dos dados; redação do manuscrito; edição final do manuscrito.
- Shirley Boller. Desenvolvimento de projeto para submissão ao CEP; Análise e interpretação dos dados; discussão dos dados; redação do manuscrito; edição final do manuscrito.
- Magda Nanuck de Godoy Holffling Ribas. Desenvolvimento de projeto para submissão ao CEP; discussão dos dados; redação do manuscrito.
- Christian Boller. Alinhamento do método; Analise estatística dos dados; Interpretação dos dados, discussão dos dados; redação do manuscrito.
- Katiuska Ferraz Jansen Negrello. Interpretação dos dados, discussão ativa dos dados; redação do manuscrito.
- Ricson Romario Nascimento. Interpretação dos dados, discussão ativa dos dados; redação do manuscrito.
- Marcia Helena de Souza Freire. Interpretação dos dados, discussão ativa dos dados; redação do manuscrito.

Contribuição dos autores