

PLANO ASSISTENCIAL DE PREVENÇÃO DE LESÕES POR PRESSÃO EM IDOSOS EM ATENDIMENTO DOMICILIAR

Lívia Sayonara de Sousa Nascimento¹
Alinne Albuquerque de carvalho²
Thaíse Alves Bezerra³
Albertina Martins Gonçalves⁴

RESUMO

As Lesões por Pressão (LPP), são entendidas como a dano a pele ou estruturas subjacentes resultantes da compressão tecidual e perfusão inadequada. Entre os principais fatores predisponentes para o desenvolvimento de LPP está a idade avançada, por isso, objetivou-se promover prevenção dessas lesões em idosos com risco moderado, alto ou altíssimo para desenvolvimento de LPP, classificadas pela escala de Braden. Este é um plano de intervenção com período estimado de 6 meses para sua execução, voltado para os idosos cadastrados na área da Unidade Básica de Saúde da Família Acácio Marinho de Alcântara. A referida Unidade de Saúde é situada na zona rural do município de Pocinhos, interior da Paraíba, a população da área de acordo com o Sistema de Informações da Atenção Básica é de 1.652 habitantes. Após identificação dos idosos, os mesmos serão cadastrados de acordo com a escala de Braden e o conhecimento de seus cuidadores analisados através de questionário de avaliação do conhecimento, posteriormente será realizado treinamento dos cuidadores para prevenção de lesões por pressão; a equipe da unidade dará continuidade à intervenção com a realização do acompanhamento e tratamento de idosos que já desenvolveram lesão por pressão, assim como a reavaliação da classificação de risco para LPP. Com a implantação das ações, espera-se examinar 100% dos idosos, capacitar acerca da prevenção todos os cuidadores de idosos com risco moderado, alto e altíssimo para desenvolvimento de LPP. Sendo assim, será evitado o surgimento destas lesões na população alvo.

Palavras-chave: Lesão por pressão, Prevenção primária, Idoso.

INTRODUÇÃO

As Lesões por Pressão (LPP) são entendidas como um dano, inflamação ou ferida da pele ou estruturas subjacentes sendo resultado da compressão tecidual e perfusão inadequada National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP, 2016). Geralmente essas lesões são sobre uma proeminência óssea. Nesse caso, ocorre um trauma tecidual, que pode provocar uma isquemia e levar a morte celular. São causadas por fatores intrínsecos (nutricionais; nível de consciência; idade; incontinência urinaria ou fecal; mobilidade reduzida ou ausente; peso

¹ Especialização em Saúde da Pessoa Idosa pela Universidade Federal do Maranhão, UFMA.
livia.sayonara@hotmail.com;

² Especialista em Atenção ao paciente Crítico - Sirio Libanês, alinneac@hotmail.com;

³ Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba- UFPB, thaise_gba@hotmail.com;

⁴ Doutora em Biotecnologia e Inovação em Saúde pela Faculdade Anhanguera de São Paulo - UNIAN, albertina.goncalves@gmail.com;

corporal; doenças; e, uso de medicamentos) e extrínsecos (pressão, cisalhamento e fricção) ao paciente, e dependendo da profundidade da lesão, podem induzir a complicações como a osteomielite e a septicemia podendo levar o paciente a óbito. Entre os principais fatores predisponentes para o desenvolvimento de UPP está a idade avançada (BRUNNER; SUDDARTH, 2011).

A classificação da UPP de acordo com o estadiamento auxilia na descrição clínica da profundidade observável de destruição tecidual (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013):

Estágio I: Pele intacta, com rubor não branqueável, numa área localizada, normalmente sobre uma proeminência óssea.

Estágio II: Perda parcial da espessura da derme, que se apresenta como uma ferida superficial (rasa) com leito vermelho – rosa sem esfacelo. Pode também se apresentar como flictena fechada ou aberta, preenchida por líquido seroso ou sero-hemático. Apresenta-se ainda, como uma úlcera brilhante ou seca, sem crosta ou equimose (um indicador de lesão profunda).

Estágio III: Perda total da espessura tecidual. Neste caso, o tecido adiposo subcutâneo pode ser visível, mas não estão expostos os ossos, tendões ou músculos. Pode estar presente algum tecido desvitalizado, mas este não oculta a profundidade da perda tecidual. Pode incluir lesão cavitária e encapsulamento. A profundidade de uma úlcera de estágio III varia de acordo com a localização anatômica. A asa do nariz, orelhas, região occipital e maléolos não têm tecido subcutâneo (adiposo) e uma úlcera de estágio III pode ser superficial.

Estágio IV: Perda total da espessura dos tecidos com exposição dos ossos, tendões ou músculos. Neste caso, o tecido desvitalizado (fibrina úmida) e/ou tecido necrótico podem estar presentes. A profundidade de uma úlcera por pressão de estágio IV varia com a localização anatômica. Frequentemente são cavitadas e fistulizadas. A asa do nariz, orelhas, região occipital e maléolos não têm tecido subcutâneo (adiposo) e estas úlceras podem ser superficiais.

Outros estágios: Inclassificáveis/Não graduáveis: Perda total da espessura da pele ou de tecidos profundidade indeterminada.

O envelhecimento é uma realidade cada vez mais comum e facilmente percebida atualmente pelo aumento do número de pessoas idosas no Brasil. Segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2010, o Brasil tem 20,6 milhões de idosos. Número que representa 10,8% da população total. Sabe-se que as alterações fisiológicas e biológicas no idoso exigem participação e ajuda dos familiares e/ou dos cuidadores, assim como aumentam a tendência ao aparecimento de LPPs. Entretanto, Pott et al. (2014), citam que no Brasil, ainda não existem pesquisas que apresentem os índices nacionais de ocorrência da lesão, mas trabalhos desenvolvidos em diferentes localidades do País demonstram números

elevados. Quanto à ocorrência de LPP em idosos no domicílio (COELHO *et al.*, 2012), encontrou uma prevalência de 31,4%.

Essa prevalência se deve ao fato de muitos idosos se encontrarem com a mobilidade prejudicada, com comprometimento da percepção sensorial, incontinentes, além de apresentarem outras características que os tornam mais susceptíveis ao desenvolvimento de lesões. O idoso também apresenta redução da vascularização, perda na elasticidade da pele, dificuldade de ajuste às variações térmicas do meio ambiente, diminuição da sensibilidade, sequeidão da pele e perda de gordura. Com a diminuição de tecido subcutâneo e de massa muscular, ocorre maior exposição das proeminências ósseas e diminuição na capacidade do tecido de distribuir pressão causando o surgimento de LPP (MORAES, 2012).

Brunner e Suddarth (2011) reforçam que o tratamento de úlceras por pressão é dispendioso em termos de custos e também de qualidade de vida dos pacientes. Pois, o custo em relação à dor e ao sofrimento para uma pessoa com uma úlcera não pode ser quantificado, por isso devem ser feitos todos os esforços possíveis para evitar a ruptura da pele. Dessa forma, evidenciamos a necessidade de prevenção.

O EPUAP (2019), menciona que a prevenção se dá pela adoção de algumas medidas como: distribuição das cargas tissulares com alternância de decúbitos, que irá diminuir a pressão, fricção e o atrito, devendo-se otimizar a umidade e a temperatura, por meio de técnicas de posicionamento e uso de superfícies de apoio adequadas. Enfatiza também que para a prevenção dessas lesões é também necessário estabelecer uma política de avaliação dos riscos em todas as instituições de saúde com a identificação precoce dos pacientes propensos a desenvolver essas úlceras.

Na rotina profissional como enfermeira na Unidade de Saúde da localizada na zona rural no município de Pocinhos no interior da Paraíba-PB, foram verificadas dificuldades no que se refere à prevenção de desenvolvimento de LPP em idosos da área de abrangência. Embora não existam estudos sobre a incidência de úlceras em idosos na região, o principal problema encontrado foi a falta de conhecimento dos cuidadores a respeito das medidas preventivas.

Da mesma forma, pode-se refletir sobre a assistência à saúde da pessoa idosa com a experiência profissional como Enfermeira de um Hospital Universitário localizado na cidade de Campina Grande-PB que é referência para tratamento de Úlcera por pressão de vários municípios próximos, durante a realização da assistência me chamou a atenção o fato de estar encontrando com uma maior frequência idosos com LPP em estágio avançado que após o tratamento e alta hospitalar por cura retornavam ao serviço com as mesmas lesões pela ausência de prevenção em ambiente domiciliar.

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no ano de 2014 a população de Pocinhos era estimada em 18.087 habitantes, e 13.3% era composta de idosos. Baseado na mesma fonte (2010), 15,3% da população rural de pocinhos tem mais de 60 anos. Essa análise do número crescente de pessoas idosas que vivem no município de Pocinhos e particularmente na área de abrangência da Unidade de Saúde da Família Acácio Marinho de Alcântara, mostram a necessidade da implantação de ações que minimizem o risco de desenvolvimento de UPP no idoso. Afinal, a prevalência dessa lesão tende a aumentar, entre outros fatores, como consequência do envelhecimento da população.

Com base no problema exposto, o interesse por este trabalho surgiu, primeiramente, por observar que os idosos frágeis apresentam, progressivamente, um déficit significativo da capacidade funcional e relevante incidência de LPP. Durante a convivência profissional com famílias que possuem algum membro afetado por LPP, percebe-se que estas famílias muitas vezes, não têm conhecimento suficiente sobre lesão e não sabem como agir. Afinal, não há programa de prevenção relacionado no município. Sendo assim, o idoso fica vulnerável a esse dano apesar de o custo para se tratar uma LPP ser maior do que a sua prevenção, principalmente no que se refere aos aspectos psíquicos e sociais relacionados ao sofrimento dos pacientes e de seus familiares.

O Brasil faz parte da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, criada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2004. O objetivo da aliança é adotar medidas de melhoria no atendimento ao paciente e aumentar a qualidade dos serviços de saúde. Para isso, o Ministério da Saúde instituiu por meio da Portaria nº 529, de 01/04/2013, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Esse programa estabelece como uma das áreas prioritárias a prevenção de lesões por pressão.

Porém, ainda não há o reconhecimento dos cuidadores de idosos na atenção cotidiana, faz-se necessário identificar as demandas dos cuidadores, para que por meio de políticas públicas, estes indivíduos sejam, também, assistidos pela equipe de saúde (ANJOS, 2013). O fenômeno LPP ultrapassa o cuidado de enfermagem, embora este seja fundamental na prevenção destas lesões; e esse é um grave problema, pois está associado à má qualidade da assistência e exige uma grande demanda de tempo e dinheiro para tratamento das lesões, especialmente quando a prevenção recebe menos atenção, quando não existem programas específicos voltados para essa questão.

Com base nesses fatos nota-se a importância de ampliar o conhecimento nessa área a fim de subsidiar novas reflexões dos profissionais de saúde no sentido de promoverem ou definirem novos planos assistenciais dentro das políticas de saúde. Dessa forma, esse plano de

intervenção objetiva prevenir a ocorrência de úlcera por pressão em idosos com risco moderado, alto ou altíssimo no âmbito domiciliar.

METODOLOGIA

Este é um projeto de intervenção voltado para prevenção de LPP em pacientes idosos em atendimento domiciliar, assistidos por uma Unidade Básica de Saúde (UBS) na cidade de Pocinhos. Contemplando ações voltadas à busca ativa de idosos assistidos pela unidade, com risco para desenvolvimento de LPP, e medidas para prevenção de lesões.

A Unidade de Saúde da Família em questão é situada na zona rural do município de Pocinhos –PB, a população da área de acordo com o Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) é de 1.652 habitantes, tendo aproximadamente 200 idosos na área, o número não pôde ser exato pelo motivo da unidade possuir uma microárea descoberta de agente comunitário de saúde dificultando o acompanhamento.

Os critérios de inclusão são: Os usuários deverão ser residentes no distrito em questão, fazer parte da área da Unidade Básica de Saúde da Família Acácio Marinho de Alcântara e ter mais de 60 (sessenta) anos de idade. Serão obedecidos princípios éticos durante todas as etapas do plano de intervenção.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Alguns passos deverão ser executados sistematicamente visando-se alcançar o objetivo geral deste projeto, são eles: 1. Identificar entre os cadastrados na área de abrangência da UBS pessoas na faixa etária acima de 60 (sessenta) anos; 2. Reunir os agentes comunitários de saúde e capacitá-los para aplicar a escala de Braden e questionário de avaliação do conhecimento; 3. Classificar os idosos de acordo com o risco de desenvolvimento de LPP; 4. Avaliar o conhecimento acerca da prevenção de desenvolvimento de LPP dos cuidadores; 5. Identificar idosos que são portadores de LPP; 6. Desenvolver cartilha de orientação a respeito da prevenção de LPP; 7. Realizar treinamento dos cuidadores de idosos classificados como moderado, alto e altíssimo risco para prevenção de LPP. 8. Realizar visita domiciliar para acompanhar e realizar tratamento de idosos que apresentem LPP; 9. Encaminhar idosos com LPP para avaliação multiprofissional; 10. Reavaliar mensalmente o potencial e o risco de desenvolvimento de LPP

Passo 1. Identificar entre os cadastrados na área de abrangência da UBS pessoas na faixa etária acima de 60 (sessenta) anos;

Com relação a esse passo, são propostas as seguintes ações:

- a) marcar uma reunião com todos os agentes comunitários de saúde (ACS) da Unidade Básica de Saúde da Família.
- b) A enfermeira irá explicar ao grupo os objetivos do projeto de intervenção ressaltando sua relevância para a comunidade que será assistida, solicitará também ajuda dos mesmos no que diz respeito à obtenção dos dados referentes ao número de pacientes que atendem ao perfil estipulado para este projeto de intervenção, deixando agendado novo encontro para entrega de dados.

Passo 2. Reunir os agentes comunitários de saúde e capacitá-los para aplicar a escala de Braden e questionário de avaliação do conhecimento;

A escala de Braden é a ferramenta mais amplamente utilizada com elevado grau de confiabilidade e especificidade, de acordo com Ministério da Saúde (2013), ela é um instrumento de avaliação de risco para o desenvolvimento de LPP. De acordo com essa escala é classificado como baixo, médio risco (15 a 18 pontos), risco moderado (13 a 14 pontos), alto risco (10 a 12 pontos) e altíssimo risco (9 a 6 pontos).

ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

Nome do doente: _____ Nome do avaliador: _____ Data da avaliação: _____
 Serviço: _____ Cama: _____ Idade: _____

Percepção sensorial	1. Completamente limitada:	2. Muito limitada: Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, exceto através de gemidos ou inquietação, OU tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	3. Ligeiramente limitada: Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, OU tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	4. Nenhuma limitação: Obedece a instruções verbais. Não apresenta déficit sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.
Capacidade de reação significativa ao desconforto	Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação, OU capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.			

<p>Humidade Nível de exposição da pele à humidade</p>	<p>1. Pele constantemente húmida: A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.</p>	<p>2. Pele muito húmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.</p>	<p>3. Pele ocasionalmente húmida: A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.</p>	<p>4. Pele raramente húmida: A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.</p>
<p>Actividade Nível de actividade física</p>	<p>1. Acamado: O doente está confinado à cama.</p>	<p>2. Sentado: Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.</p>	<p>3. Anda ocasionalmente: Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.</p>	<p>4. Anda frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.</p>
<p>Mobilidade Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo</p>	<p>1. Completamente imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.</p>	<p>2. Muito limitada: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.</p>	<p>3. Ligeiramente limitado: Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.</p>	<p>4. Nenhuma limitação: Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.</p>
<p>Nutrição Alimentação habitual</p>	<p>1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lacticínios). Ingere poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido OU está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soros durante mais de cinco dias.</p>	<p>2. Provavelmente inadequada: Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lacticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético OU recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.</p>	<p>3. Adequada: Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido, OU é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.</p>	<p>4. Excelente: Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lacticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.</p>

Fricção e forças de deslizamento	1. Problema: Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.	2. Problema potencial: Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.	3. Nenhum problema: Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.
----------------------------------	--	---	---

Nota: Quanto mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão.

Pontuação total

© Copyright Barbara Braden and Nancy Bergstrom, 1986; Validada para Portugal por Margato, C.; Miguéns, C.; Ferreira, P.; Gouveia, J.; Furtado, K. (2001)

Quanto ao questionário de avaliação do conhecimento para desenvolvimento de LPP, utilizar a adaptação da versão preliminar de um questionário denominado teste de conhecimento de Pieper, validado e adaptado em estudo anterior realizado no Brasil, adaptado para o estudo com cuidadores resultando em 24 itens referentes a recomendações de diretrizes para a prevenção de LPP.

CARACTERÍSTICAS SÓCIODEMOGRÁFICAS

Profissão _____

Idade _____

Sexo: Masculino () Feminino ()

Grau de escolaridade _____

Teste de conhecimento sobre a prevenção da úlcera por pressão

- Os fatores de risco para o desenvolvimento de úlcera por pressão são: imobilidade, Incontinência, nutrição inadequada e alteração do nível de consciência. (V)
- O uso de água quente e sabonete podem ressecar a pele e aumentar o risco para úlcera por pressão. (V)
- É importante massagear as regiões das proeminências ósseas, se estiverem hiperemiadas. (F)
- Os cremes, curativos transparentes e curativos de hidrocolóides extrafinos auxiliam na proteção da pele contra os efeitos da fricção. (V)
- Uma ingestão dietética adequada de proteínas e calorias deve ser mantida durante a doença/hospitalização. (V)
- Os pacientes que ficam restritos ao leito devem ser reposicionados a cada 3 horas. (F)
- Uma escala com horários para mudança de decúbito deve ser utilizada para cada paciente com presença ou em risco para úlcera por pressão. (V)

8. As luvas, d'água ou de ar aliviam a pressão nos calcâneos. (F)
9. As almofadas tipo rodas d'água ou de ar auxiliam na prevenção de úlcera por pressão. (V)
10. Na posição em decúbito lateral, o paciente com presença de úlcera por pressão ou em risco para a mesma deve ficar em ângulo de 30 graus em relação ao colchão de leito. (V)
11. No paciente com presença de úlcera por pressão ou em risco para a mesma, a cabeceira da cama não deve ser elevada em ângulo maior do que 30 graus, se não houver contraindicação médica. (V)
12. O paciente que não se movimenta sozinho deve ser reposicionado a cada 2 horas, quando sentado na cadeira. (F)
13. O paciente com mobilidade limitada e que pode mudar a posição do corpo sem ajuda, deve ser orientado a realizar o alívio de pressão, a cada 15 minutos, enquanto estiver sentado na cadeira. (V)
14. O paciente com mobilidade limitada e que pode permanecer na cadeira, deve ter uma almofada no assento para proteção da região das proeminências ósseas. (V)
15. A pele de paciente em risco para úlcera por pressão deve permanecer limpa e livre de umidade. (V)
16. As medidas para prevenir novas lesões não necessitam ser adotadas continuamente quando o paciente já possui úlcera por pressão. (F)
17. Os lençóis móveis ou forros devem ser utilizados para transferir ou movimentar pacientes que não se movimentam sozinhos. (V)
18. A mobilização e a transferência de pacientes que não se movimentam sozinhos devem ser sempre realizadas por duas ou mais pessoas. (V)
19. Os pacientes e familiares devem ser orientados quanto às causas e fatores de risco para o desenvolvimento de úlcera por pressão. (V)
20. As regiões das proeminências ósseas podem ficar em contato direto uma com a outra. (F)
21. Todo paciente em risco para desenvolver úlcera por pressão, deve ter um colchão que redistribua a pressão. (V)
22. A pele, quando macerada pela umidade, danifica-se mais facilmente. (V)
23. Uma boa maneira de diminuir a pressão na região dos calcâneos é mantê-los elevados do leito. (V)
24. No paciente com incontinência, a pele deve ser limpa no momento das eliminações e nos intervalos da rotina. (V)

Passo 3. Classificar os idosos de acordo com o risco de desenvolvimento de LPP;

A classificação será realizada por ACS durante as visitas domiciliares em suas microáreas correspondentes. A enfermeira irá realizar visita domiciliar para classificar o risco de desenvolvimento de LPP de idosos residentes em microárea descoberta de ACS e classificar de acordo com a escala de Braden.

Passo 4. Avaliar o conhecimento acerca da prevenção de desenvolvimento de LPP dos cuidadores:

Para idosos classificados como moderado, alto e altíssimo risco de desenvolvimento de LPP, solicitar aos cuidadores dos mesmos que respondam o teste de conhecimento citado no passo 2 com itens referentes a recomendações de diretrizes para a prevenção das lesões por pressão. O ACS deverá solicitar aos sujeitos que respondam ao teste, para cada item, Verdadeiro (V) quando concordassem com a questão, Falsos (F) quando discordassem e Não Sei (NS)

quando não soubessem a resposta. Para cada acerto atribuir um ponto. Os acertos correspondem às afirmações verdadeiras respondidas como V ou falsas respondidas como F. Para as respostas erradas ou para aquelas respondidas como NS, atribuir escore zero. O escore total do conhecimento será obtido pela soma ou a porcentagem dos acertos. Na hipótese de cuidador analfabeto, o ACS irá ler e solicitar a resposta verbalmente e repassar para o formulário.

Os ACS são responsáveis por solicitar a resposta do questionário aos cuidadores de suas respectivas microáreas de acordo com a classificação dos idosos na escala de Braden. E a enfermeira aplicará o questionário na microárea descoberta por ACS de acordo também com classificação na escala de Braden.

Passo 5. Identificar idosos que são portadores de LPP;

A enfermeira deverá avaliar a pele dos idosos classificados como risco moderado, alto e altíssimo risco de acordo com a escala de Braden para detectar a existência de LPP já instaladas.

Passo 6. Desenvolver cartilha de orientação a respeito da prevenção de LPP;

A cartilha será desenvolvida de acordo com as orientações necessárias de acordo com dificuldades evidenciadas no teste do conhecimento. A mesma deverá ser elaborada pela equipe de enfermagem da UBS.

Passo 7. Realizar treinamento dos cuidadores na UBS;

A equipe de enfermagem da unidade deverá realizar treinamento agendado na UBS de acordo com pontos deficientes encontrados na avaliação do conhecimento citada anteriormente e entregar cartilha de orientação com estratégias individualizadas para os pacientes de acordo com o grau de risco identificado. Deverá realizar demonstrações práticas, utilizando também slides e vídeos. Posteriormente será indicada a realização do curso online para os cuidadores que possuem acesso à internet em seus domicílios.

Passo 8. Realizar visita domiciliar para acompanhar e realizar tratamento de idosos que apresentem LPP;

A enfermeira irá realizar visita domiciliar para acompanhar e realizar tratamento de LPP em idosos que já apresentam LPP instalada, classificar os estágios, realizar exame físico e clínico detalhado, incluído especial atenção as indicações clínicas fornecidas, aparência da

Passo 9. Encaminhar idosos com LPP para avaliação multiprofissional;

Poderão ser necessários ajustes nutricionais, intervenções para auxiliar a mobilização ou mobilidade dos pacientes, entre outras medidas. Por isso, o enfermeiro ou o médico da equipe deverão encaminhar os pacientes com diagnóstico de LPP para um serviço de referência, quando necessário.

Passo 10. Reavaliar mensalmente o potencial e o risco de desenvolvimento de LPP;

Os ACS deverão reaplicar mensalmente a escala de Braden e a enfermeira avaliar a necessidade de novos treinamentos e atividades educativas. A reavaliação permite aos profissionais de saúde ajustar sua estratégia de prevenção conforme as necessidades do paciente. Utilizar Estratégias de monitoramento e indicadores, como a incidência de LPP.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a implantação das ações propostas nesse projeto, espera-se: Examinar 100% dos sujeitos da intervenção e classifica-los de acordo com o risco de desenvolver LPP; Capacitar 100% dos cuidadores de idosos com risco moderado, alto e altíssimo para desenvolvimento de LPP para aplicar medidas preventivas; Evitar o aparecimento de 90% das LPP em idosos da área de abrangência. Tratar todas as LPP diagnosticadas; Reforçar vínculo com essa parcela da população, especialmente com cuidadores de idosos para que os mesmos se sintam mais à vontade para procurar o posto de saúde para tirar suas dúvidas e obter informações de como prevenir o surgimento de LPP.

REFERÊNCIAS

ANJOS, Karla Ferraz dos. **Qualidade de vida do familiar cuidador de idosos dependentes no domicílio**. 2013. 109 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, 2013. Disponível em: <http://www.uesb.br/ppgenfsaude/dissertacoes/turma4/KARLA-FERRAZ-DOS-ANJOS.pdf>. Acesso em: 11 set. 2021.

COÊLHO, Ana Débora Alcantara *et al.* O idoso e a úlcera por pressão em serviço de atendimento domiciliar. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, [s.l.]. 2012; v. 13, n.

3, p. 639-649, 2012. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/4000>. Acesso em: 16 set. 2021.

EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (EPUAP). **Prevenção e Tratamento de Úlceras/Lesões por Pressão**: guia de consulta rápida. 2019. Disponível em: <https://www.epuap.org/wp-content/uploads/2020/11/qrg-2020-brazilian-portuguese.pdf>. Acesso em: 17 set. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade**. 2010. Disponível em: http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=26&uf=25#topo_piramide. Acesso em: 22 set. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 529, de 1 de abril de 2013. **Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)**. Brasília. 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 17 set. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolo, de 9 de julho de 2013. **Anexo 02**: Protocolo para Prevenção de Úlcera por Pressão. Brasília. 2013. Disponível em: <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/ulcera-por-pressao>. Acesso em: 10 set. 2021.

MORAES, Edgar Nunes de. **Atenção à saúde do idoso**: aspectos conceituais. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, 2012. Disponível em: <https://apsredes.org/pdf/Saude-do-Idoso-WEB1.pdf>. Acesso em: 18 set. 2021.

NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (NPUAP). **National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) announces a change in terminology from pressure ulcer to pressure injury and updates the stages of pressure injury**. 2016. Disponível em: <https://www.woundsource.com/blog/national-pressure-ulcer-advisory-panel-npuap-announces-change-in-terminology-pressure-ulcer>. Acesso em: 20 set. 2021.

PIEPER, B; MATTERN, JC. Critical care nursers' knowledge of pressure ulcer prevention, staging and description. **Ostomy/wound management**, [s.l.], v. 43, n. 2, p. 22-6, 28, 30-1, 1997. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9136995/>. Acesso em: 19 set. 2021.

POTT, Franciele Soares *et al.* A efetividade do hidrocoloide versus outras coberturas na cicatrização de úlceras por pressão em adultos e idosos: revisão sistemática e metanálise. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 3, p.511-520, jun. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/nSbXprHD4tpn7TCkHvcq9Ff/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 12 set. 2021.

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G. Princípios e Práticas de Reabilitação. In: SMELTZER, Suzanne C. et al. **Brunner & Suddarth, tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 12. ed., vol. 1. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. Cap. 11. p. 166-195.