

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

ANA CAROLINA DE CASTRO MENDONÇA QUEIROZ

**ÚLCERAS POR PRESSÃO EM PESSOAS COM CÂNCER
RECEBENDO CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARES**

GOIÂNIA, 2013

ANA CAROLINA DE CASTRO MENDONÇA QUEIROZ

**ÚLCERAS POR PRESSÃO EM PESSOAS COM CÂNCER
RECEBENDO CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARES**

*Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
da Faculdade de Enfermagem da Universidade
Federal de Goiás para a obtenção do título de
Mestre em Enfermagem.*

Área de concentração: A Enfermagem no cuidado à saúde humana.

Linha de pesquisa: Integralidade do cuidar em Saúde e Enfermagem.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Dálete Delalibera Corrêa de Faria Mota.

GOIÂNIA, 2013

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação na (CIP)
GPT/BC/UFG**

Q384u

Queiroz, Ana Carolina de Castro Mendonça.

Úlceras por pressão em pessoas com câncer em cuidados paliativos domiciliares [manuscrito] / Ana Carolina de Castro Mendonça Queiroz. – 2013.

148 f. : il., figs., tabs.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Dálete Delalibera Corrêa de Faria Mota.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem, 2013.

Bibliografia.

Inclui lista de figuras, abreviaturas, siglas e tabelas.

Anexos e Apêndices.

1. Úlcera por pressão (UPP) – Câncer (paciente). 2. Oncologia – Cuidados de enfermagem. I. Título.

CDU: 616-002.4

Pesquisa desenvolvida no Núcleo de Estudos e Pesquisas em Tecnologias de Avaliação, Diagnóstico e Intervenção em Enfermagem e Saúde (NUTADIES) e na Rede Goiana de Pesquisa em Avaliação e Tratamento de Feridas.

FOLHA DE APROVAÇÃO

ANA CAROLINA DE CASTRO MENDONÇA QUEIROZ

ÚLCERAS POR PRESSÃO EM PESSOAS COM CÂNCER RECEBENDO CUIDADOS PALIATIVOS

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em 26 de abril de 2013.

BANCA EXAMINADORA:

Prof^a Dr^a Dálete Delalibera Corrêa de Faria Mota – Presidente da Banca
Faculdade de Enfermagem – Universidade Federal de Goiás

Prof^a Dr^a Cibele Andrucio de Mattos Pimenta - Externo ao Programa
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Prof^a Dr^a Lílian Varanda Pereira – Membro Efetivo
Faculdade de Enfermagem – Universidade Federal de Goiás

Prof^a Dr^a Vanessa S. C. Vila – Membro Suplente, Externo ao Programa
Departamento de Enfermagem - Pontifícia Universidade Católica - Goiás

Prof^a Dr^a Maria Márcia Bachion – Membro Suplente
Faculdade de Enfermagem – Universidade Federal de Goiás

DEDICATÓRIA

Ao autor da vida, pois me criou, me resgatou e me dá a oportunidade deabençoar de viver esta experiência única.

Aos pacientes que tanto tem sofrido, meu anseio é servi-los com o melhor que posso oferecer de mim, pois meu salvador deu a vida por mim.

Aos cuidadores que se entregam, amam, e vivem para cuidar de alguém querido que sofre.

Aos enfermeiros, que são tão necessários, porém nem sempre valorizados, dedico a vocês, pois acredito em vocês e amo fazer parte desta classe tão preciosa.

AGRADECIMENTOS

Ao meu Deus, que me salvou, e continua me guiando em seu caminho. Obrigada por tanta graça e amor que eu jamais poderia imaginar.

*Ao meu marido **Ciro** que me apoiou neste grande sonho e me ajudou com tanto amor a realizá-lo. Sonhar e realizar com você é muito melhor.*

Aos meus queridos pais que cuidando de mim com todo amor, zelo e alegria me ensinaram o significado do cuidado. Obrigada por acreditar em mim.

*A minha querida professora e orientadora **Dálete**. Que grande privilégio é ser sua primeira orientanda de mestrado. Obrigada por me ensinar a enxergar mais longe. Seu apoio, cuidado e amizade estão gravados nas linhas deste trabalho e no meu coração.*

*A prof^a **Maria Márcia Bachion** que sempre me apoiou e incentivou nesta jornada e deu contribuições de grande valor. Quero continuar aprendendo a ser enfermeira e professora com seu exemplo.*

*A minha pastora **Líllian**, pois suas palavras, orações e cuidado extremo com a minha vida me fortaleceram a cada dia.*

*Aos meus irmãos **Mariana**, **Rômulo** e **Michele** que sempre foram apoio e ombro, vocês são preciosos.*

*A minha irmã de olhos verdes **Lorena**, obrigada pelo seu amor e dedicação, não tenho palavras para descrever minha gratidão a Deus pela sua vida.*

*A equipe do **GAPPO** (motorista **Geraldo**, enfermeira **Leiliane**, assistente social **Izabel**, dr. **Antônio**, psicóloga **Goreth** e secretária **Neusa**) que sempre me recebeu com um amor especial e me orientou da melhor maneira possível, me senti cuidada por vocês. E eu não poderia esquecer da **Beth** e **Valdete** que me ajudaram com os campos cirúrgicos e amor, obrigada!*

*As enfermeiras **Leiliane** e **Ana Cássia**, tantas coletas de dados durante as visitas, tantas ligações pedindo informações e opiniões e sempre fui tão bem recebida. Não tem como pagar tanto carinho e paciência. Obrigada por serem exemplos de excelentes enfermeiras! Seremos parceiras eternas!*

As enfermeiras Ivana Nunes, Fernanda e Luciana Duarte, obrigada pela compreensão e cuidado, vocês são inesquecíveis.

As minhas queridas amigas Rafaela e Marina, obrigada por me ajudar a acreditar que tudo isso seria possível.

As enfermeiras Jeane, Paula Tavares, Fernanda Duarte, Camila de Sá, Danielle Porto, Sâmora Andrade, suas preciosas caronas me abençoaram grandemente.

As enfermeiras Janine e Viviane, obrigada por me receber neste processo de aprendizado, me incentivar, ouvir, e compreender no que precisei.

As prof^{as} Suelen Malaquias, Ruth Minamissava e Lillian Varanda Pereira por suas preciosas contribuições.

A minha querida cunhada Larissa Barbosa e prima Luma Queiroz, obrigada pela disponibilidade e zelo, suas dicas e correções foram de grande valor.

As minhas avós Idinha e Neidinha que sempre me incentivaram a realizar este sonho.

A minha amada família Queiroz (Júnior, Hermínia, Vitor e Daiane), obrigada por me receber nesta família tão maravilhosa e me apoiar neste tempo de dedicação.

A igreja Vida, que é este povo vivo e lindo que me ensina a viver e a amar o meu próximo.

As amigas Helen, Cristiana, Juliana Caldas, a amizade e o carinho de vocês fez cada momento desta jornada ser mais gostoso e divertido.

A Turma da Pós-Graduação da FEN/UFG 2011, nossos inúmeros créditos a serem cumpridos no programa foram excelentes, mas o fato de estar numa turma tão unida fez tudo muito mais especial.

*“Bondade e misericórdia
certamente me seguirão
todos os dias da minha
vida; e habitarei na casa
do Senhor para todo o
sempre.”*

(Sl. 23:6)

SUMÁRIO

LISTA DE ILUSTRAÇÕES	11
LISTA DE TABELAS	13
RESUMO	14
ABSTRACT	15
RESUMEM	16
1. INTRODUÇÃO	17
2. OBJETIVOS	19
3. REVISÃO DA LITERATURA.....	20
3.1. Úlcera por pressão	20
3.1.1. Avaliação de úlcera por pressão	23
3.2. Cuidados paliativos	25
3.2.1. História dos cuidados paliativos	26
3.2.2. Equipe e paciente em cuidados paliativos	28
3.2.3. Cenários de atendimento e o cuidador	29
3.3. Úlceras por pressão em pessoas em cuidados paliativos	31
3.3.1. Características dos artigos	32
3.3.2. Epidemiologia das úlceras por pressão e dados sociodemográficos pessoas em cuidados paliativos	34
3.3.3. Avaliação de risco e estadiamento das úlceras por pressão em pessoas em cuidados paliativos	38
3.3.4. Prevenção e tratamento das úlceras por pressão em pessoas em cuidados paliativos	40
4. METODOLOGIA	43
4.1. Tipo de estudo	43
4.2. Período e local do estudo	43
4.3. População	44
4.4. Variáveis e instrumentos de coleta de dados	44
4.5. Procedimentos para a coleta de dados	50
4.5.1. Equipe de coleta de dados	50
4.5.2. Procedimento de coleta de dados	50
4.6. Aspectos éticos e legais/ Riscos e benefícios	58

4.7. Análise dos dados	58
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	60
5.1. ARTIGO 1	61
5.2. ARTIGO 2	76
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	93
REFERÊNCIAS	95
ANEXOS	102
APÊNDICES	123

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1: Classificação dos Estudos conforme a força de evidência. Disponíveis nas bases de dados PUBMED, CINAHL, LILACS, MEDLINE, BDNF e SCIELO. Julho de 2012.	33
Quadro 2: Estudos sobre prevalência e incidência de úlcera por pressão em pacientes em cuidados paliativos. Disponíveis nas bases de dados PUBMED, CINAHL, LILACS, MEDLINE, BDNF e SCIELO. Julho de 2012.	35
Quadro 3: Estudos sobre fatores associados com úlceras por pressão em pacientes em cuidados paliativos. Disponíveis nas bases de dados PUBMED, CINAHL, LILACS, MEDLINE, BDNF e SCIELO. Julho de 2012.	37
Quadro 4: Estudos sobre tratamento de úlceras por pressão em pacientes em cuidados paliativos. Disponíveis nas bases de dados PUBMED, CINAHL, LILACS, MEDLINE, BDNF e SCIELO. Julho de 2012.	42
Quadro 5: Apresentação do método de avaliação das variáveis dependentes, categorias e fonte do dado. Goiânia, 2012.	45
Quadro 6: Apresentação do método de avaliação das variáveis independentes, categorias e fonte do dado. Goiânia, 2012.	46
Quadro 7: Apresentação dos momentos de coleta de dados de acordo com os Respondentes, Instrumentos, local/Meio de coleta e Duração média. Goiânia, 2012.	51
Quadro 8: Escala de Braden com perguntas e respostas adaptadas para entrevista via telefone. BRADEN; BERGSTROM, 1989.	53
Figura 1: Evolução dos sub escores da Escala de Braden de pacientes (n=64) atendidos por um serviço de cuidado paliativo domiciliar. Goiânia/GO, Brasil, dez 2011 a jul 2012.	83
Figura 2: Sobrevida de pacientes (n=64) atendidos por um serviço de cuidado paliativo domiciliar em relação à úlcera por pressão. Goiânia/GO, Brasil, dez 2011 a jul 2012.	84

LISTA DE TABELAS

- Artigo 1 - Tabela 1:** Características sociodemográficas de pacientes (N=64) atendidos por um serviço de cuidado paliativo domiciliar. Goiânia/GO, Brasil, dez 2011 a jul 2012. 65
- Artigo 1 - Tabela 2:** Características clínicas de pessoas com câncer (n=64) atendidas por um serviço de cuidado paliativo domiciliar. Goiânia/GO, Brasil, dez 2011 a jul 2012. 66
- Artigo 1 - Tabela 3:** Caracterização das 19 úlceras por pressão de 12 pacientes atendidos por um serviço de cuidado paliativo domiciliar. Goiânia/GO, Brasil, dez 2011 a jul 2012. 67
- Artigo 2 - Tabela 1:** Distribuição dos pacientes em cuidados paliativos segundo a evolução semanal do risco para úlcera por pressão distribuídos de acordo com a classificação de risco. Goiânia/GO, Brasil, dez 2011 a jul 2012. 82
- Artigo 2 - Tabela 2:** Risco de desenvolvimento de úlcera por pressão segundo o óbito de pacientes em cuidados paliativos domiciliário (N=64). Goiânia/GO, Brasil, dez 2011 a jul 2012. 82

RESUMO

Queiroz ACCM. Úlceras por pressão em pessoas com câncer em cuidados paliativos domiciliares [dissertação]. Goiânia: UFG/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2013.

Pacientes com câncer avançado apresentam-se debilitados em seus diversos domínios e, conseqüentemente, apresentam maior risco para o desenvolvimento de Úlcera Por Pressão (UPP). Pouco se sabe sobre a magnitude desse problema em pacientes recebendo cuidados paliativos o que dificulta o avanço no cuidado integral ao paciente e família. Com a finalidade de ampliar a compreensão sobre o tema, o presente estudo foi desenvolvido com o objetivo de analisar as úlceras por pressão e o risco para desenvolvimento de úlceras por pressão em pessoas com câncer em cuidados paliativos domiciliares. Trata-se de um estudo longitudinal, descritivo, com abordagem quantitativa, tipo coorte fechada, conduzido no Grupo de Apoio Paliativo ao Paciente Oncológico da Associação de Combate ao Câncer de Goiás, no período de dezembro de 2011 a julho de 2012. A coleta de dados foi realizada em 7 momentos. No primeiro momento, a coleta foi realizada no domicílio por meio de entrevista e avaliação clínica dos pacientes. As demais coletas foram realizadas via telefone nos dias 7, 14, 21 e 28 após a primeira avaliação. Quarenta e cinco e 90 dias após a data de inclusão no estudo, buscou-se identificar se o paciente estava vivo. Foram coletados dados sociodemográficos, clínicos, sobre a UPP (quando presente), risco de UPP pela Escala de Braden e se estava vivo ou não. Foi realizada análise descritiva, o teste exato de Fischer e consideraram-se significativas as associações com $p < 0,05$. Participaram do estudo 64 pacientes com câncer em cuidados paliativos (68,8% homens, 45,3% brancos, 54,7% com idade menor que 70 anos, 62,5% com KPS $< 50\%$, 57,8% com incontinência urinária). Quarenta e seis pacientes completaram as avaliações propostas até D28 e ao final de 45 e 90 dias, um total de 25 e 33 participantes tinham ido a óbito, respectivamente. Doze (18,8%) pacientes apresentaram UPP, dos quais 75,0% eram homens. Os participantes apresentaram de uma a três UPPs, totalizando 19 lesões, sendo que 89,4% surgiram no domicílio e 47,4% de estágio 3. A única diferença estatisticamente significativa entre os grupos foi de que a presença de UPP foi mais frequente entre aqueles que já tinham história de lesão anterior. Houve aumento do risco de UPP ao longo do período de estudo e observou-se que o risco para UPP foi maior naqueles que morreram até 45 dias após a primeira avaliação. Não houve associação significativa entre UPP e sobrevida pela curva de Kaplan-Meier ($p = 0,072$). UPP consistiu em evento de ocorrência expressiva na população estudada e o risco é cada vez maior com a aproximação da morte. Isso indica que cuidados sistematizados para prevenção de UPP a fim de reduzir riscos e realizar diagnóstico precoce de UPP, minimizando sofrimento na terminalidade, devem ser incluídos na atuação das equipes de cuidados paliativos domiciliares.

Palavras-chave: Úlcera por Pressão; Cuidados Paliativos; Cuidados de Enfermagem; Oncologia; Medição de Risco.

ABSTRACT

Queiroz ACCM. Pressure ulcers in people with cancer in palliative home care [dissertação]. Goiânia: UFG/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2013.

Patients with advanced cancer are impaired in their various dimensions and therefore have a higher risk for developing pressure ulcers (PU). Little is known about the magnitude of this problem in patients receiving palliative care which hampers progress in comprehensive care for the patient and family. In order to broaden the understanding of the topic, this study was developed with the purpose to analyze the pressure ulcers and the risk for development of pressure ulcers in cancer patients receiving palliative home care. This is a longitudinal, descriptive and quantitative approach, closed cohort, conducted at the Grupo de Apoio Paliativo ao Paciente Oncológico of the Associação de Combate ao Câncer de Goiás, from December 2011 to July 2012. Data collection was performed on 7 evaluations. The first evaluation was undertaken at the patient's home through interview and clinical assessment of patients. The remaining evaluations were done via telephone 7, 14, 21 and 28 days after the first evaluation. Forty-five and 90 days after the date of inclusion in the study, patients were assessed for survival. Data on sociodemographic, clinical, PU (when present), risk of PU by the Braden Scale and if patient was alive or not was collected. Descriptive analysis was performed as well as the Fisher exact test and associations were considered significant when $p < 0.05$. The study included 64 patients with cancer in palliative care (68.8% male, 45.3% white, 54.7% under 70 years old, 62.5% with KPS $< 50\%$, 57.8% with urinary incontinence). Forty-six patients completed the evaluations to D28, and at 45 and 90 days, a total of 25 and 33 participants had died, respectively. Twelve (18.8%) patients had PU. Of these, 75.0% were men, they had one to three PUs, totaling 19 lesions, of which 89.4% started at home and 47.4% were stage 3 lesions. The only statistically significant difference between the groups was that the presence of PU was more frequent among those who already had a history of previous wound. There was an increased risk of PU throughout the study period and found that the risk for PU was higher in those who died within 45 days after the first evaluation. There was no significant association between PU and survival using the Kaplan-Meier method ($p = 0.072$). PU consisted of a significant event occurring in the population studied and the risk increased with the approach of death. This indicates that systematic care for prevention of PU to reduce risk and achieve early diagnosis of PU should be performed by palliative care health team, minimizing the suffering of terminal patients.

Keywords: Pressure Ulcer; Palliative Care; Nursing Care; Medical Oncology; Risk Assessment.

RESUMEN

Queiroz ACCM. Las úlceras por presión en personas con cáncer en cuidados paliativos a domicilio [dissertação]. Goiânia: UFG/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2013.

Los pacientes con cáncer avanzado presentan debilidades en sus diversos dominios y por lo tanto tienen un mayor riesgo para el desarrollo de úlceras por presión (UPP). Poco se sabe sobre la magnitud de este problema en pacientes que reciben cuidados paliativos que obstaculiza el progreso en la atención integral para el paciente y la familia. Con el fin de ampliar la comprensión del tema, este estudio se desarrolló con el objeto de analizar las úlceras por presión y el riesgo de desarrollo de úlceras por presión en personas con cáncer en cuidados paliativos en domicilio. Se trata de un estudio longitudinal, descriptivo y cuantitativo, cohorte cerrada, con la participación del Grupo de Apoyo Paliativo al Paciente Oncológico de la Asociación de Combate al Cáncer de Goiás se realizó entre diciembre de 2011 y julio de 2012 y contó. La recolección de datos se realizó en siete ocasiones. La primera fue hecha por medio de una visita domiciliaria a través de entrevistas y la evaluación clínica de los pacientes. Las otras por teléfono en los días 7, 14, 21 y 28 después de la primera evaluación. Cuarenta y cinco días y 90 después de la fecha de inclusión en el estudio, hemos tratado de identificar si el paciente estaba vivo. Datos sociodemográficos, clínicos, de la UPP (cuando está presente), el riesgo de UPP escala de Braden y si estaba vivo o no. Se realizó el análisis descriptivo y se aplicó la prueba exacta de Fisher y se consideraron significativas las asociaciones con $p < 0,05$. Se evaluaron 64 pacientes con cáncer avanzado, atendidos en un servicio de cuidados paliativos (68,8% hombres, 45,3% de blancos, el 54,7% de personas por debajo de 70 años, el 62,5% con KPS $< 50\%$, el 57,8% tenía incontinencia urinaria). Cuarenta y seis pacientes completaron las evaluaciones y propuestas a D28 a finales del 45 y 90 días, un total de 25 y 33 participantes habían muerto ido, respectivamente. Doce pacientes (18,8%) presentaban UPP, de los que el 75,0% eran hombres. Los participantes presentaron de una a tres UPPs, con un total 19 lesiones, con un 89,4% desarrollado en el domicilio y un 47,4% de las UPPs eran de nivel 3. La única diferencia estadísticamente significativa entre los grupos fue que la presencia de UPP fue más frecuente entre los que ya tenía antecedentes de lesiones previas. Hubo un aumento del riesgo de UPP durante todo el período de estudio y se encontró que el riesgo de UPP fue mayor en los que murieron dentro de los 45 días después de la primera evaluación. No se encontró asociación significativa entre la UPP y la supervivencia según la curva de Kaplan Meyer ($p=0,072$). UPP consistía en un hecho relevante que ocurre en la población estudiada y el riesgo aumenta con la proximidad de la muerte. Esto indica que la atención sistemática para la prevención de UPP para reducir los riesgos y lograr un diagnóstico precoz de la UPP, reduciendo al mínimo el sufrimiento de los pacientes terminales deben ser incluidos en el trabajo de los equipos de cuidados paliativos en domicilio.

Palabras-clave: Úlcera por Presión; Cuidados Paliativos; Atención de Enfermería; Oncología Médica; Medición de Riesgo.

1. INTRODUÇÃO

O crescimento da expectativa de vida da população e avanços da medicina moderna possibilitaram a sobrevivência de pacientes com doenças graves. Assim, doenças anteriormente letais se tornaram doenças crônicas e, conseqüentemente, houve aumento das complicações destas doenças, inclusive com o desenvolvimento de úlceras por pressão (CATANIA et al, 2007; JAUL, 2012).

Pacientes com câncer avançado apresentam-se debilitados em seus diversos domínios e, conseqüentemente, apresentam maior risco para o desenvolvimento de Úlceras Por Pressão (UPP). A presença dessas feridas traz várias repercussões para o paciente, família e instituição de saúde no que se refere a prejuízos à qualidade de vida, sofrimento, maior morbimortalidade, maior necessidade de assistência profissional especializada, aumento de custos, entre outras (CATANIA et al, 2007; CAPON et al, 2007; MEDEIROS et al, 2009; JAUL, 2012). Em estágios mais graves pode desenvolver complicações como hemorragia, fístula, evisceração e infecção (MAIA; MONTEIRO, 2007).

A UPP é considerada como evento adverso pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente busca formas de sensibilizar os profissionais de saúde quanto a este tema (WHO, 2012). No Brasil foi lançada uma cartilha no ano de 2010 com dez passos para a segurança do paciente, que incluiu a prevenção da UPP (COREN, 2010). O conhecimento sobre a gravidade da ocorrência de UPP em pacientes sob cuidados paliativos domiciliares, bem como a forma como essas feridas são manejadas pelos profissionais e cuidadores, e sobre o risco de desenvolvimento dessas novas lesões ainda é restrito (MAIDA et al, 2008; MAIDA, 2012).

Diante da peculiaridade do paciente em cuidados paliativos, é necessário que se conheça com mais profundidade a prevalência e incidência das UPP desenvolvidas nestes pacientes, assim como, a frequência, estágios evolutivos, forma de tratamento e responsáveis pelos cuidados destas lesões.

O câncer é um problema que ganha destaque pelo perfil epidemiológico que vem apresentando, e, com isso, o tema conquista espaço nas agendas políticas e técnicas de todas as esferas de governo (WHO, 2007; INCA, 2010). A OMS estimou que no ano 2030 podem-se esperar 27 milhões de casos incidentes de câncer, 17

milhões de mortes por câncer e 75 milhões de pessoas vivas, anualmente, com câncer em âmbito mundial (WHO, 2009). No Brasil são estimados 257.870 casos novos para o sexo masculino e 260.640 para o sexo feminino para o ano de 2012 (INCA, 2011). Em Goiânia as taxa de incidência de câncer para o ano de 2009 foi de 365.43/ 100 mil casos para homens e 262.82/ 100 mil para mulheres (INCA, 2010).

A pessoa com câncer avançado apresenta algumas características que favorecem o surgimento de UPP como a diminuição da mobilidade pela evolução clínica do paciente, caquexia neoplásica devido a depleção de proteína e nutrientes, extremos de idade e hipermetabolismo, que é o gasto energético em repouso (INCA, 2009).

Um dos cenários em que os cuidados paliativos são realizados é o domicílio e este tipo de atenção neste cenário está em expansão. Porém, uma revisão de literatura de 1996 a 2010 mostrou que há escassez de publicações sobre como a família do doente com câncer vivencia o cuidado domiciliário (PESSINI, 2001; LACERDA et al, 2006; RODRIGUES; FERREIRA, 2011).

O enfermeiro necessita desenvolver competências relacionadas à capacidade de analisar criticamente sua prática, transformando sua dúvida em questão de pesquisa (POMPEO et al, 2009). Neste sentido, o presente estudo pretende verificar qual é a extensão desta problemática para melhor compreensão desta complicação e sua repercussão na vida de pacientes com câncer em atendimento paliativo domiciliário.

Sendo assim buscamos responder as seguintes perguntas: Qual o risco de desenvolvimento de UPP nos pacientes portadores de UPP em cuidados paliativos domiciliares? Qual a prevalência de UPP em pacientes em cuidados paliativos domiciliares? Quais os fatores que influenciam no desenvolvimento de UPP em pessoas em cuidados paliativos? Quais as características desta ferida? Qual a relação entre úlceras por pressão e sobrevida em pacientes em cuidados paliativos domiciliares?

A partir destes questionamentos a condução desta pesquisa contribui para analisar a experiência vivenciada na prática dos cuidados paliativos buscando respostas, provocando discussões e norteando novas questões em torno da enfermagem no cuidado à saúde humana buscando superar desafios atuais, socializando e divulgando os resultados obtidos.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral:

Analisar as úlceras por pressão e a evolução do risco para desenvolvimento de úlceras por pressão em pessoas com câncer em cuidados paliativos domiciliares.

2.2. Objetivos específicos:

- Identificar a prevalência de úlceras por pressão em pessoas com câncer em cuidados paliativos domiciliares;
- Verificar os fatores sociodemográficos e clínicos associados as pessoas com e sem úlceras por pressão;
- Analisar as características das úlceras por pressão encontradas em pessoas com câncer em cuidados paliativos domiciliares;
- Avaliar a evolução do escore de risco de desenvolvimento de úlceras por pressão em pessoas com câncer em cuidados paliativos domiciliares;
- Comparar a sobrevida entre pessoas com câncer em cuidados paliativos domiciliares com e sem úlceras por pressão.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1. Úlcera por pressão

Úlcera Por Pressão (UPP) é uma importante causa de morbidade e mortalidade, influencia a qualidade de vida da pessoa acometida, de seus cuidadores e familiares, e causam sobrecarga econômica para o Sistema de Saúde (ROCHA et al, 2006). As UPPs estão associadas à infecções fatais e são causa de milhares de mortes a cada ano nos Estados Unidos, sendo um evento adverso comum em condições crônicas incapacitantes e neurodegenerativas (REDELINGS, 2005; AYELLO, 2012).

A OMS considera a incidência e a prevalência das UPPs como indicadores para determinar a qualidade dos cuidados prestados pelo serviço de saúde (DEALEY, 2001). Os custos são significativos e os prejuízos afetam milhões de pacientes, nos lares, nos centros de saúde e nas instituições hospitalares (LOURO et al, 2007). A incidência ideal de UPP deve ser em torno de 2% em ambientes hospitalares (LYDER, 2006). Todavia, até o momento não foi encontrada indicação quanto à incidência ideal de UPP em domicílios ou instituições de longa permanência.

Os avanços científicos sobre as UPPs trouxeram diversas definições sobre este tema (PINI, 2012). O Ministério da Saúde define UPP com uma “lesão de pele ou tecido adjacente, sobre uma proeminência óssea, como resultado de pressão ou pressão em combinação com força de cisalhamento e fricção” (INCA, 2009). A *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP) e a *European Pressure Ulcer Advisory Panel* (EPUAP) definem UPP como uma “lesão na pele ou tecidos subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea, com uma série de fatores contribuintes que ainda não são bem esclarecidos” (NPUAP; EPUAP, 2009).

Considerando o fato de que as UPPs se desenvolvem em áreas de proeminência óssea, constata-se que a região sacral tem sido descrita como a mais frequente, variando entre 31,0% e 87,2%. As demais regiões acometidas são: calcâneos, de 20,0% a 29,5%, trocanteres, de 10,0% a 28,3% e ísquios, de 6,5% a 27% (BLANES et al, 2004; DEALEY, 2001).

As UPPs são complexas, portanto, é necessário conhecer os seus mecanismos de desenvolvimento com o intuito de preveni-las (PINI, 2012). Estas

lesões são causadas pelo achatamento tissular prolongado entre dois planos, as proeminências ósseas do paciente e o leito, provocada por pressão, cisalhamento, ou fricção, ou uma combinação desses três fatores (DEALEY, 2001; ROCHA et al, 2006; NPUAP; EPUAP, 2009; AGREDA; BOU, 2012). Em consequência ao achatamento, pode ocorrer a interrupção do suprimento sanguíneo, isquemia, hipóxia celular e consequente necrose tecidual em determinada área, que é quando a pressão aplicada à pele é maior que a pressão capilar normal (MAIA; MONTEIRO, 2007).

Além dos fatores causais, existem fatores intrínsecos e extrínsecos aos indivíduos que predisõem as UPPs (NPUAP; EPUAP 2009). Os fatores intrínsecos são: estado geral, redução da mobilidade, idade, estado nutricional diminuído, peso corporal, incontinência urinária e intestinal, pessoa portadora de comorbidades ou doenças avançadas, suprimento deficitário de componentes sanguíneos e percepção sensorial (RCN, 2005; NPUAP; EPUAP 2009; AGREDA; BOU, 2012). Estes fatores estão descritos a seguir.

Estado geral: O corpo do indivíduo saudável suporta maior pressão externa do que quando se encontra em estado debilitado (DEALEY, 2001).

Redução da mobilidade: Afeta a capacidade do indivíduo de aliviar a pressão de modo eficaz (DEALEY, 2001). A redução da mobilidade pode estar associada à diminuição no nível de consciência, déficit neurológico, uso de analgésicos, opiáceos, hipnóticos e ansiolíticos, e pós-operatórios prolongados (DEALEY, 2001; AGREDA; BOU, 2012).

Extremos de idade: À medida que as pessoas envelhecem a pele torna-se menos elástica devido à redução da quantidade de colágeno na derme (DEALEY, 2001). Há também perda de massa corporal resultando em dobras na pele (DEALEY, 2001). Pacientes com idade < 5 e >65 anos de idade tem maior chance de desenvolvimento de UPP (ROCHA et al, 2006).

Estado nutricional diminuído: Quando o indivíduo encontra-se nutricionalmente debilitado a elasticidade da pele fica diminuída e, a longo prazo, a anemia leva à diminuição da oxigenação dos tecidos (DEALEY, 2001; MAIA; MONTEIRO, 2007).

Peso corporal: O indivíduo que possui menos tecido adiposo apresenta menor proteção nas proeminências ósseas, por outro lado pacientes obesos tem a

dificuldade da mobilização no leito, sendo muitas vezes arrastados e não levantados (DEALEY, 2001; MAIA; MONTEIRO, 2007).

Incontinência urinária e intestinal: A umidade macera e enfraquece as camadas superficiais da pele, tornando-a mais vulnerável às lesões, principalmente quando associada à fricção e ao cisalhamento. Ainda, os banhos constantes removem os óleos naturais da pele, causando ressecamento (DEALEY, 2001; BLANES et al, 2004).

Pessoa portadora de comorbidades ou doenças avançadas: Pacientes que apresentam comorbidades também podem desenvolver um colapso vascular, pois sua microcirculação é controlada por secreções do endotélio e impulsos simpáticos cerebrais que podem estar alterados tornando estes pacientes mais susceptíveis ao desenvolvimento de UPP (COURTNEY; LYDER, 2003; RCN, 2005). A pessoa com câncer avançado apresenta estas fragilidades na microcirculação, e ainda outras características, como caquexia e hipermetabolismo que favorecem o surgimento de UPP (INCA, 2009).

Suprimento deficitário de componentes sanguíneos: O suprimento sanguíneo diminuído causa redução da pressão capilar e desnutrição dos tecidos (DEALEY, 2001).

Percepção sensorial: A percepção sensorial é um dos sub-ítems da escala de risco de UPP de Braden, sendo que os pacientes com baixo escore nesta escala apresentam alto risco de desenvolvimento de úlceras por pressão (NPUAP; EPUAP 2009).

Os fatores extrínsecos são pressão, cisalhamento e fricção (RCN, 2005; AGREDA; BOU, 2012) e estão descritos a seguir.

Pressão: A pressão depende da intensidade e duração em que esta é exercida entre a saliência óssea e a superfície externa (colchão, cadeira), e ocorre dano tissular quando a pressão é superior a 32mmHg, causando isquemia (DEALEY, 2001; ROCHA et al, 2006).

Cisalhamento: O cisalhamento ocorre pelo deslizamento do indivíduo sobre a superfície causando destruição do tecido (DEALEY, 2001). O posicionamento inadequado pode contribuir com o cisalhamento (AGREDA; BOU, 2012).

Fricção: A fricção é decorrente do esfregar de duas superfícies, pele e colchão/cadeira, este movimento remove as camadas superiores da pele tornando-a mais sensível (DEALEY, 2001).

A pessoa com câncer pode ter maior predisposição ao desenvolvimento de UPP por apresentar uma combinação de vários desses fatores intrínsecos e extrínsecos. Os indivíduos que apresentam esta doença de base têm diminuição da espessura da pele devido à perda do tecido adiposo, e de outras camadas devido ao processo catabólico do tumor e degradação da massa corpórea (INCA, 2008; FIRMINO; CARNEIRO, 2007).

Estes pacientes também apresentam anorexia, caquexia neoplásica pela depleção de proteína e nutrientes, extremos de idade, diminuição da mobilidade pela evolução clínica da doença de base, hipermetabolismo e ressecamento da pele decorrente da desnutrição, que aumentam o risco de rompimento da pele e lentificam o processo de cicatrização (FIRMINO; CARNEIRO, 2007; INCA, 2009). Entretanto, em alguns casos o paciente não apresenta emagrecimento, mas edema, também facilitando o rompimento da pele (FIRMINO; CARNEIRO, 2007).

3.1.1. Avaliação de úlcera por pressão

A avaliação das UPPs pode ser realizada para avaliar o risco de desenvolvimento de UPP, o estágio evolutivo e a cicatrização da ferida.

A identificação e a avaliação contínua dos fatores de risco é a melhor estratégia para que se possa planejar e executar cuidados de modo a impedir o surgimento de novas lesões (PINI, 2012). Mais ainda, a avaliação sistemática e padronizada de risco de desenvolvimento de UPP tem sido considerada indicador de qualidade de assistência de saúde (SOUSA et al, 2006). É necessário que os profissionais de enfermagem sejam qualificados para realizar avaliações da integridade cutânea, do estado geral do cliente e buscar intervenções baseadas em conhecimentos técnico-científicos (SOUSA et al, 2004). Para tanto, o enfermeiro deve realizar a avaliação do risco de UPP e predizer se o cliente apresenta tal risco (SOUSA et al, 2006).

Várias escalas foram desenvolvidas para a avaliação de risco de UPP. As mais conhecidas são: *Waterlow Risk, Assessment Client, Norton Scoring System, Douglas Risk Assessment Tool, Hunters Hill Risk Assessment Tool* e a Escala de Risco de Braden (SOUSA et al, 2004).

A Escala de Risco de Braden, criada em 1987 nos EUA, foi validada e adaptada para a língua portuguesa, e tem sido a escala de risco para UPP mais utilizada no Brasil em diversas populações e cenários. Esta escala avalia seis

fatores de risco para o desenvolvimento de UPP: 1 - Percepção sensorial; 2 - Umidade a que a pele é exposta; 3 - Atividade; 4 -, Mobilidade; 5 - Nutrição e 6 - Fricção e Cisalhamento (BRADEN; BERGSTROM, 1989; PARANHOS, 1999). O escore desta escala varia entre 6 e 23, sendo que escores mais baixos indicam maior risco.

Nem sempre a prevenção das UPPs é alcançada. Torna-se, então, primordial a busca do conhecimento acerca da avaliação da lesão e da evolução do processo cicatricial (SANTOS et al, 2005). A avaliação da UPP deve incluir causa, tempo de existência, profundidade da lesão, característica do leito da ferida, bordas e pele adjacente, exsudato, edema, dor ou algum sinal de infecção (DEALEY, 2001).

A partir de uma completa e detalhada avaliação da ferida, é possível classificar a UPP em relação ao seu estágio evolutivo. A partir da classificação desenvolvida em 1989, revisada em 2007 e em 2009, os estágios evolutivos das UPPs são divididos em:

Estágio 1: pele intacta, porém com hiperemia que não clareia após a retirada da pressão (NPUAP; EPUAP, 2009).

Estágio 2: perda parcial da derme de forma superficial, lesão vermelha pálida, não apresenta esfacelo, pode apresentar lesões bolhosas (NPUAP; EPUAP, 2009).

Estágio 3: espessura total da pele perdida, pode apresentar gordura subcutânea, sem exposição de músculo, tendão e osso, pode haver esfacelo, descolamento e túneis (NPUAP; EPUAP, 2009).

Estágio 4: perda total de tecido com exposição de músculo, podendo chegar a tendão e osso, pode apresentar esfacelo e/ou tecido tipo escara, descolamentos e túneis (NPUAP; EPUAP, 2009).

Não classificável: pele com espessura total ou perda de tecido com leito da úlcera completamente obscurecida por esfacelo, de forma que a verdadeira profundidade não pode ser determinada, mas é provável estágio III ou IV (NPUAP; EPUAP, 2009).

Suspeita de lesão em tecidos profundos: pele roxa ou marrom intacta descorada ou com bolhas de sangue devido a dano de tecido mole à pressão e/ou de cisalhamento (NPUAP; EPUAP, 2009).

Além dessa classificação em estágios, existem vários instrumentos padronizados para avaliação de UPP inseridos em protocolos institucionais de

tratamento sistêmico e tópico de feridas. Esses instrumentos têm grande valor quando são propostas medidas de tratamento, pois permitem a evolução da ferida e avaliação da eficácia da intervenção. Os instrumentos mais citados na literatura para avaliação de feridas são: *Shea Scale*, *Sussman Wound Healing Tool* (SWHT), *Sessing Scale*, *The Pressure Sore Status Tool* (PSST), *Wound Healing Scale* e o *Pressure Ulcer Scale for Healing* (WOODBURY, 1999; THOMAS et al, 1997; SANTOS et al, 2005). Ainda, o registo fotográfico a cores na primeira avaliação e nas reavaliações é útil para a monitorização da resposta às medidas terapêuticas (ROCHA et al, 2006).

A *Pressure Ulcer Scale for Healing* (PUSH) foi desenvolvido e validado em 1996 pelo PUSH *Task Force* do NPUAP (THOMAS, 1997; SANTOS et al, 2005). Foi criado com a finalidade de medir de forma precisa e prática a UPP durante o processo de cicatrização (THOMAS, 1997; SANTOS et al, 2005). Foi validado para uso no Brasil em 2005 e estabelece parâmetros para avaliação da área da ferida, quantidade de exsudato e aspecto do leito da ferida (THOMAS, 1997; SANTOS et al, 2005). O escore varia entre 0 e 17, sendo que escores maiores indicam úlceras mais graves.

3.2. Cuidados paliativos

A morte é um processo natural na qual a pessoa, família e profissionais que vivenciam este momento devem buscar entender e discutir as facetas deste momento a fim de encontrar uma atmosfera de paz e serenidade (SILVA; SUDIGURSKY, 2008). Na área de saúde, a cultura ocidental dominante da nossa sociedade considera a cura da doença o principal objetivo dos serviços de saúde. A morte é entendida como um fracasso e, por esse motivo, deve ser escondida e o prolongamento da vida é obtido a qualquer custo (MACIEL et al, 2006).

Ajudar pessoas com doenças avançadas e potencialmente fatais e seus familiares em um dos momentos mais cruciais de suas vidas é uma atividade ou um modelo de atenção à saúde que vem sendo denominado Cuidado Paliativo (CP) (MACIEL et al, 2006). Os CPs fornecem, também, suporte para a família durante todo esse período, auxiliando nas diferentes etapas do processo e atendendo às necessidades quanto ao alívio de sintomas e atendimento psicossocial, espiritual e de apoio (WHO, 2007; DOYLE; WOODRUFF, 2008).

Segundo a OMS:

Cuidado Paliativo é a abordagem que promove qualidade de vida de pacientes e seus familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida, através de prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento impecável da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual (WHO, 2002).

O termo “paliativo” tem origem latina da palavra *pallium*, com significado de manto ou capote, no sentido de prover um manto para aquecer “aqueles que passam frio”, envolvendo também significados de abordagem não só de conforto físico, mas como preocupações sociais, psicológicas e espirituais (TWYXCROSS, 2000; PESSINI; BERTACHINI, 2005;).

O cuidado em sua essência independe da cura, por isso ele é tão imprescindível. Todavia, muitos profissionais sentem-se frustrados ao não alcançar a cura, se esquecendo de que não podemos viver sem sermos cuidados (SILVA; SUDIGURSKY, 2008). Os cuidados paliativos visam o alívio dos sintomas e sofrimento em pacientes com doenças crônicas avançadas, buscando enxergar o paciente de forma holística e aprimorar sua qualidade de vida (PESSINI; BERTACHINI, 2005). Os diversos tratamentos destinados a curar o câncer diminuem com a evolução da doença, enquanto que os cuidados paliativos devem aumentar à medida que a pessoa atinge o fim da vida (WHO, 2007).

A atitude do profissional paliativista deve envolver empatia, sensibilidade e compaixão, além de demonstrar preocupação com o indivíduo e com todos os aspectos do sofrimento de um paciente com uma abordagem de tratamento sem julgamentos de intelecto, personalidade, origem étnica, crença religiosa ou quaisquer outros fatores individuais (DOYLE; WOODRUFF, 2008).

3.2.1. História dos cuidados paliativos

Até o século XIX os cuidados à pessoa enferma eram dirigidos principalmente ao alívio dos sintomas enquanto a doença seguia seu percurso natural de recuperação ou de morte (GUIMARÃES, 2008). No século XX, com os avanços de pesquisa e tecnologias, a busca da cura se tornou preponderante, porém na segunda metade do século XX como reação a esta visão nasceu o movimento *hospice* (MELO; FIGUEIREDO, 2006; GUIMARÃES, 2008).

Os *hospices* medievais abrigavam vários grupos de pessoas como viajantes, órfãos e outros que necessitassem de abrigo (GUIMARÃES, 2008). Neste tempo, a palavra *hospice* significava tanto anfitrião quanto convidado; *hospitium* inclui tanto o lugar onde a hospitalidade foi como resultado dessa relação (TWYLCROSS, 2000; GUIMARÃES, 2008).

No século IV os *hospices* tiveram sua origem com uma matrona romana cristã que abriu sua casa aos necessitados (TWYLCROSS, 2000; GUIMARÃES, 2008). Mais tarde, a Igreja tomou a responsabilidade de cuidar de pobres e doentes, perdurando assim até a Idade Média (TWYLCROSS, 2000). O primeiro *hospice* para pacientes próximos da morte, fundado em 1842 por Madame Jeane Garnier, e posteriormente houve a abertura de muitos outros, grande parte ainda em funcionamento (TWYLCROSS, 2000; GUIMARÃES, 2008).

Alguns destes *hospices* sobreviviam sem nenhum apoio, com famílias desoladas. Então, em 1911, Douglas Macmillan, um empregado civil, fundou a Sociedade Nacional de Câncer Socorro, que oferecia subsídios para as famílias de pessoas com câncer para morrer em casa, dando-lhes um pouco de conforto e suprimento de necessidades, como cobertores, aquecedores e alimentos (TWYLCROSS, 2000).

Em 1967, a enfermeira Cicely Sunders criou uma instituição, denominada St. Christopher, em Londres, com o objetivo de proporcionar amparo e conforto aos moribundos. Esta enfermeira, assistente social e médica foi pioneira do movimento de cuidados paliativos na Inglaterra e impulsionou este movimento no restante do mundo (PESSINI, 2001).

Em 1987 o Reino Unido foi o primeiro país a reconhecer os cuidados paliativos como especialidade, e foram criados cursos de pós-graduação desta especialidade (TWYLCROSS, 2000).

Em 1984 foi fundada a Associação Internacional de *Hospice* e Cuidado Paliativo que vem desenvolvendo a divulgação dos CP e incentivo à formação de profissionais nesta área (MELO; FIGUEIREDO, 2006). E em 1997 foi fundada a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos com o objetivo de proporcionar melhorias no atendimento a esta população (MELO; FIGUEIREDO, 2006).

Outra pessoa importante é a oncologista Josefina Bautista Magno que criou os dois primeiros *Hospices* americanos em 1977, em Northern Virgínia, e após

quatro anos em Connecticut. Ela também ajudou no crescimento e fortalecimento dos *Hospices* americanos (MELO; FIGUEIREDO, 2006).

Derek Doyle foi presidente do *International Hospice Intitute and College* auxiliou na sua expansão, e esta organização sem fins lucrativos está comprometida com o crescimento, divulgação e educação em CP (MELO; FIGUEIREDO, 2006).

Com o advento da SIDA (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), novas necessidades surgiram. Devido a este novo perfil, diferente e novos serviços de cuidados paliativos foram estabelecidos para atendê-los em suas especificidades, assim como *hospices* para crianças (TWYXCROSS, 2000).

Vários países como EUA, Polônia, Canadá, Austrália e Nova Zelândia seguiram o movimento paliativista de forma mais tímida, com resistência e indiferença no início, principalmente médica, sendo que muitos países estabeleceram Associações Nacionais de Medicina Paliativa (TWYXCROSS, 2000).

A OMS buscou reorientar programas de prevenção e controle do câncer no início da década de 1990 quanto à prestação de cuidados paliativos como uma de suas recomendações (OMS, 1990). E a partir deste momento foram lançado vários manuais de recomendação e incentivo aos profissionais quanto a atuação neste cenário.

No Brasil o movimento dos Cuidados Paliativos iniciou com profissionais de saúde em oncologia algumas décadas após o surgimento dos *hospices* na Inglaterra e nos EUA. A primeira unidade de cuidados paliativos foi implantada no Instituto Nacional do Câncer (INCA), que ao longo dos anos se transformou no Hospital do Câncer IV (MENEZES, 2004). Outras unidades foram criadas em Curitiba, São Paulo e outras grandes cidades do país (MENEZES, 2004). Este ainda se desenvolve de maneira tímida e necessita do investimento do setor público e privado de saúde, e da formação de novos profissionais que se habilitem ao cuidado a pessoa sob cuidados paliativos.

3.2.2. Equipe e paciente em cuidados paliativos

No mundo, para cada grupo de 1 milhão de habitantes estima-se ocorrência de mil pacientes/ano necessitados de CP diferenciados (MACIEL et al, 2006). Contudo, este tipo de cuidado ainda é restrito à serviços de saúde de grande porte. Porém nos locais em que se realizam tratamento de pacientes com câncer, SIDA, pacientes crônicos e idosos deve-se sempre existir os cuidados paliativos (MACIEL

et al, 2006). Equipes que atendem exclusivamente pacientes com um tipo de patologia principal podem ser formadas (MACIEL et al, 2006). No Brasil no ano de 2006 foram identificados 26 grupos de cuidados paliativos, destes, 22 atendiam exclusivamente pacientes com câncer, entretanto, foi estimada a existência de aproximadamente 40 equipes de CP no Brasil (FIGUEIREDO, 2006).

A assistência em CP é realizada por equipe multidisciplinar, e seu foco de atenção em grande parte das vezes é a pessoa com câncer, entendido como um ser biográfico, ativo, com direito a informação e a autonomia plena para as decisões a respeito de seu tratamento, buscando a excelência no controle de sintomas e prevenção do sofrimento (SILVA et al, 2008; DOYLE; WOODRUFF, 2008). A assistência paliativa é norteada em cinco princípios éticos: veracidade, proporcionalidade terapêutica, duplo-efeito, prevenção e justiça (INCA, 2008).

Para a enfermagem, os CPs são inerentes à sua prática cotidiana (POTTER; PERRY, 2005). Os enfermeiros buscam criativamente novos conhecimentos, conforme necessário, e agem rapidamente quando os eventos mudam, tomando decisões que promovem o bem-estar do paciente. Os enfermeiros têm enorme potencial para otimizar o cuidado e são excelentes avaliadores dos sintomas e suas intensidades, estão mais atentos aos sinais e sintomas de natureza não apenas física e podem ajudar muito a prevenir complicações indesejáveis. Somado a isso, os enfermeiros têm a arte do manejo das feridas (SILVA et al, 2008).

O paciente elegível para cuidados paliativos é o indivíduo que apresenta um padrão de múltiplas necessidades: portador de doença crônica, evolutiva e progressiva, com poucas possibilidades de resposta à terapêutica curativa, evolução clínica oscilante, caracterizada pelo surgimento de várias crises de necessidades, grande impacto emocional e social para o doente e sua família, com prognóstico de vida supostamente encurtado a meses ou ano (MACIEL et al, 2006; SILVA et al, 2008). Em doenças de progressão lenta como o Mal de Alzheimer, algumas síndromes neurológicas e determinados tipos de tumor, considera-se elegível para cuidados paliativos a partir do momento em que a pessoa passa a apresentar alta dependência para as atividades de vida diária, com possibilidade de um prognóstico superior a um ano de vida (SILVA et al, 2008).

3.2.3. Cenários de atendimento e o cuidador

Os serviços de cuidados paliativos podem ser organizados em três níveis:

- Nível I: Prestados por equipes com formação diferenciada em cuidados paliativos; estruturam-se por meio de equipes móveis, não dispõem de estrutura de internação própria, mas de espaço físico para sediar suas atividades; podem ser prestados tanto em regime domiciliar quanto em regime de internação; podem ser limitados à função de aconselhamento, com suporte nas dimensões sociais, emocionais e espirituais diferenciados (MACIEL et al, 2006).

- Nível II: apresentam unidades assistenciais com internação própria ou em domicílio, por equipes diferenciadas que os prestam e que garantem disponibilidade e apoio durante 24 horas, compreendendo o âmbito de atuação da média complexidade. São prestados por equipes multiprofissionais com formação diferenciada em cuidados paliativos e que, além de médicos e enfermeiros, incluem técnicos indispensáveis à prestação dos cuidados e nas dimensões em nível psicológico, social, emocional e espiritual (MACIEL et al, 2006).

- Nível III: Somam-se às condições e capacidades próprias dos cuidados paliativos de nível II as seguintes características: desenvolvimento de programas estruturados e regulares de formação especializada e capacitação em cuidados paliativos; desenvolvimento de pesquisa em cuidados paliativos, assim como de protocolos e condutas na área; capacidade, através de equipe multidisciplinar completa e diferenciada, de responder e orientar situações de elevada exigência e complexidade em cuidados paliativos. São unidades de referência na área, compreendendo responsabilidades em formação, educação continuada, pesquisa, definição de protocolos de conduta e apoio técnico assistencial nas situações que necessitem do âmbito de atuação em maior complexidade (MACIEL et al, 2006, 2006).

Cuidados paliativos podem ser realizados em diversos cenários, a saber, ambulatório, unidades hospitalares, *hospices* e domicílio (PESSINI, 2001). O atendimento domiciliar é um tipo de atenção em CP que está em franca expansão, e que vem sendo adotado no âmbito dos sistemas de saúde, aliando motivações racionalizadoras e humanitárias, mas ainda não está completamente inserido nos sistemas de atenção à saúde, ainda que haja grandes perspectivas para implementação deste modelo (LACERDA et al, 2006).

Este permite a adequação e a redução da demanda para o atendimento hospitalar e seus custos, no entanto sem perda da qualidade do atendimento, reduzindo o tempo de permanência do paciente internado, pois dará a continuidade

de seu tratamento e diminui também os riscos de uma infecção hospitalar (SILVA et al, 2008). A atenção domiciliar tem como pontos fundamentais o paciente, a família e o contexto domiciliar, o cuidador e a equipe multiprofissional (LACERDA et al, 2006).

Algumas vantagens da atenção domiciliar incluem o menor risco de iatrogenias por não estar no ambiente hospitalar, e na maior parte dos casos, como cuidador principal algum familiar ou alguém significativo (Lacerda et al 2006). No entanto é desvantajoso quando a motivação do cuidador é baseada na obrigação familiar ou é associada a bens materiais, e o cuidador principal por muitas vezes apresenta sobrecarga física, emocional e econômica (SILVA; ACKER, 2007).

3.3. Úlceras por pressão em pessoas em cuidados paliativos

A fim de melhor compreender o que se tem produzido a cerca de UPP em pacientes em cuidados paliativos, conduziu-se uma revisão da literatura visando responder as seguintes perguntas: O que tem sido produzido na literatura quanto às UPP em pacientes em cuidados paliativos? Qual a prevalência e incidência de UPP nesta população? Qual o perfil sócio-demográfico destes pacientes? Quais instrumentos de avaliação de risco de UPP e de avaliação clínica têm sido utilizados em cuidados paliativos? Quais os cenários de atendimento desta população? Quais medidas de prevenção têm sido estabelecidas para este grupo de pacientes?

A estratégia PICO (AKOBENG, 2005) foi utilizada para construção da pergunta norteadora da pesquisa: Qual o conhecimento produzido a cerca de úlcera por pressão em pacientes em cuidados paliativos?

As bases de dados consultadas para o levantamento bibliográfico foram PUBMED (EUA *National Library of Medicine National Institutes of Health*); CINAHL (*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*), LILACS (Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde), MEDLINE (*Medical Literature Analysis and Retrieval System*), BDEF (Base de Dados Bibliográficos Especializada na Área de Enfermagem) e SCIELO (*Scientific Electronic Library Online*).

Os descritores controlados (MESH/DECS) utilizados na busca foram: cuidado paliativo a doentes terminais, úlcera de pressão, serviços de cuidados domiciliares, cuidados domiciliares de saúde, *palliative care*, *pressure ulcer*, *palliative medicine*, *hospice care*, *cancer*, *treatment palliative* e *home care*. Os descritores não controlados utilizados foram: *advanced cancer* e *pressure ulcer*.

Artigos científicos em inglês, espanhol ou português que abordaram prevalência, incidência e tratamento de pacientes portadores de úlceras por pressão em cuidados paliativos foram incluídos. Artigos de revisão, recomendações, diretrizes e editoriais foram excluídos. Dentre as 501 referências identificadas, 15 artigos foram selecionados.

Os dados dos 15 artigos selecionados estão apresentados em quatro partes. A primeira versa sobre as características dos artigos. A segunda sobre a epidemiologia das UPPs e dados sociodemográficos de pacientes em atendimento paliativo com tais úlceras. A terceira apresenta os instrumentos utilizados para avaliação de risco e estadiamento de UPP e a quarta, os tratamentos para úlceras por pressão.

3.3.1. Características dos artigos

Os principais dados relacionados às características dos artigos estão apresentados no Quadro 1.

Todos os artigos selecionados estavam disponíveis na língua inglesa. Apesar de não haver restrição de tempo nos critérios de inclusão, os artigos selecionados foram publicados entre 2002 e 2012. Entre os anos de 2002 e 2004 foram selecionados 6 artigos, entre 2005 e 2008 também 6 artigos e entre 2009 e 2012 apenas 3 artigos.

Quanto aos autores dos periódicos, observou-se que autoria foi distribuída entre três categorias profissionais. Em sete periódicos houve participação de enfermeiros, em seis periódicos houve participação de médicos, e em dois periódicos houve participação de farmacêuticos. Houve equidade entre a participação de enfermeiros e médicos o que é, a princípio, desejável considerando-se a importância do trabalho transdisciplinar na assistência paliativa. Não é comum a participação de farmacêuticos em estudos relacionados à UPP e cuidados paliativos, todavia os estudos em que estes compartilharam autoria foram de estudos bacteriológicos das UPPs.

Quadro 1 – Classificação dos Estudos conforme a força de evidência. Disponíveis nas bases de dados PUBMED, CINAHL, LILACS, MEDLINE, BDNF e SCIELO. Julho de 2012.

Autor (Ano) País	Amostra Local de estudo	Nível de Evidência	Grau de Recomendação
Sopata et al (2002) Reino Unido	34 Unidade hospitalar	4	C
Galvin (2002) Reino Unido	542 Unidade hospitalar	4	C
Mcgill; Chaplin (2002) Reino Unido	102 Unidade hospitalar	3	C
Henoch; Gustafsson (2003) Suécia	85 <i>Hospice</i>	4	C
Flock (2003) EUA	7 <i>Hospice</i>	2	C
Prentice et al (2004) Reino Unido	30 <i>Hospice</i>	2	B
Reifsnnyder; Magee (2005) EUA	990 <i>Hospice</i>	3	B
Ashfield (2005) Irlanda do Norte	1 Unidade hospitalar	5	D
Brink et al (2006) Canadá	561 Atendimento domiciliar	4	C
Chambers (2006) Reino Unido	03 <i>Hospice</i>	4	C
Sopata et al (2008) Reino Unido	43 Não especifica	4	C
Maida et al (2008) Canadá	664 Unidade hospitalar	4	C
Maida et al (2009) Canadá	418 Agência de CP	3	C
Hendrichova et al (2010) Itália	414 <i>Hospice</i>	4	C
Maida et al (2012) Canadá	282 Agência de CP	2	B

Os locais de assistência ao paciente paliativo onde os estudos foram desenvolvidos foram: *hospices* 40,0% (6); atendimentos domiciliares 6,7% (1); unidades hospitalares de CP 33,3% (5); agências de CP 13,3 (2); um estudo, 6,7% (1) não especificado. O local em que mais se desenvolveu estudos foi em *hospices*, correspondendo à realidade dos países onde foram realizados os estudos, sendo

comum a internação neste tipo de serviço. No final da década de 1970, o *hospice* passou a representar um local que combinava a especificidade de um hospital e a hospitalidade de uma casa de repouso tornando-se comuns na Europa, Austrália e Estados Unidos. Nesses países, os cuidados paliativos passaram a ser incluídos nos hospitais a partir a década de 1970 (PEIXOTO, 2012).

As amostras dos diferentes estudos variaram entre 1 e 990 indivíduos, sendo que a maioria investigou UPP em amostras com tamanho superior a 30 pacientes.

A avaliação dos estudos de acordo a força de evidência e grau de recomendação: três estudos apresentaram nível de evidência 2, três estudos com nível de evidência 3, oito estudos com nível de evidência 4 e um estudo nível de evidência 5. Quanto ao grau de recomendação, foram encontrados onze estudos com grau de recomendação C, três estudos com grau de recomendação B e um estudo com grau de recomendação D (CEBM, 2012). Os estudos encontrados apresentavam níveis de evidência e graus de recomendação intermediários ou baixos, ou seja, poucos eram coortes ou ensaios clínicos randomizados. A maioria dos estudos eram série de casos, estudos caso-controle pobres ou não independente de padrão de referência, coorte com qualidade prognóstica baixa e um estudo baseado em raciocínio. Por este motivo a aplicação clínica da maioria destes estudos é limitada (CEBM, 2012).

3.3.2. Epidemiologia das úlceras por pressão e dados sociodemográficos pessoas em cuidados paliativos

O Quadro 2 apresenta os artigos de acordo com as prevalências e incidências de UPP em cuidados paliativos. Apenas seis artigos apresentaram epidemiologia de UPP em pacientes em cuidados paliativos, sendo que destes, cinco apresentaram dados de prevalência e/ou incidência de UPP nesta população. Entre os estudos que apresentaram dados de prevalência de UPP (n=5), identificou-se prevalência igual a 10,5% no Canadá, 12,0% e 38,0% no Reino Unido, 22,9% na Itália e 26,0% no EUA (GALVIN, 2002; REIFSNYDER; MAGEE, 2005; BRINK et al, 2006; MAIDA et al, 2009; HENDRICOVA et al, 2010). Dois artigos apresentaram dados de incidência de UPP, nos EUA foi encontrada incidência de 10,0% e na Itália, 6,7% (REIFSNYDER; MAGEE, 2005; HENDRICOVA et al, 2010). Um estudo observou que entre os pacientes que desenvolveram UPP, 55,6% (27)

desenvolveram UPP nos últimos 6 dias antes da morte (HENDRICOVA et al, 2010).

No Reino Unido, em um relato de auditoria em uma unidade hospitalar de CP, 29,8% foram admitidos com UPP no primeiro ano, 21,6% no segundo ano, com uma média de 26,1%. No primeiro ano 10,2% desenvolveram UPP e no segundo ano 14,1%, com uma média de 12,0%. Do total de pacientes internados, 38,0% tiveram algum tipo de UPP (GALVIN, 2002). Importante notar que o paciente paliativo apresenta um perfil clínico, com limitações significativas que contribui para o desenvolvimento de UPP (AIZCORBE; SÁNCHEZ, 2007; MAIDA, 2012). É relevante considerar que nem toda UPP é evitável, porém, a evolução ou agravamento destas é preocupante e pode ocorrer o risco de negligência da equipe de saúde ou cuidador (MAIDA, 2012).

Quadro 2 – Estudos sobre prevalência e incidência de úlcera por pressão em pacientes em cuidados paliativos. Disponíveis nas bases de dados PUBMED, CINAHL, LILACS, MEDLINE, BDEF e SCIELO. Julho de 2012.

Autor (Ano) País	Objetivos	Amostra	Prevalência de UPP	Incidência de UPP
Brink et al (2006) Canadá	Investigar os fatores associados das UPP e clientes em CP.	561	10,5%	—
Galvin (2002) Reino Unido	Relatar a auditoria de incidência de UPP em pacientes em CP.	542	12,0%	—
Reifsnnyder; Magee (2005) EUA	Descrever a incidência e prevalência de UPP de pacientes em CP.	990	26,0%	10,0%
Hendrichova et al (2010) Itália	Descrever a incidência e prevalência de UPP em pacientes com câncer de um serviço de cuidados paliativos.	414	22,9%	6,7%
Maida et al (Canadá) 2009	Investigar a associação entre múltiplos tipos de feridas e sua relação com a sobrevivência destes clientes.	418	22,7%	—

A prevalência de UPP é um indicador de qualidade da assistência de enfermagem e as prevalências encontradas nos artigos variaram de 10,5% a 22,7%, sendo assim são consideradas altas, visto que a prevalência aceitável deve ser em torno de 2,0% (DEALEY, 2001; LYDER, 2006).

Quando buscamos a prevalência de UPP em outras populações, os achados foram semelhantes aos encontrados nesta revisão. Em idosos acamados em seus domicílios, em Teresina/PI, a prevalência de UPP foi de 13,0% e, em Ribeirão Preto, a prevalência foi de 19,1% (BEZERRA, 2009; CHAYAMITI, 2010). Em um estudo em unidades de internação médica e cirúrgica de pacientes críticos de um hospital universitário na Turquia a prevalência foi de 10,4% (INAN; OZTUNÇ, 2012). Quanto à incidência de UPP, esta foi de 29,0% em pacientes de cirurgias de quadril (GUNNINBERG et al, 2001). Em outro estudo, a incidência de UPP em pacientes atendidos em um serviço de emergência variou de 0,4% a 38,0% (NOREAU, 2000). Assim, observamos que tanto a prevalência, como a incidência de UPP em pacientes em cuidados paliativos, segue o mesmo perfil de outros grupos de pacientes e são superiores ao nível aceitável.

Os fatores associados com UPP estão apresentados no Quadro 3 e estes foram gênero (3), incapacidade de permanecer deitado por causa de falta de ar (1), cateter (1), cuidados de ostomia (1), reduzida capacidade de realizar atividades da vida diária (1), cadeira de rodas inadequada (2), imobilidade (4), sedentarismo (2), diminuição da ingestão nutricional (2), incontinência (2), mau estado geral físico (2), constituição corporal magra (1) e terminalidade da doença (1) (HENOCH; GUSTAFSSON, 2003; REIFSNYDER; MAGEE, 2005; ASHFIELD, 2005; BRINK, 2006; CHAMBERS, 2006).

A relação entre UPPs e variáveis sociodemográficas esta apresentada a seguir.

A idade dos pacientes com UPP variou entre 19 e 99 anos, e a média de idade entre 66,5 e 77,7 (FLOCK, 2003; GALVIN, 2002; MAIDA et al, 2009; MAIDA et al, 2008; PRENTICE et al, 2004; MAIDA et al, 2012; HENOCH; GUSTAFSSO 2003; SOPATA et al, 2008). Idade é um fator intrínseco importante para o desenvolvimento de UPP e pacientes idosos caracterizam-se por uma incidência mais alta (DEALEY, 2001; ROGENSKI; SANTOS, 2005).

Com relação ao sexo, seis estudos que apresentaram a frequência de UPP para homens e mulheres. Três desses estudos mostraram uma proporção semelhantes de UPP para ambos os sexos (MAIDA et al, 2008; MAIDA et al, 2009;

HENDRICHOVA et al, 2010; MAIDA et al, 2012). Um estudo apresentou a relação homem e mulher com a quantidade de UPP apresentada sendo que no primeiro ano deste estudo as mulheres apresentaram duas vezes mais UPPs (11:20), no segundo ano diminuiu esta diferença para (18:16) (GALVIN, 2002). Em um estudo de avaliação da eficácia do gel diamorfina para controlar a dor de UPP, a frequência foi de 1 (14,3%) homem para 6 (85,7%) mulheres (FLOCK, 2003).

Quadro 3 – Estudos sobre fatores associados com úlceras por pressão em pacientes em cuidados paliativos. Disponíveis nas bases de dados PUBMED, CINAHL, LILACS, MEDLINE, BDNF e SCIELO. Julho de 2012.

Autor (Ano) País	Objetivos	Amostra	Fatores associados
Henoch; Gustafsson (2003) Suécia	Construir uma escala de avaliação de úlceras de pressão de risco adequada para pacientes de cuidados paliativos e compará-la com várias escalas existentes	85	Idade avançada Sexo masculino Sedentarismo Imobilidade Alimentação inadequada incontinência Estado geral físico ruim Constituição corporal magra
Reifsnyder; Magee (2005) EUA	Descrever a incidência e prevalência de UPP em pacientes em um <i>Hospice</i>	990	Sexo masculino Idade avançada
Ashfield (2005) Irlanda do Norte	Relatar o uso de opióide tópico para aliviar a dor associada com úlceras de pressão em pacientes recebendo cuidados paliativos.	1	Terminalidade da doença
Brink et al (2006) Canadá	Investigar os fatores associados das UPP e clientes em CP.	561	Sexo masculino Incapacidade de permanecer deitado por falta de ar Cateter Cuidados de ostomia Reduzida capacidade de realizar atividades da vida diária
Chambers (2006) Reino Unido	Relatar a aplicação direta de <i>Manuka Honey</i> tópico em úlceras contaminadas com <i>S. metilina</i> resistente <i>aureus</i> (MRSA).	03	Cadeira de rodas inadequada Imobilidade

Somente um estudo apresentou resultados sobre raça. Nesse estudo, que objetivou avaliar a relação entre feridas e sobrevivência, a maioria dos pacientes era de raça caucasiana (86,1%) sendo o restante negra (5,5%), sul asiática (4,3%), leste asiática (3,6%) e hispânicas (0,5%). Não houve diferença significativa na sobrevivência dos caucasianos com feridas em relação aos não-caucasianos com feridas (MAIDA et al, 2009). Poucos estudos tratam desse tipo de informação e, assim, torna-se difícil conhecer a relação entre UPP e raça/cor de pele. Consequentemente, a enfermagem não tem evidência suficiente para estabelecer ações mais precisas junto a um ou outro grupo racial.

3.3.3. Avaliação de risco e estadiamento das úlceras por pressão em pessoas em cuidados paliativos

Alguns instrumentos de avaliação clínica utilizados foram: PC interRAI (1), *Stirling Pressure sore Severity Scale* (1), PPS (1), *Karnofsky Performance Scale* (1). Em um estudo, o *Palliative Performance Scale* (PPS), avaliou-se o estado funcional dos pacientes, os escores do PPS variaram de 10,0 a 80,0% com média de 45,0% (MAIDA, 2008). Pacientes com outras doenças apresentaram menores índices da escala de Braden e PPS do que os pacientes com câncer. A aplicação do PPS foi considerada como uma medida substituta para a escala de Braden na busca de triagem para risco de úlceras de pressão no estabelecimento de cuidados paliativos (MAIDA, 2008).

Os diagnósticos médicos identificados nos artigos corresponderam ao que se esperava, ou seja, a maior parte dos pacientes dos serviços investigados era pacientes oncológicos: em 07 estudos os pacientes em cuidados paliativos participantes de suas pesquisas apresentavam câncer avançado (SOPATA et al, 2002; HENOCH; GUSTAFSSON, 2003; PRENTICE et al, 2004; BRINK et al, 2006; SOPATA et al, 2008; MAIDA et al, 2009; HENDRICOVA et al, 2010). Em apenas um artigo são estratificados os locais de tumor primário, sendo pulmão (23), gastrintestinal (14), mama (11), gineco (11), prostata (9), cérebro (7), melanoma (6), urológicos (5) e outros (12) (HENOCH; GUSTAFSSON, 2003). Em 02 estudos haviam pacientes com câncer e doenças diferentes de câncer, como no estudo em que 465 (70,0%) foram diagnosticados com câncer e 199 (30,0%) não eram câncer (MAIDA, 2008). Em outro estudo o câncer foi o diagnóstico primário de 148 (52,5%) dos pacientes, sendo os mais comuns os câncer gastrintestinal e pulmonar. Outros

134 (47,5%) pacientes foram diagnosticados com outras doenças avançadas, em que as mais comuns foram doenças cerebrovasculares, cardiovasculares e neurodegenerativas (MAIDA et al, 2012). Em 06 artigos não são descritos os diagnósticos médicos, é abordado somente que é uma população em cuidados paliativos (MCGILL; CHAPLIN, 2002; GALVIN, 2002; FLOCK, 2003; ASHFIELD, 2005; REIFSNYDER; MAGEE, 2005; CHAMBERS, 2006;).

Os locais que desenvolveram UPPs foram: Sacral: 78,4%; calcâneos: 7,6%; quadril: 4,6%; Outros: 9,2% (GALVIN, 2002). A maior parte (6) apresentou UPPs na região sacral e um paciente no calcâneo (FLOCK, 2003). Os principais locais de UPP: sacral (22,0%), isquiática (7,0%), coccígeo (27,0%) e nádega (18,0%). (SOPATA et al, 2008). A região mais comum foi os glúteos (6 de cada grupo); cóccix (8 Lyofram e três aquagel) e sacral (2 lyofram e 4 aquacel) (SOPATA et al, 2002). As principais regiões de desenvolvimento de UPP são a região sacral e calcâneos (MAIDA, 2009).

Quanto ao estadiamento, 03 estudos descreveram este dado, mesmo nenhum destes utilizando de instrumentos específicos de avaliação de UPP. De acordo com os métodos descritos nos artigos, estes revelam os dados a seguir: Um estudo no Canadá demonstra 51,7% (31) UPPs estágio I, 33,3% (20) estágio II, e 13,3% (8) estágio III, nenhum dos paciente apresentou úlcera estágio IV (BRINK, 2006). Outro estudo descreveu 29,2% (19) UPPs estágio 1; 60,0% (39) estágio 2; 9,2% (6) estágio 3; e 1,5% (1) estágio 4 (GALVIN, 2002). No Reino Unido ainda observou-se 31,5% de UPPs estágio 2 e 68,5% de UPPs estágio 3 (SOPATA et al, 2002).

Em um estudo de coorte que teve como objetivo a quantificação do potencial de cura de várias classes de feridas foi observado que, de 148 pacientes portadores de uma ou mais UPP estágio I, 18,9% (28) apresentaram cura completa, de 144 pacientes com uma ou mais UPP estágio II, 10,4% (15 pacientes) apresentaram cura completa, de 13 pacientes com uma ou mais UPP estágio III, apenas 1 paciente (7,7%) apresentou cura completa e entre 19 pacientes com UPP estágio IV, nenhum obteve cura completa (MAIDA et al, 2012).

Os instrumentos de avaliação de risco utilizados nos artigos selecionados foram: *Braden* (3), *Waterlow Pressure Sore Risk* (2), escala *Hort'* (1), escala modificada de *Norton* (1), *Norton* (1), *Doulgas* (1), *Hunters Hill Risk Assessment Tool* (1). Nenhum instrumento de estadiamento de UPP foi mencionado nos artigos. Contudo, dados relacionados ao local de desenvolvimento da UPP e estadiamento foram citados.

É interessante notar que com exceção do instrumento Hort', que foi desenvolvido especificamente para pacientes em cuidados paliativos, todos os outros instrumentos utilizados para avaliação de UPP eram para a população em geral com poucas associações com instrumentos de avaliação clínica específica de cuidados paliativos, o que pode ser desfavorável considerando a peculiaridade dos pacientes paliativos. Observamos ainda que a escala de *Braden* foi a mais citada, contudo, em muitos estudos os autores valorizam mais a escala de *Waterlow* e a descrevem como a mais utilizada em alguns países como Reino Unido e Canadá. Na França, em 2011 já se desenvolveu uma escala específica para pacientes oncológicos, que é validada para o uso em cuidados paliativos, porém ainda não validada no Brasil (FROMANTIN et al, 2012).

3.3.4. Prevenção e tratamento das úlceras por pressão em pessoas em cuidados paliativos

A maioria dessas úlceras poderia ser evitada se houvesse maior conhecimento por parte dos profissionais de saúde a respeito das características principais dos pacientes que desenvolvem as UPPs e das escalas de avaliação de risco, com a possibilidade de realizar prognósticos e, assim, preveni-las (BLANES et al, 2004).

Estratégias de prevenção e tratamento específicas para UPP em pacientes em cuidados paliativos são essenciais, visto as particularidades deste grupo.

Apenas um artigo abordou a prevenção de UPP, cujo foco foi a determinação das políticas de prevenção de UPP nos serviços de cuidados paliativos do Reino Unido (MCGILL; CHAPLIN, 2002). Apenas 49,5% (102) dos serviços de cuidados paliativos da região (206) responderam à pesquisa. Desses, 60,8% (61) indicaram ter política de prevenção escrita, 17,6% (18) indicaram estar escrevendo e 19,6% (20) não tinham e 2,0% não responderam. Os elementos chave inclusos nas políticas de prevenção de UPP foram: avaliação de risco de UPP (78,4%), reavaliação regular do risco (74,5%), cuidados com a pele (70,6%), seleção de serviços de suporte (66,7%), treinamento e movimentação (65,7%), cama/colchões especiais e programa de manutenção (60,8%), auditoria (49,0%), educação para paciente e cuidador (47,1%), pesquisa (40,2%) e programa de substituição de colchões (40,2%). Muitas das políticas utilizadas não eram claras ou ainda não foram implementadas (MCGILL; CHAPLIN, 2002).

Seis artigos abordaram o tratamento de UPP conforme descrito no Quadro 4. As coberturas utilizadas nos estudos buscaram redução da dor, redução de carga microbiana e cicatrização das UPPs. Estes foram relevantes, pois o paciente com UPP e em tratamento paliativo algumas vezes não alcança resultados positivos na cicatrização da úlcera, contudo o controle de sintomas da UPP em cuidados paliativos é necessário (MAIDA et al, 2012). E os estudos encontrados para tratamento de UPP em sua maioria buscaram a paliação da dor e odor e a manutenção da UPP.

A revisão de literatura permitiu conhecer o estado da arte sobre o tema desta dissertação. Observaram-se dados interessantes e desafiadores sobre a produção relativa às UPPs e cuidados paliativos. A maior parte dos estudos foram desenvolvidos em *hospices* ou em unidades hospitalares, sendo necessário o desenvolvimento de estudos em pessoas em cuidados paliativos atendidas no domicílio, já que este tipo de atendimento tem crescido e pouco se sabe sobre esta população. Primeiramente, por se divulgar internacionalmente o valor da qualidade da assistência de enfermagem, esperava-se uma menor prevalência de UPP. Nesta revisão, a prevalência girou em torno de 20,0% e este dado é superior ao aceitável. Contudo, esse dado reforça que outras investigações precisam ocorrer para se compreender melhor os fatores associados à UPP em pacientes sob assistência paliativa, inclusive relacionados à influência de dados sociodemográficos e clínicos.

Ainda, chamou a atenção o fato da maioria das avaliações de risco e de estadiamento não serem específicas, nem serem usadas conjuntamente com outras avaliações voltadas para a população mencionada. Por fim, os achados relacionados ao tratamento de UPP merecem destaque, pois de fato são tratamentos que buscaram essencialmente o alívio de sinais e sintomas e não tiveram como objetivo principal a cicatrização das feridas.

Quadro 4 – Estudos sobre tratamento de úlceras por pressão em pacientes em cuidados paliativos. Disponíveis nas bases de dados PUBMED, CINAHL, LILACS, MEDLINE, BDNF e SCIELO. Julho de 2012.

Tratamento Autor (Ano)	Efeito esperado sobre as UPPs	Resultado
Aquacel e Lyofarm Sopata et al (2002)	Comparação entre os dois grupos quanto à cicatrização e redução microbiana.	Lyofarm: 100% das UPPs grau II cicatrizaram e 75% grau III cicatrizaram, as que não cicatrizaram apresentaram melhora, mas os pacientes foram a óbito. Aquacel: 100% de grau II cicatrizaram e 64% do grau III cicatrizaram, os que não cicatrizaram foi pelo mesmo motivo do outro grupo. A quantidade de bactérias nas UPPs em ambos os grupos era variada, porém, não afetou as taxas de cura.
Gel diamorfina Flock (2003)	Controle da dor na UPP.	Eficaz para a dor causada por estágio II e III das UPPs.
Creme tópico de cloridrato de benzidamina 3% Pretence (2004)	Teste da eficácia do creme tópico de cloridrato de Benzidamina 3% em comparação com placebo na redução da dor relacionada com as áreas de pressão.	A redução da dor no grupo benzidamina foi maior, porém não houve diferença estatisticamente significativa entre os tópicos creme Benzidamina cloridrato de 3% e creme placebo.
Gel de diamorfina Ashfield (2005)	Controle da dor na UPP.	A dor do paciente foi bem controlada e este efeito durou por 24 horas entre trocas de curativo.
Manuka honey (mel) Chambers (2006)	Cicatrização de UPPs contaminadas.	Cicatrização completa de duas UPPs e uma diminuiu mais da metade do diâmetro da terceira.
Octeniseptsoaked Sopata et al (2008)	Teste de um produto (Octeniseptsoaked) na redução microbiana das UPPs.	Houve redução significativa no número de espécies bacterianas (<i>S. aureus</i> , <i>S. epidermidis</i> e bactérias Gram-negativas). <i>Enterococcus faecalis</i> e <i>E. coli</i> persistiu. Ocorreu eliminação parcial do tecido necrótico, redução do exsudado e regressão do edema e eritema nos tecidos.

4. METODOLOGIA

4.1. Tipo de estudo

Trata-se de um estudo longitudinal, descritivo, com abordagem quantitativa, organizado em duas partes, sendo considerado uma coorte fechada. O estudo longitudinal é do tipo painel, no qual os dados dos mesmos participantes são analisados em mais de um ponto do tempo e permite ao pesquisador examinar os padrões e índices de mudanças e prever direções futuras (POLIT et al, 2004).

4.2. Período e local do estudo

A coleta de dados foi realizada entre dezembro/2011 e julho/2012.

O estudo foi desenvolvido no Grupo de Apoio Paliativo ao Paciente Oncológico da Associação de Combate ao Câncer de Goiás (ACCG). O Grupo de Apoio Paliativo ao Paciente Oncológico (GAPPO), organizado desde 1996, é integrante da Associação de Combate ao Câncer de Goiás (ACCG) e é classificado como unidade de cuidados paliativos de nível I (MACIEL et al, 2006).

O GAPPO possui prédio próprio com diversos ambientes. Há uma sala de acolhimento onde os pacientes são recebidos e onde são realizados atendimentos por telefone. Nesta mesma sala se faz a guarda de medicamentos e materiais utilizados para procedimentos. Há uma sala de reuniões com mesa grande e cadeiras onde são realizadas as reuniões com a equipe e com os familiares de pacientes atendidos. Há uma sala para a secretária e para a psicologia. Também há um ambiente para guarda de camas hospitalares, andadores, cadeiras de rodas e de banho, que são emprestadas aos pacientes carentes. O GAPPO não dispõe de estrutura de internação própria. Quando a equipe indica a internação, o paciente é atendido no Hospital Araújo Jorge da ACCG. A equipe conta com um carro que é utilizado nas visitas domiciliares.

O atendimento do GAPPO é realizado no domicílio e é destinado aos pacientes adultos considerados fora de possibilidades terapêuticas de cura, encaminhados pelo Hospital Araújo Jorge. Este serviço atende aproximadamente 80 pacientes e realiza cerca de 90 atendimentos domiciliares por mês, em horário comercial, de segunda-feira a sexta-feira. A equipe multiprofissional é composta por 01 enfermeiro, 01 médico, 01 psicólogo, 01 assistente social, 01 motorista, 01

secretária, 01 assistente espiritual e 06 voluntários. Além da equipe especializada, o serviço conta com a colaboração da residência em enfermagem oncológica e residência médica em oncologia clínica, visto que este serviço é um dos locais de prática dos programas de residência. Este grupo de cuidados paliativos é o único que realiza este tipo de serviço domiciliar em Goiás pelo Sistema Único de Saúde.

4.3. População

A população do presente estudo foi constituída por indivíduos que atenderam aos seguintes critérios de inclusão:

- Idade maior ou igual a 18 anos;
- Ter câncer avançado sem possibilidades de tratamento curativo;
- Ter registro como paciente atendido pelo GAPPO;
- Ser morador de Goiânia e região metropolitana.

A população total do estudo foi inicialmente constituída de 90 participantes, no entanto, houve perdas, 8 pacientes foram para sua cidades de origem que eram fora de Goiânia, ou região metropolitana, e 18 pacientes foram à óbito devido à gravidade do estágio avançado na qual se encontravam, não sendo possível realizar nenhuma entrevista com estes pacientes. Nenhum participante recusou participar do estudo e/ ou assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Portanto a população total do estudo foi estabelecida em 64 participantes.

4.4. Variáveis e instrumentos de coleta de dados

As variáveis dependentes do presente estudo foram a presença de úlcera por pressão e risco para desenvolvimento de ulcera por pressão.

As variáveis independentes deste estudo referem-se aos dados sociodemográficos e clínicos. Os dados sociodemográficos e econômicos avaliados foram: idade, sexo, cor da pele, estado civil, escolaridade e religião. Os dados clínicos avaliados foram: história de hábitos de tabagismo e etilismo, Índice de Massa Corpórea (IMC), presença de comorbidades e funcionalidade.

O **Apêndice 1** contém os instrumentos utilizados para avaliação das variáveis independentes e estes instrumentos foram respondidos por todos os pacientes incluídos no estudo. O **Apêndice 2** contém os instrumentos que foram

utilizados para avaliação das variáveis dependentes, sendo que a avaliação das UPPs foi respondida somente pelos pacientes com úlceras por pressão. Uma descrição sucinta de cada variável dependente encontra-se no Quadro 5 e das variáveis independentes no Quadro 6.

Quadro 5 – Apresentação do método de avaliação das variáveis dependentes, categorias e fonte do dado. Goiânia, 2012.

Variável	Método de Avaliação	Categorias	Fonte do dado (entrevista, exame físico, prontuário)
Úlcera por pressão	<i>Pressure Ulcer Healing (PUSH)</i>	Avaliação da área, quantidade de exsudato e aparência do leito da ferida. Variação do escore de 0 a 17, as maiores notas indica piores condições da ferida.	Exame Físico e medição com régua em centímetros.
	Estágios evolutivos conforme a classificação do NPUAP & EPUAP, 2009.	Estágio 1 Estágio 2 Estágio 3 Estágio 4 Não Classificável Suspeita de lesão em tecidos profundos.	Exame Físico.
Risco de desenvolvimento de úlcera por pressão	Escala de Braden	Risco leve (15-18) Risco moderado (13-14) Alto risco (10-12) Elevado risco (< 9)	Exame físico e entrevista na visita no domicílio. Entrevista via telefone.

Quadro 6 – Apresentação do método de avaliação das variáveis independentes, categorias e fonte do dado. Goiânia, 2012.

Variável	Método de Avaliação	Categorias	Fonte do dado (entrevista, exame físico, prontuário)
Magreza (IMC < 18,5)	Índice de Massa Corporal (IMC) calculo referente à: peso/ altura ²	Sim Não	Os dados de peso e altura foram auto referidos.
Área da lesão	Utilizou-se a parte transparente do papel grau cirúrgico estéril para fazer a marcação das bordas de cada ferida. O traçado foi copiado em papel de seda e posteriormente para papel milimetrado, e o último foi escaneado. A área escaneada foi tratada usando o Programa Image J®, versão 1.38x para encontrar a área de cada lesão.	A área de cada lesão foi retratada em centímetros.	Exame físico.
Capacidade funcional	Índice de Katz (É dependente para ABVDs)	Sim Não	Entrevista na visita no domicílio e via telefone.
	Escala de Lawton (É dependente para AIVDs)	Sim Não	Entrevista na visita no domicílio e via telefone.
	Escala <i>Performance Status de Karnofsky</i>	Performance prejudicada Boa performance	Entrevista na visita no domicílio
Idade	Questionário Socioeconômico	Maior que 70 anos Menor que 70 anos	Entrevista na visita no domicílio
Sexo	Questionário Socioeconômico	Masculino Feminino	Entrevista na visita no domicílio

Mora com companheiro	Questionário Socioeconômico	Sim Não	Entrevista
Escolaridade	Questionário Socioeconômico	Analfabeto a Fundamental incompleto Fundamental completo a Superior completo	Entrevista na visita no domicílio
Cor da pele	Questionário Socioeconômico	Pardo/ Negro Branco	Entrevista na visita no domicílio
Religião	Questionário Socioeconômico	Católico Protestante Outras	Entrevista
Tabagista ou ex-tabagista	Questionário Clínico	Sim Não	Entrevista na visita no domicílio
Etilista e ex-etilista	Questionário Clínico	Sim Não	Entrevista na visita no domicílio
Hipertensão arterial	Questionário Clínico	Sim Não	Entrevista na visita no domicílio
Recebeu orientações para prevenção de UPP	Questionário Clínico	Sim Não	Entrevista na visita no domicílio
Apresentou UPP anteriormente	Questionário Clínico	Sim Não	Entrevista na visita no domicílio
Óbito	Questionário Clínico	Sim Não	Entrevista via telefone e/ou Análise dos registros do GAPPO.

A classificação e interpretação do **IMC** obedeceram às recomendações da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM, 2007): magreza (IMC < 18,5), peso normal (IMC = 18,5 a 24,9), sobrepeso (IMC = 25-29,9) e obeso (IMC = 30 a 39,9) e obeso mórbido (IMC > 40). Os dados de peso e altura foram auto

referidos. A fim de realizar as análises estatísticas os dados foram dicotomizados em magreza sim ($IMC < 18,5$) e magreza não ($IMC > 18,5$).

A funcionalidade foi avaliada por três instrumentos e estes estão em uso no Brasil.

Para avaliação da capacidade funcional foi utilizada a escala **Performance Status de Karnofsky** (KPS) que é a escala padrão ouro para avaliação do estado do paciente oncológico, classificando os prejuízos funcionais decorrentes da doença e tratamentos utilizados (NIKOLETTI, 2000; BRASIL, 2001). Seu escore varia de 100% a 0%, que indicam plena capacidade de realizar atividades usuais e morte, respectivamente. Para fins de análise do presente estudo, as pessoas foram classificadas em capacidade funcional prejudicada, quando o escore foi menor que 50% e boa capacidade funcional, quando o escore foi maior ou igual a 50%.

Para avaliação das Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) foi utilizado o **Índice de Katz**. Esse instrumento mede a independência no desempenho de seis funções: tomar banho, vestir, ir ao banheiro, transferência, continência, alimentação (DUARTE; ANDRADE; LEBRÃO, 2007). Esta escala de avaliação de AVBD é importante e útil para demonstrar processo de instalação da incapacidade no envelhecimento e estabelecer prognósticos, avaliar as demandas assistenciais e determinar a efetividade de tratamentos (BRASIL, 2006). Por meio desta escala, de acordo com o Ministério da Saúde, os indivíduos são classificados em: A: independente para todas as atividades; B: independente para todas as atividades menos uma; C: independente para todas as atividades menos banho e mais uma adicional; D: independente para todas as atividades menos banho, vestir-se e mais uma adicional; E: independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro e mais uma adicional; F: independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência e mais uma adicional; G: dependente para todas as atividades; OUTRO: dependente em pelo menos duas funções, mas que não se classificasse em C, D, E e F (BRASIL, 2006). No presente estudo, aqueles classificados em A foram considerados independentes para atividades de vida diária e os demais (A, B, C, D, E, F, G, e OUTRO) considerados dependentes.

Para avaliação das atividades instrumentais de vida diária (AIVDs) utilizou-se a **Escala de Lawton**. Essa escala demonstra a capacidade do indivíduo levar uma vida independente na comunidade e avalia oito funções: uso de telefone, fazer

compras, preparo de refeição, fazer faxina, lavar roupa, usar meio de transporte, tomar medicações e controle financeiro (SANTOS; JUNIOR, 2008; BRASIL, 2006). A pontuação máxima é 27 pontos e cada pergunta pode ter três respostas, a primeira resposta significa independência, a segunda dependência parcial ou capacidade com ajuda e a terceira, dependência (BRASIL, 2006). Segundo a escala original não há uma classificação, somente recomenda-se que para os indivíduos mais dependentes um plano terapêutico deve ser elaborado. Portanto foi utilizada uma classificação estabelecida, a fim de facilitar a avaliação do grau de dependência destes indivíduos, que foi a seguinte: independência (27 pontos), dependência parcial (26 a 18 pontos) e dependência total (< 18 pontos) (SANTOS; JUNIOR, 2008). Para a análise a classificação foi dicotomizada em 27 pontos como independentes para atividades instrumentais de vida diária e os demais (< 27 pontos), como dependentes para atividades de vida diária.

A **Escala de Braden** foi utilizada para a avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras por pressão. Esta escala avalia aspectos clínicos que representam fatores de risco: 1) percepção sensorial; 2) nível em que a pele está exposta à umidade; 3) mobilidade; 4) atividade; 5) nutrição; e 6) presença de fricção e cisalhamento. Cada parâmetro recebe uma pontuação que varia de 1 a 4, exceto fricção e cisalhamento que varia de 1 a 3. A pontuação máxima desta escala é 23 e a mínima, 6; sendo as faixas de classificação de risco: 15 a 18, risco leve; 13 a 14, risco moderado; 10 a 12, alto risco; e abaixo de 9, elevado risco. Assim, os menores valores indicam piores condições (BRADEN; BERGSTROM, 1989; PARANHOS; SANTOS, 1999). Algumas análises utilizaram estes dados dicotomizados em (15 - 23) com a classificação sem risco a risco leve e (6 - 14) moderado a elevado risco.

A **Pressure Ulcer Healing Scale** (PUSH) foi utilizada para avaliação das UPPs. Esta escala considera três parâmetros. O primeiro refere-se à área da ferida, relacionada ao maior comprimento versus a maior largura em centímetros quadrados. Os valores encontrados variam de 0 a maior que 24 cm² e correspondem a escores que variam de 0 a 10, conforme a área obtida. O segundo parâmetro é quantidade de exsudato presente na ferida classificado como ausente, pequena, moderada e grande, que correspondem a escores de 0 (ausente) a 3 (grande). O último parâmetro é a aparência do leito da ferida, definida como o tipo de tecido prevalente: tecido necrótico (escara), esfacelo, tecido de granulação,

tecido epitelial e ferida fechada ou recoberta, ou seja, aquela completamente recoberta com epitélio. Esses tecidos correspondem aos escores 0 (ferida fechada), (tecido epitelial), 2 (tecido de granulação), 3 (esfacelo) e 4 (tecido necrótico). Os subescores para esses parâmetros ou sub escalas, ao serem somados, geram um escore total, cuja variação possível é de 0 a 17. Escores maiores indicam piores condições da úlcera e escores menores indicam melhora no processo de cicatrização da UPP. Portanto, medindo apenas três variáveis, o instrumento PUSH gera escores que, em sua magnitude e direção, podem descrever as condições e a evolução das UPP (SANTOS, et al, 2005; THOMAS et al, 1997).

Além do instrumento utilizado para avaliação da UPP, também foi realizado registro fotográfico das feridas. Esse dado foi utilizado para avaliação de confiabilidade inter-observador dos dados coletados, comparando a avaliação realizada pela pesquisadora e um avaliador perito. Houve concordância em 75% das avaliações do PUSH. Nos 25% em que não houve concordância plena, a diferença entre os observadores foi de apenas um ponto na avaliação. Acredita-se que a diferença possa ser devido ao fato da fotografia não ser capaz de captar plenamente o volume de exsudato, dificultando a avaliação pelo perito. Desse modo, considerou-se confiável a avaliação da ferida realizada pela pesquisadora pelo método PUSH.

4.5. Procedimentos para a coleta de dados

4.5.1. Equipe de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por duas pesquisadoras. A pesquisadora responsável realizou as coletas nos domicílios e a outra pesquisadora, aluna de graduação em enfermagem com iniciação científica por meio do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Tecnologias de Avaliação, Diagnóstico e Intervenção de Enfermagem e Saúde (NUTADIES), após treinamento, realizou a coleta via telefone. Semanalmente as pesquisadoras discutiam as coletas realizadas para organização da coleta.

4.5.2. Procedimento de coleta de dados

A pesquisadora, em visita ao GAPPO, realizou levantamento dos pacientes em atendimento pelo serviço. Foram registrados o nome, telefone, número de

prontuário e endereço destes pacientes. Em seguida, os pacientes foram contatados por telefone para uma breve apresentação do estudo. Aqueles que aceitaram participar do estudo receberam uma visita em seu domicílio. Após nova apresentação do estudo e aceite em participar e assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido, iniciou-se a coleta de dados. No decorrer do período de coleta de dados a pesquisadora realizou a atualização da listagem de pacientes atendidos no serviço e possíveis óbitos antes da primeira coleta de dados.

A coleta de dados foi realizada em 7 momentos. No primeiro momento, a coleta foi realizada por meio de entrevista e avaliação clínica dos pacientes de modo presencial. Os demais seguimentos foram realizados por meio de entrevista via telefone, nos dias 7, 14, 21 e 28 após a primeira avaliação. Quarenta e cinco e 90 dias após a data de inclusão no estudo, realizou-se coleta de dados a fim de identificar se o paciente estava vivo. No quadro a seguir (Quadro 7) estão apresentadas as variáveis, os instrumentos e os momentos de coleta de dados.

Quadro 7 – Apresentação dos momentos de coleta de dados de acordo com os Respondentes, Instrumentos, local/Meio de coleta e Duração média. Goiânia, 2012.

Momento da Coleta	Respondentes e Instrumentos	Local/Meio de Coleta	Duração Média
1º (Dia 0)	- Todos os pacientes: Dados sociodemográficos, econômicos e clínicos (KPS, Índice de Katz, Escala de <i>Lawton</i> , <i>ESAS</i> , <i>Braden</i>) - Pacientes com UPP: Instrumento de Avaliação da UPP e PUSH	Visita no domicílio	40'
2º (Dia 7)	- Todos os pacientes: BRADEN	Via telefone	5'
3º (Dia 14)	- Todos os pacientes: BRADEN	Via telefone	5'
4º (Dia 21)	- Todos os pacientes: BRADEN	Via telefone	5'
5º (Dia 28)	- Todos os pacientes: BRADEN	Via telefone	5'
6º (Dia 45)	- Todos os pacientes: Estado de sobrevivência	Via telefone	5'
7º (Dia 90)	- Todos os pacientes: Estado de sobrevivência	Via telefone	5'

No primeiro dia (D0), a pesquisadora responsável, além de coletar todas as informações, realizou uma breve intervenção, visto que do ponto de vista ético não seria correto perceber o risco de integridade da pele prejudicada e não intervir, portanto foi desenvolvida uma atividade de orientação sobre prevenção de UPP de modo sistematizado. A orientação foi dispensada ao paciente e cuidador quanto à prevenção abordou: mudança de decúbito, cuidados com a pele, uso de colchões especiais e outros), e quanto aos sinais da escala de *Braden* (limitação do paciente, umidade da pele, nível de atividade física, mobilidade, nutrição, fricção e cisalhamento) (BRADEN; BERGSTROM, 1989; PARANHOS; SANTOS, 1999). Nos casos em que os participantes apresentavam UPP, após avaliação da ferida, foi realizado o registro fotográfico.

Os demais seguimentos (D7-D90) foram realizados via telefone. Neste contato telefônico a pesquisadora questionou ao paciente ou ao cuidador se o paciente havia desenvolvido alguma lesão e no caso de existir, quais eram suas características (cor, tamanho, odor), também foi preenchido o instrumento de Braden de acordo com as orientações dadas na primeira avaliação e foram elaboradas algumas perguntas e respostas correspondentes à Escala de Braden par a entrevista via telefone a fim de facilitar o entendimento do cuidador (Quadro 8).

A princípio nos casos em que o cuidador ou paciente relataram via telefone o surgimento de uma UPP ou de qualquer sinal sugestivo de UPP, a pesquisadora responsável realizaria nova visita domiciliária para confirmar o surgimento da lesão. Na confirmação da nova lesão, seria realizada a aplicação do Instrumento de Avaliação da UPP incluindo o PUSH, Escala de *Braden*, novo registro fotográfico e mensuração da ferida. Entretanto, isso não aconteceu na maioria dos casos, pois devido à gravidade da doença dos participantes, estes foram a óbito antes da nova visita. Sendo assim este dado foi desconsiderado devido ao pequeno número de participantes que se conseguiu colher estes dados.

Quadro 8 – Escala de Braden com perguntas e respostas adaptadas para entrevista via telefone. BRADEN; BERGSTROM, 1989.

Sub-escala	Níveis			
Percepção sensorial: Capacidade de reagir significativamente à pressão relacionada ao desconforto.	1. Totalmente limitado: Não reage (não geme, não se segura a nada, não se esquiva) a estímulo doloroso, devido ao nível de consciência diminuído ou devido a sedação ou capacidade limitada de sentir dor na maior parte do corpo.	2. Muito limitado: Somente reage a estímulo doloroso. Não é capaz de comunicar desconforto exceto através de gemido ou agitação. Ou possui alguma deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	3. Levemente limitado: Responde a comando verbal, mas nem sempre é capaz de comunicar o desconforto ou expressar necessidade de ser mudado de posição ou tem um certo grau de deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	4. Nenhuma limitação: Responde a comandos verbais: não tem déficit sensorial que limitaria a capacidade de sentir ou verbalizar dor ou desconforto.
Pergunta via telefone	Respostas correspondentes via telefone			
O paciente está acordado e conversando?	1. Dorme todo o tempo e não reage à dor.	2. Dorme a maior parte do tempo e reage à dor.	3. Paciente acordado a maior parte do tempo, porém às vezes não comunica o que o incomoda.	4. Paciente acordado e conversando.
Umidade: Nível ao qual a pele é exposta a umidade	1. Completamente molhada: A pele é mantida molhada quase constantemente	2. Muito molhada: A pele está freqüentemente, mas nem sempre	3. Ocasionalmente molhada: A pele fica ocasionalmente	4. Raramente molhada: A pele geralmente está seca, a troca de roupa de cama é necessária

	por transpiração, urina, etc. Umidade é detectada às movimentações do paciente.	molhada. A roupa de cama deve ser trocada pelo menos uma vez por turno.	molhada requerendo uma troca extra de roupa de cama por dia	somente nos intervalos de rotina.
Pergunta via telefone	Respostas correspondentes via telefone			
A pele do paciente tem ficado úmida?	1. Paciente incontinente, com uso de fraldas e transpiração excessiva.	2. Paciente incontinente, fraldas e roupas de cama trocadas 3 x por dia	3. Paciente raramente tem perdas urinárias ou fecais na fralda ou na roupa.	4. A pele do paciente está sempre seca e este tem controle urinário e intestinal.
Atividade: Grau de atividade física	1. Acamado: Confinado a cama.	2. Confinado à cadeira: Capacidade de andar está severamente limitada ou nula. Não é capaz de sustentar o próprio peso e/ou precisa ser ajudado a se sentar.	3. Anda ocasionalmente: Anda ocasionalmente durante o dia, embora distâncias muito curtas, com ou sem ajuda. Passa a maior parte de cada turno na cama ou na cadeira.	4. Anda freqüentemente: Anda fora do quarto pelo menos 2 vezes por dia e dentro do quarto pelo uma vez a cada 2 horas durante as horas em que está acordado.
Pergunta via telefone	Respostas correspondentes via telefone			
Quanto tempo do seu dia o paciente passa deitado, sentado e/ou andando?	1. Permanece todo tempo na cama.	2. Permanece na cadeira todo tempo. Quase nunca anda e precisa de ajuda para levantar e sentar.	3. Anda pouco tempo e a passa a maior parte do tempo na cadeira ou cama.	4. Anda a maior parte do tempo e fora do quarto pelo menos duas vezes por dia e 2 horas durante o tempo que está acordado.

<p>Mobilidade: Capacidade de mudar e controlar a posição do corpo</p>	<p>1. Totalmente imóvel: Não faz nem mesmo pequenas mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda.</p>	<p>2. Bastante limitado: Faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou extremidades mas é incapaz de fazer mudanças freqüentes ou significantes sozinho.</p>	<p>3. Levemente limitado: Faz freqüentes, embora pequenas, mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda.</p>	<p>4. Não apresenta limitações: Faz importantes e freqüentes mudanças sem auxílio.</p>
<p>Pergunta via telefone</p>	<p>Respostas correspondentes via telefone</p>			
<p>O paciente alguma limitação de movimentos, qual?</p>	<p>1. Não faz nenhum movimento, nem mudanças na posição, mesmo com ajuda.</p>	<p>2. Faz poucas mudanças de posicionamento e precisa de ajuda para fazer grandes mudanças de posição.</p>	<p>3. Faz várias mudanças pequenas de posição de braços e pernas sem ajuda.</p>	<p>4. Faz toda a movimentação do corpo sem ajuda.</p>

<p>Nutrição: Padrão usual de consumo alimentar.</p>	<p>1.Muito pobre: Nunca come uma refeição completa.Raramente come mais de 1/3 do alimento oferecido. Come 2 porções ou menos de proteína (carnes ou laticínios) por dia. Ingero pouco líquido. Não aceita suplemento alimentar líquido. Ou é mantido em jejum e/ou mantido com dieta líquida ou IVS por mais de cinco dias.</p>	<p>2.Provavelmente inadequado: Raramente come uma refeição completa. Geralmente come cerca de metade do alimento. Ingestão de mantida molhada quase constantemente proteína inclui somente 3 porções de carne ou laticínios por dia. Ocasionalmente aceitará um suplemento alimentar ou recebe abaixo da quantidade satisfatória de dieta líquida ou alimentação por sonda.</p>	<p>3.Adequado: Come mais da metade da maioria das refeições. Come um total de 4 porções de alimento rico em proteínas (carne e laticínios) todo dia. Ocasionalmente recusará uma refeição, mas geralmente aceitará um complemento oferecido. Ou é alimentado por sonda ou regime de nutrição parenteral total, o qual provavelmente satisfaz a maior parte das necessidades nutricionais.</p>	<p>4.Excelente: Come a maior parte de cada refeição. Geralmente ingere um total de 4 ou mais porções de carne e laticínios. Ocasionalmente come entre as refeições. Não requer suplemento alimentar.</p>
<p>Pergunta via telefone</p>	<p>Foram utilizadas as mesmas respostas da escala original para a entrevista via telefone.</p>			
<p>O paciente se alimenta pela boca ou por qual via? Como é a dieta do paciente?</p>	<p>_____</p>	<p>_____</p>	<p>_____</p>	<p>_____</p>

Fricção e cisalhamento	1. Problema: Requer assistência moderada a máxima para se mover. É impossível levantá-lo ou erguê-lo completamente sem que haja atrito da pele com o lençol. Frequentemente escorrega na cama ou cadeira, necessitando freqüentes ajustes de posição com o máximo de assistência. Espascticidade, contratura ou agitação leva a quase constante fricção.	2. Problema em potencial: Move-se mas, sem vigor ou requer mínima assistência. Durante o movimento provavelmente ocorre um certo atrito da pele com o lençol, cadeira ou outros. Na maior parte do tempo mantém posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente escorrega.	3. Nenhum problema: Move-se sozinho na cama ou cadeira e tem suficiente força muscular para erguer-se completamente durante o movimento. Sempre mantém boa posição na cama ou na cadeira	
Pergunta via telefone	Foram utilizadas as mesmas respostas da escala original para a entrevista via telefone.			
É provável que, durante uma movimentação, a pele do paciente deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos?	_____	_____	_____	

4.6. Aspectos éticos e legais/ Riscos e benefícios

O estudo é parte do projeto de pesquisa intitulado: “Úlceras por pressão em pacientes atendidos por equipes de reabilitação e de cuidados paliativos” que está inserido no NUTADIES e na Rede Goiana de Pesquisa em Avaliação e Tratamento de Feridas. Este foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da ACCG e ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (UFG) e aprovado com números de protocolo 006/2011 e 019/2011 (Anexo 1), respectivamente.

Os pacientes foram orientados sobre os objetivos e procedimentos do estudo, dos riscos, da garantia de sigilo quanto à identidade dos participantes e da liberdade em consentir e retirar o consentimento. Aqueles que aceitaram participar do estudo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 3) em duas vias. Uma via foi entregue ao participante e outra, arquivada pela pesquisadora responsável. Nos casos em que o paciente apresentou alterações cognitivas relacionadas à progressão da doença de base, como nos casos de pacientes com câncer em estágio terminal ou déficit relacionado a traumas, o estudo foi apresentado ao responsável legal do paciente. Quando o responsável consentia em participar da pesquisa, este assinava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, e respondeu aos instrumentos de coleta de dados. Desta forma, foram atendidos os preceitos éticos previstos na Resolução 196/96 de Diretrizes e Normas Regulamentadoras da Pesquisa com Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 1996).

4.7. Análise dos dados

Os dados coletados foram inseridos em planilha Excel® for Windows e posteriormente foram transportados para *Statistical Package of Social Sciences for Windows* (SPSS) versão 17.2. Os resultados estão apresentados em frequência absoluta e percentual, medidas de tendência central e dispersão. Para identificação da prevalência foi calculada a razão entre o número de casos de UPP e o número total de pacientes incluídos na pesquisa.

Para comparar o perfil do grupo de pacientes com e sem UPP e o grupo que teve óbito em até três meses após inclusão no estudo e não teve óbito neste intervalo de tempo, aplicou-se o teste exato de Fischer e consideraram-se

significativas as associações com $p < 0,05$. Também foi realizada a análise de sobrevida de acordo com a curva de Kaplan Meyer.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A apresentação dos resultados dessa dissertação foi organizada em forma de artigos.

Artigo 1: Úlceras por pressão em pacientes em cuidados paliativos domiciliares: prevalência e características.

Autores: Ana Carolina de Castro Mendonça Queiroz; Dálete Delalibera Corrêa de Faria Mota; Maria Marcia Bachion; Ana Cássia Mendes Ferreira

Revista: Revista da Escola de Enfermagem do USP

Situação: “Encaminhado”

Artigo 2: Avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras por pressão em pacientes em cuidados paliativos domiciliares.

Autores: Ana Carolina de Castro Mendonça Queiroz; Dálete Delalibera Corrêa de Faria Mota; Maria Marcia Bachion; Milainy Barbosa Ribeiro

Revista: Palliative Medicine

Situação: “Em elaboração”

5.1. Artigo 1

ÚLCERAS POR PRESSÃO EM PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARES: PREVALÊNCIA E CARACTERÍSTICAS¹

PRESSURE ULCERS IN PALLIATIVE HOME CARE PATIENTS: PREVALENCE AND CHARACTERISTICS

ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES EN CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS: PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS

1. Ana Carolina de Castro Mendonça Queiroz – Enfermeira. Especialista em Oncologia. Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Goiás. Enfermeira da Unidade Internação do Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santilo. Endereço: Rua V-4, qd. V-8, lt. 9 apt. 203 Vila Rezende Cep.:74335210. Fones: (62) 30953364/91321139. E-mail: carolinacmq@gmail.com

2. Dálete Delalibera Corrêa de Faria Mota - Enfermeira. Doutora em Enfermagem na Saúde do Adulto. Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. E-mail: dalete.mota@globocom.com

3. Maria Marcia Bachion – Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Titular Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Goiânia, Brasil. Pesquisador CNPq nível 2. E-mail: mbachion@gmail.com

4. Ana Cássia Mendes Ferreira – Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora na Universidade Alfredo Nasser. E-mail: anacassiaferreira01@gmail.com

RESUMO: Os objetivos foram identificar a prevalência de úlceras por pressão (UPP) em pessoas com câncer em cuidados paliativos domiciliares, verificar os fatores sociodemográficos e clínicos dos pacientes com e sem úlceras por pressão e analisar as características das úlceras encontradas nessas pessoas. Trata-se de um estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa. Foram incluídas 64 pessoas com câncer avançado, atendidas por um serviço de cuidado paliativo domiciliar. Doze (18,8%) apresentaram UPP, dos quais 75,0% eram homens. Os participantes apresentaram de uma a três UPPs, totalizando 19 lesões, sendo 89,4% desenvolvidas no domicílio e 47,4% em estágio 3. A única característica diferente entre os grupos foi que a presença de UPP foi maior entre aqueles que

já tinham história de lesão anterior. UPP consistiu em evento de ocorrência expressiva na população estudada, indicando que exame da pele e medidas preventivas devem ser incluídos na atuação das equipes de cuidados paliativos domiciliares.

Descritores: Úlcera por Pressão; Cuidados Paliativos; Cuidados de Enfermagem; Oncologia.

ABSTRACT: The objectives were to identify the prevalence of pressure ulcers (PU) in people with cancer in palliative home care, check the sociodemographic and clinical factors of patients with and without pressure ulcers, and analyze the characteristics of the ulcers. This is a descriptive, cross-sectional study that included 64 people with advanced cancer, treated by a palliative home care service. Twelve (18.8%) had PU, of whom 75.0% were men. The participants had one to three PU, accounting for 19 lesions, 89.4% developed at home and 47.4% at staging 3. The only distinguishing feature between the groups was that the presence of PU was higher among those who had a history of previous wound. PU consisted of a significant event occurring in the population studied, indicating that skin examination and effective preventive measures should be included in the home palliative care health team.

Descriptors: Pressure Ulcer; Palliative Care; Nursing Care; Medical Oncology.

RESUMEN: Los objetivos fueron: identificar la prevalencia de las úlceras por presión (UPP) en pacientes con cáncer en cuidados paliativos en casa comprobar los factores sociodemográficos y clínicos de los pacientes con y sin úlceras por presión y analizar las características de las úlceras que se encuentran en estas personas. Se trata de un estudio descriptivo, de corte transversal enfoque cuantitativo. El estudio incluyó a 64 personas con cáncer avanzado, tratados por un servicio de cuidados paliativos en casa. Doce (18,8%) tenían UPP, de los cuales el 75,0% eran hombres. Los participantes tuvieron uno-tres UPP, con un total 19 lesiones, el 89,4% desarrolló en el país y el 47,4% de la etapa 3. El único rasgo distintivo entre los grupos fue que la presencia de UPP fue mayor entre los que tenían antecedentes de lesiones previas. UPP consistía en un hecho relevante que ocurre en la población estudiada, lo que indica que el examen de la piel y de las medidas preventivas deben ser incluidos en el trabajo de los equipos de cuidados paliativos en el hogar.

Descriptor: Úlcera por Presión; Cuidados Paliativos; Atención de Enfermería; Oncología Médica.

INTRODUÇÃO

Vários tipos de doenças crônicas evoluem para condições em que não há possibilidades de cura e o prognóstico é o fim da vida em torno de um ano.⁽¹⁾ Nessa condição são indicados cuidados paliativos, definidos como a abordagem que promove qualidade de vida de pacientes e seus familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida, por meio de prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento impecável da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual.^(1,2) Cuidados Paliativos (CP) estão pautados na concepção da morte como um processo natural da vida e permeiam a prática cotidiana da enfermagem, os quais são os profissionais mais presentes na terminalidade dos indivíduos.⁽³⁾

Entre os diversos grupos que recebem CP estão as pessoas com câncer, fora de possibilidades terapêuticas.⁽¹⁾ Embora muito se tenha avançado no tratamento e cura de doenças neoplásicas, a mortalidade ainda é alta, representando a segunda causa de todas as mortes no Brasil.⁽⁴⁾

As úlceras por pressão (UPPs) tem afetado pacientes com doenças avançadas, incluindo aquelas em cuidados paliativos. Essas feridas, definidas como lesão de pele ou tecido adjacente causada por pressão, cisalhamento e/ou fricção, podem e devem ser evitadas e para tanto, a equipe de saúde deve incorporar o conhecimento sobre a prevenção e tratamento, bem como assegurar uma diminuição na incidência e, quando possível, cura e minimização de complicações.^(4,5) As UPPs são um importante problema para o setor de saúde, devido à elevada incidência, prevalência e aumento da morbidade e mortalidade e custos com as medidas profiláticas e terapêuticas existentes.⁽⁵⁾

Pessoas em processo de palição tem identificado prevalências entre 10,5% e 26,0% de úlceras por pressão em vários cenários de atendimento.^(6,7) Foi verificado anteriormente que a maioria destas lesões surge nos últimos dias de vida.⁽⁸⁾ À medida que a morte se aproxima e surgem as UPP, surge o questionamento quanto à dimensão do problema e as ações que a enfermagem pode desenvolver junto ao paciente e família para promover conforto, manter sua integridade sem investir em tratamentos fúteis.

A enfermagem deve ser capaz de identificar as necessidades de cuidados de sua clientela, e assim é necessário que se conheça com mais profundidade a problemática das UPP desenvolvidas em pessoas com alterações oncológicas em cuidados paliativos, incluindo, a frequência de sua ocorrência, fatores associados, estágios evolutivos. Desse modo, conduziu-se o presente estudo com os objetivos de identificar a prevalência de úlceras por pressão em pessoas com câncer em cuidados paliativos domiciliares, verificar os fatores

sociodemográficos e clínicos dos pacientes com e sem úlceras por pressão e analisar as características das úlceras por pressão encontradas nessas pessoas.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Associação de Combate ao Câncer de Goiás (ACCG) e do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (protocolos 006/2011 e 019/2011, respectivamente).

Foi realizado no domicílio de pessoas atendidas pelo Grupo de Apoio Paliativo ao Paciente Oncológico (GAPPO) da ACCG, organizado desde 1996, com a finalidade de oferecer cuidado paliativo por equipe multiprofissional à pessoas no respectivo domicílio.

A população foi constituída por 90 indivíduos adultos com câncer avançado, fora de possibilidades terapêuticas de cura, residentes na cidade de Goiânia e região metropolitana atendidos pelo GAPPO. Ao longo do processo de recrutamento, houve 26 perdas, pois 8 pacientes retornaram para suas cidades de origem e 18 pacientes foram à óbito antes da coleta de dados. Nenhum participante recusou participar do estudo.

A variável dependente foi úlcera por pressão, avaliada pela *Pressure Ulcer Healing Scale* (PUSH). Este instrumento considera a área, quantidade de exsudato e aparência do leito da ferida. Os subescores para esses geram um escore total, com variação de 0 a 17 e os escores maiores indicam piores condições da úlcera.^(9,10) As demais variáveis referem-se aos dados sociodemográficos e clínicos: idade, sexo, cor da pele, estado civil, escolaridade, religião, história de hábitos de tabagismo e etilismo, problemas cardiovasculares, magreza (IMC < 18,5 Kg/m²), continência urinária, funcionalidade, relato de ter apresentado UPP anteriormente e relato de ter recebido orientações para prevenção de UPP.

A funcionalidade foi avaliada por três instrumentos. A capacidade funcional foi avaliada pela escala *Karnofsky Performance Status* (KPS) que classifica os prejuízos funcionais decorrentes da doença e tratamentos.⁽⁴⁾ As atividades básicas de vida diária foram avaliadas pelo Índice de Katz.⁽¹¹⁾ As atividades instrumentais de vida diária foram avaliadas pela Escala de Lawton.⁽¹¹⁾ Os três instrumentos mencionados são válidos para uso no Brasil.

A coleta de dados foi realizada entre dezembro de 2011 e julho de 2012. Visitou-se o GAPPO para realizar levantamento das pessoas atendidas pelo serviço. Elas foram contatadas por telefone e aquelas que aceitaram participar do estudo receberam visita no domicílio. Após

o aceite em participar e assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido, foi iniciada a coleta de dados, por meio de entrevista e avaliação clínica. Constatada presença de UPP realizou-se avaliação da ferida.

Utilizou-se o software *Statistical Package of Social Sciences for Windows* (SPSS) versão 17.2 para análise de dados, que foi realizada por meio de frequência absoluta e percentual, medidas de tendência central e dispersão. Para identificação da prevalência foi calculada a razão entre o número de casos de UPP e o número total de pacientes incluídos na pesquisa. Para comparar o perfil do grupo de pacientes com e sem UPP aplicou-se o teste exato de Fischer e consideraram-se significativas as associações com $p < 0,05$.

RESULTADOS

Foi identificada a prevalência de 18,8% de UPP entre os 64 participantes, uma vez que na avaliação domiciliar foi constatado que 12 pessoas apresentavam estas lesões. A caracterização sociodemográfica dos participantes está apresentada na Tabela 1. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas relativos a estes dados.

Tabela 1 – Características sociodemográficas de pacientes (N=64) atendidos por um serviço de cuidado paliativo domiciliar. Goiânia/GO, Brasil, dez 2011 a jul 2012.

Variáveis	Úlcera Por Pressão					
	Sim	%	Não	%	OR	Valor de p
Sexo						
Masculino	9	75,0	35	67,3	1,46	0,739
Feminino	3	25,0	17	32,7		
Idade						
Maior que 70 anos	4	33,3	25	48,1	0,54	0,552
Menor que 70 anos	8	66,7	27	51,9		
Cor da pele						
Negro e Pardo	5	41,7	30	57,7	0,52	0,352
Branco	7	58,3	22	42,3		
Escolaridade						
Analfabeto à Fundamental Incompleto	8	66,7	36	69,2	0,89	1,000
Fundamental completo à Superior completo	4	33,3	16	30,8		
Mora com companheiro						
Não	8	66,7	38	73,1	0,74	0,451
Sim	4	33,3	14	26,9		
Religião						
Protestante	8	66,7	23	44,2	—	0,263
Católica	4	33,3	23	44,2		
Outros	0	0,0	6	11,5		

As características clínicas dos participantes estão apresentadas na Tabela 2. Houve diferença significativa entre os grupos somente quanto a variável “Apresentou UPP anteriormente”.

Dos 12 pacientes que apresentaram UPP, 58,3% desenvolveram apenas uma lesão, 25,0% desenvolveram duas lesões e 16,7% desenvolveram três lesões, totalizando 19 úlceras.

Tabela 2 – Características clínicas de pessoas com câncer (n=64) atendidas por um serviço de cuidado paliativo domiciliar. Goiânia/GO, Brasil 2012, dez 2011 a jul 2012.

Variáveis	Úlcera Por Pressão					
	Sim	%	Não	%	OR	Valor de P
Tabagista e ex tabagista						
Sim	7	58,3	38	73,1	0,52	0,318
Não	5	41,7	14	26,9		
Etilista e ex etilista						
Sim	4	33,3	32	61,5	0,31	0,108
Não	8	66,7	20	38,5		
Karnofsky						
Performace prejudicada	8	66,7	44	84,6	0,36	0,215
Boa performance	4	33,3	8	15,4		
É dependente para AVDs						
Sim	12	100,0	37	71,2	—	0,054
Não	0	0,0	15	28,8		
É dependente para AIVDs						
Sim	11	91,7	49,0	94,2	0,67	0,74
Não	1	8,3	3	5,8		
Continência Urinária						
Incontinente	5	41,7	32	61,5	0,45	0,331
Continente	7	58,3	20	38,5		
Possui problemas cardiovasculares						
Sim	6	50,0	24	46,2	1,17	1,000
Não	6	50,0	28	53,8		
Magreza (IMC < 18,5)						
Sim	6	50,0	11	21,2	3,73	0,062
Não	6	50,0	41	78,8		
Apresentou UPP anteriormente						
Sim	5	41,7	5	9,6	6,71	0,015
Não	7	58,3	47	90,4		
Recebeu orientações para prevenção de UPP						
Não	10	83,3	43	82,7	1,05	1,000
Sim	2	16,7	9	17,3		

Quanto ao ambiente onde ocorreu o surgimento das UPP nos participantes, 89,4% surgiram no domicílio e 10,6% no ambiente hospitalar. Considerando a vinculação ao

acompanhamento pelo GAPPO, 41,6% pacientes desenvolveram UPP no decorrer do atendimento no serviço estudado e 58,3% pacientes foram admitidos neste serviço com UPP.

Na Tabela 3 estão apresentadas as características das UPPs dos participantes da pesquisa.

Tabela 3 – Caracterização das 19 úlceras por pressão de 12 pacientes atendidos por um serviço de cuidado paliativo domiciliar. Goiânia/GO, Brasil 2012, dez 2011 a jul 2012.

Úlcera por pressão	Localização	Frequência	%
Topografia da UPP	Sacral	14	73,7
	Trocanteres	3	15,8
	Pavilhão Auricular	2	10,5
	Estágio 1	2	10,5
	Estágio 2	3	15,8
Estágio Evolutivo	Estágio 3	9	47,4
	Estágio 4	1	5,3
	Não classificável	4	21,0
	Suspeita de lesão de tecidos profundos	0	0,0
PUSH	Média (DP); Mediana; Min- Max 9,05(5,38);10;0-16		

DISCUSSÃO

A prevalência encontrada representou um valor intermediário, em comparação aos dados encontrados em outros estudos referentes à pacientes em cuidados paliativos e estudos em outras populações.^(6-8,12-16) Pesquisas realizadas em outros países encontraram prevalência de UPP em pessoas em cuidados paliativos (CP) que variou de 10,5 a 26%.^(6-8,12) No Canadá um estudo com pessoas com câncer em estágio avançado de uma agência de *home care*, identificou a prevalência de UPP de 10,5%.⁽⁷⁾ No Reino Unido a prevalência de UPP numa unidade de CP foi de 12,0%.⁽⁶⁾ Em um *hospice* na Itália foi identificada a prevalência de UPP de 22,0%.⁽⁸⁾ Em um *hospice* nos EUA a prevalência de UPP encontrada foi de 26,0%.⁽¹²⁾

Comparando ainda a outras populações, que não estavam em CP, a prevalência também representa um achado intermediário, comparando-se os valores identificados por estudiosos, que variam de 13,5 a 35,2%.^(13,15) Estudo realizado em uma instituição de longa permanência para idosos em Portugal apontou prevalência de UPP de 23,0%.⁽¹⁴⁾ Em estudo

sobre raças e UPP, nos EUA, identificou-se a prevalência de UPP de 14,5%.⁽¹³⁾ No Brasil a prevalência de UPP em pacientes de um Centro de Terapia Intensiva foi de 35,2%.⁽¹⁵⁾

O contexto de surgimento de UPP está ligado a condições intrínsecas e extrínsecas à pessoa acometida pela lesão.⁽⁵⁾ Pessoas em palição com diferentes doenças de base podem estar em condições metabólicas e de oxigenação mais ou menos graves.⁽⁴⁾ Isso pode explicar em parte as diferenças encontradas na prevalência de UPP comparando os achados da presente pesquisa com outros estudos.

Caracterização das pessoas com câncer em cuidados paliativos domiciliares

A maioria dos participantes do presente estudo era do sexo masculino. Embora não tenha sido encontrada diferença entre os grupos com e sem UPP em relação ao gênero nesta pesquisa, um estudo com pacientes em CP encontrou associação significativa entre UPP e sexo masculino.⁽⁸⁾ A diferença de cuidados necessários para cada gênero pode ser uma causa para esta diferença, como manobras e posicionamento mais dificultada nos homens ou estes podem apresentar menos dispostos a admitir a recorrer ao cuidado formal adicional.⁽⁸⁾

Quanto à cor da pele, quase metade dos participantes eram pardos ou negros. Os estudos que abordam pessoas em CP não têm apresentado dados referentes à cor da pele. Em outros grupos populacionais os resultados são divergentes, uma vez que as pesquisas ora apontam maior prevalência entre pardos e negros, ora entre brancos.^(13,15,16)

Em relação à idade, um terço dos participantes com UPP tinham idade maior que 70 anos. Um estudo com pacientes em CP identificou que a média de idade de pacientes com UPP foi de 77,7 anos sem associação significativa da UPP com a idade.⁽¹⁷⁾ Idosos apresentam maior risco de desenvolvimento de integridade de pele prejudicada, incluindo as UPP visto que, com o avanço da idade, há diminuição do turgor e da elasticidade da pele e alteração dos mecanismos imunológicos e da sensibilidade tátil, que poderiam funcionar como barreiras intrínsecas de proteção.⁽¹⁸⁾ Apesar disso, até mesmo em idosos institucionalizados a associação entre idade e UPP não tem sido encontrada.⁽¹⁹⁾ Isso pode acontecer porque as UPP são multifatoriais e em uma pessoa mais jovem, em condições piores de mobilidade ou nutrição, ou ainda em pior condição de oxigenação, o risco pode ser maior.

No que se refere aos hábitos, aproximadamente 60% dos indivíduos com UPP eram tabagistas e um terço era etilista. Sabe-se que o tabagismo causa a redução da hemoglobina funcional, problemas pulmonares e má oxigenação dos tecidos, e a nicotina gera vasoconstrição,⁽²⁰⁾ o que poderia aumentar o risco de UPP, no entanto, a maior parte dos estudos não apresentam dados relativos a esta variável (citar os estudos sobre o assunto e não abordam o tabagismo). Em um estudo experimental com indução de UPP em ratos verificou-

se que a nicotina aumenta o risco de UPP induzida por mediadores inflamatórios da pele.⁽²⁰⁾ Entre os portadores de lesão medular com UPP 41,0% eram tabagistas porém esta variável não teve associação significativa com a presença da lesão.⁽²¹⁾ Não há dados na literatura que relacionem alcoolismo e UPP. Este pode ocasionar sérias alterações na saúde, porém não se sabe se afeta o risco e desenvolvimento de UPP.

A maioria dos participantes do presente estudo tinha KPS < 50%, o que era esperado devido ao fato de apresentarem câncer e estarem em cuidados paliativos.⁽⁴⁾ Neste estudo, baixos escores do KPS não apresentaram distribuição diferenciada em pessoas com e sem UPP. Contudo, pesquisa anterior verificou associação de baixos escores do KPS com o desenvolvimento de UPP em pacientes com câncer e em cuidados paliativos.⁽¹²⁾ Ainda, um estudo em *hospice* verificou que todos os pacientes com UPP apresentavam capacidade funcional prejudicada e destes, 76,0% com escore de KPS < 30%.⁽⁸⁾

Ainda em relação à funcionalidade, a totalidade dos participantes da presente pesquisa com UPP eram dependentes para AVDs e mais de 90% eram dependentes para AIVDs. Os estudos que analisam AVDs e UPP são escassos, porém os dados deste estudo estão de acordo com a tendência da literatura que investigou o tema.^(22,23) Em estudo com idosos institucionalizados, a cada aumento de um ponto na escala de AVD, aumenta-se em 1,38 vezes o risco de UPP.⁽¹⁴⁾ Não foi encontrado qualquer estudo em relação a AIVDs e UPP, porém entende-se que quanto melhor a funcionalidade para as atividades instrumentais, menor será o risco para UPP.

A literatura aponta que a maceração e a perda da oleosidade natural da pele devido à limpeza frequente em pessoas com incontinência deixam a pele mais frágil aumentando o risco de UPP.⁽²⁴⁾ Contudo, na presente pesquisa não foi encontrada associação de UPP com essa variável. Em outro estudo, a incontinência urinária esteve presente em 51,9% em pacientes com UPP internados em um hospital de Fortaleza.⁽²⁵⁾

Incontinência urinária foi encontrada em 56% da população atendida pela atenção primária na Espanha⁽²⁶⁾ e 51,9% em pacientes internados em um hospital de Fortaleza,⁽²⁵⁾ e da mesma forma que o presente estudo, sem associação significativa com UPP.

Na avaliação de comorbidades, não foi encontrada diferença entre aqueles com o sem UPP. Contudo, alguns estudos verificaram que indivíduos com problemas cardiovasculares apresentaram UPP em maior proporção do que aquela encontrada na presente pesquisa, sendo 47,5% em idosos institucionalizados.⁽¹⁹⁾ 47,5% em idosos institucionalizados⁽¹⁹⁾ e 43,6% em pacientes de um hospital em São Paulo,⁽²⁷⁾ porém, todos sem associação significativa para UPP.

Não foi encontrada diferença estatística da proporção de magreza entre os grupos com e sem UPP. A literatura esclarece que pacientes com estado nutricional pobre apresentam baixos níveis de albumina e maior risco para UPP.⁽²²⁾ No contexto de cuidado paliativo, a redução da ingestão nutricional foi citada como fator associado ao desenvolvimento de UPP em pacientes com câncer.⁽¹²⁾ Sabe-se que os pacientes com câncer avançado desenvolvem perda do apetite em 65,0% a 85,0% dos casos e considera-se, nos últimos dias de vida, a anorexia normal, por outro lado, a pessoa nutricionalmente debilitada tem a elasticidade da pele diminuída e a anemia leva diminuição da oxigenação dos tecidos.^(11,24)

Quase a metade dos indivíduos com UPP já apresentaram úlceras anteriormente. Na última etapa do processo de cicatrização, ocorre a formação do tecido de granulação e posteriormente a reepitelização, na qual há reorganização das fibras de colágeno, que se estende por meses até o seu fortalecimento; durante esta fase, a região permanece mais fina que o normal e mais sensível e só ao final desta fase a pele ganha maior resistência.⁽¹⁹⁾ Estudos sobre UPP não apresentam a ocorrência anterior desse tipo de lesão como fator determinante no desenvolvimento de novas feridas, contudo, sabe-se que, após a reepitelização, a pele está mais susceptível a novas lesões nos mesmos locais⁽²⁴⁾ e assim, pessoas que apresentaram UPP anteriormente devem ter essa informação valorizada com mais um dos fatores de riscos que devem ser avaliados, para que o planejamento, a execução e a avaliação dos cuidados sejam adequados a cada cliente.

A maior parte dos indivíduos com UPP ou seus cuidadores relataram não ter recebido orientação quanto à prevenção destas lesões. Orientações sobre cuidados a serem dispensados em domicílio no âmbito da prevenção de UPP devem fazer parte de programas de educação em saúde estruturados para as pessoas em cuidados paliativos e seus familiares, incluindo informações básicas sobre a fisiopatologia e fatores de risco das UPPs, opções de tratamento preventivo, instruções de como minimizar o risco de UPP e o desenvolvimento de programas individuais de cuidados.⁽²⁴⁾ O emprego de medidas de prevenção não eram registradas de forma sistemática no cenário estudado, apesar disso, pode se aventar a possibilidade da orientação ter sido prestada, contudo de modo não significativo, o que pode ter contribuído para a não assimilação destas medidas pelos familiares e cuidadores.

Caracterização das úlceras por pressão das pessoas com câncer em cuidados paliativos domiciliares

A maior parte dos pacientes apresentou uma UPP, estando de acordo com outros estudos em grupos populacionais distintos, nos quais se pode verificar que a maior parte dos pacientes apresenta apenas uma UPP, independente do cenário de cuidado.^(15,25)

Em relação ao ambiente de surgimento das UPPs os dados encontrados são intrigantes, uma vez que estudos com outras populações indicam que a maior parte das UPPs surgem no ambiente hospitalar com, 96,3% durante o período de internação em um hospital de Fortaleza.⁽²⁵⁾ Neste sentido é importante avaliar o surgimento destas lesões de forma global, pois a maior parte dos pacientes foram admitidos neste serviço com UPP. Pacientes com doenças avançadas são predispostos ao surgimento de lesões e nem toda UPP é evitável, porém, a evolução ou agravamento destas é preocupante e pode ocorrer o risco de negligência da equipe de saúde ou cuidador.⁽¹⁷⁾

A região sacral é apontada como a mais afetada tanto em cuidados paliativos, com frequências de 22% a 78,4%, como em outros tipos de pacientes, com frequências de 82,7% em pacientes internados e 71,5% em idosos institucionalizados.^(6,15,19)

Apesar do pequeno número de participantes com UPP, a maior prevalência de lesões na região sacral segue o padrão da literatura estudada.

O estágio 3 foi o mais frequente, divergindo da maioria de outros estudos com pacientes em cuidados paliativos, que encontraram 29,0% de úlceras em estágio 2⁽¹⁷⁾ e outro com 60,0% também em estágio 2.⁽⁶⁾ Outros grupos populacionais apresentaram dados diversificados, como 38,5% em estágio 2 em pacientes internados em um hospital de São Paulo,⁽²⁷⁾ 36,6% em estágio 3 em um estudo espanhol na atenção primária,⁽²⁶⁾ e 72,7% em estágio 4 em indivíduos com lesão medular.⁽²¹⁾ É interessante notar que apenas um estudo apontou a frequência das UPP não classificáveis apontando 9,8% em um estudo de avaliação de feridas em pacientes em CP,⁽¹⁷⁾ e nenhum estudo trouxe a classificação “Suspeita de lesão de tecidos profundos”.

Muitos pacientes são encaminhados tardiamente para o serviço de cuidados paliativos domiciliares, e alguns destes já apresentam UPP ao iniciar o acompanhamento junto à equipe de cuidados paliativos. Além da sobrecarga de serviço da equipe poder prejudicar o acompanhamento junto aos pacientes que exigem visitas periódicas, outro fator importante é a capacitação e a disponibilidade de recursos materiais para a execução dos curativos pelos cuidadores, o que nem sempre ocorre. O modo como o cuidador realiza os cuidados e aplica ou não as orientações recebidas podem influenciar nas condições em que a UPP se encontra em cada paciente. Por outro lado, mesmo com cuidados criteriosos a lesão pode deteriorar se as condições sistêmicas do paciente estiverem em evolução desfavorável.

O escore médio da escala PUSH foi de aproximadamente 9 e nenhum estudo em pacientes em cuidados paliativos que avaliasse UPP por meio do PUSH foi encontrado. Acredita-se que o uso de instrumentos de medidas é importante por permitirem a

padronização da estratégia de avaliação, a comparação entre resultados de diferentes grupos ou em diferentes momentos, e ainda, porque é possível conhecer o erro do instrumento. Em um estudo que avaliou o método tradicional de documentação e a avaliação das UPP por meio do PUSH constatou-se que 13% das documentações tradicionais julgavam que as UPPs haviam apresentado diminuição em seu tamanho, todavia, 52% das observações por meio do PUSH apresentaram diminuição das pontuações do escore total demonstrando que a documentação tradicional não apresenta correlação com a avaliação pelo PUSH.⁽²⁸⁾

Os indivíduos em cuidados paliativos constituem uma clientela complexa que demandam um serviço com particularidades na sua estrutura organizacional. O serviço estudado enfrenta dificuldades como a quantidade de pacientes elevada, não possui estrutura física e de recursos humanos para atendimento ambulatorial, ampliando o intervalo de tempo entre as avaliações do enfermeiro, podendo dificultar a detecção precoce destas lesões.

Teria sido importante incluir um maior número de participantes para se realizar testes estatísticos mais robustos. Contudo, este é o único serviço público de Goiás que atende com a filosofia de cuidados paliativos e, apesar desta limitação, contribuições sobre a prevalência e características das UPP nesta população foram dadas, permitindo um retrato da situação. Ainda, mesmo não tendo sido observadas associações significativas, conhecimentos prévios sobre fatores de risco para UPP não podem ser desconsiderados, tal como idade, estado nutricional, incontinência urinária, tabagismo e alta dependência para o autocuidado.

A partir deste estudo, as equipes de CP precisam rever suas práticas. É preciso tornar mais efetivas as estratégias de orientação de cuidadores, tanto para a prevenção quanto para o tratamento de UPP. É preciso atuar mais próximo aos pacientes e familiares, viabilizando não só visitas domiciliares mais frequentes como intervenções alternativas por meio de monitoramento telefônico ou *folder* institucional com orientações básicas sobre UPP, por exemplo. É preciso avançar com a sistematização dos cuidados de enfermagem, a fim de realizar a prevenção das UPP, tal como, o diagnóstico precoce destas lesões.

CONCLUSÃO

Este estudo permitiu conhecer a prevalência de 18,8% de UPP em pacientes com câncer recebendo cuidados paliativos domiciliares. Essa prevalência é intermediária, comparando outros estudos na área, contudo por ser evento que pode ser prevenido e que tem impacto físico, psíquico, social e econômico negativo, a sua ocorrência é sempre preocupante e estratégias precisam ser empregadas para mudança neste quadro.

Sobre as características sociodemográficas e características clínicas, não foram observadas diferenças entre o perfil de pacientes com e sem UPP, provavelmente pelo tamanho da população estudada ou pelas especificidades dos participantes, que podem ter os mesmos fatores de risco clássicos para UPP. A única exceção se deu com relação à história de UPP prévia, pois este fato foi significativamente associado ao surgimento de UPP. Esse resultado precisa ser valorizado, uma vez que o indivíduo que já apresentou uma lesão necessita que o enfermeiro e a equipe multiprofissional estejam atentos para prevenção e diagnóstico precoce de novas UPPs.

As características das UPPs observadas nesta pesquisa devem ser motivo de preocupação para equipes de cuidados paliativos. É preciso levar em consideração que não só foi alta a frequência de UPP, mas também, foi encontrada mais de uma UPP nos participantes, muitas das quais em estágio avançado, que surgiram no domicílio. Equipes de cuidados paliativos domiciliares devem detectar precocemente as UPPs e investir em cuidados de prevenção eficazes e tratamento adequado para proporcionar o maior conforto e qualidade de vida para essa população.

RERERÊNCIAS

1. Maciel MGS. Definições e princípios. In: Oliveira RA, coordenador. Cuidado Paliativo. São Paulo: CREMESP; 2008. p. 15-33.
2. World Health Organization. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. 2nd ed. Geneva: WHO; 2002.
3. Silva MJP, Araújo MT, Firmino F. Enfermagem. In: Oliveira RA, coordenador. Cuidado Paliativo. São Paulo: CREMESP; 2008. p. 61-63.
4. World Health Organization. The World Health Organization's Fight Against Cancer: Strategies That Prevent, Cure and Care. Geneva: WHO; 2007.
5. Brasil. Ministério da Saúde; Instituto Nacional do Câncer. Tratamento e controle de feridas tumorais e úlceras por pressão no câncer avançado série cuidados paliativos. Rio de Janeiro; 2009.
6. Galvin J. An audit of pressure ulcer incidence in a palliative care setting. *Int J Palliat Nurs.* 2002;8(5);214-21.
7. Brink P, Smith TF, Linkewich B. Factors Associated with Pressure Ulcers in Palliative Home Care. *J Palliat Med.* 2006;9(6):1369-75.
8. Hendrichova I, Castelli M, Mastroianni C, et al. Pressure ulcers in cancer palliative care patients. *Pall Med.* 2010;24 (7):669–73.

9. Santos VLCCG, Azevedo MAJ, Silva TS, et al. Adaptação transcultural do Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH) para a língua portuguesa. *Rev Lat Am Enferm*. 2005;13(3):305-13.
10. Thomas DR, Rodeheaver GT, Bartolucci AA, et al. Pressure ulcer scale for healing: derivation and validation of the PUSH tool. The PUSH Task Force. *Adv Wound Care*. 1997;10(5):96-101.
11. Brasil. Ministério da Saúde; Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília; 2006.
12. Reifsnnyder J, Magee HS, Development of pressure ulcers in patients receiving home hospice care. 2005;17(4):74-79.
13. Cai MSS, Mukamel DB, Temkin-Greener H. Pressure ulcer prevalence among Black and White nursing home residents in New York State: Evidence of racial disparity? *Med Care*. 2010;48(3):233-39.
14. Capon A, Pavoni N, Mastromattei A, et al. Pressure ulcer risk in long-term units: prevalence and associated factors. *J Adv Nurs*. 2007;3(58):263-72.
15. Gomes FSL, Bastos MAR, Matozinhos FP, et al. Fatores associados à úlcera por pressão em pacientes internados nos centros de Terapia Intensiva de Adultos. *Rev Esc Enferm USP*. 2010;44(4):1070-6.
16. Baumgarten M, Margolis D, Van Doorn C, et al. Black/White differences in pressure ulcer incidence in nursing home residents. *J Am Geriatr Soc*. 2004;52(8):1293-8.
17. Maida V, Ennis M, Corban J. Wound outcomes in patients with advanced illness. *Int Wound J*. 2012;9(6):683-92.b
18. Malaquias SG, Bachion MM, Nakatani AYK. Risco de integridade da pele prejudicada em idosos hospitalizados. *Cogitare enferm*. 2008;13(3):428-36.
19. Chacon, JMF, Blanes L, Hochman B, et al. Prevalence of pressure ulcers among the elderly living in long – stay institutions in São Paulo. *Med J*. 2009;127(4):211-15.
20. Tsutakawa S, Kobayashi D, Kusama M, et al. Nicotine enhances skin necrosis and expression of inflammatory mediators in a rat pressure ulcer model. *Br J Dermatol*. 2009;161(5):10-20.
21. Rabadi MH, Vincent AS. Do vascular risk factors contribute to the prevalence of pressure ulcer in veterans with spinal cord injury? *J Med Medula Espinhal*. 2011;34(1):46-51.

22. Bergquist-Beringer S, Gajewski BJ. Outcome and assessment information set data that predict pressure ulcer development in older adult home health patients. *Adv Skin Wound Care*. 2011;24(9):404-14.
23. Paquay L, Verstraete S, Wouters R, et al. Implementation of a guideline for pressure ulcer prevention in home care: pretest-post-test study. *J Clin Nurs*. 2010;19(13-14):1803-11.
24. Dealey C. *Cuidando de Feridas*. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2001.
25. Sanders LSC, Pinto FJM. Ocorrência de úlcera por pressão em pacientes internados em um hospital público de fortaleza, CE. *Rev Min Enferm*. 2012;16(2):166-70.
26. Agreda JJS, Bou JT, Soriano JV, et al. 2º Estudio nacional de prevalencia de úlceras por presión en España, 2005. *Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes*. *Gerokomos*. 2006;17(3):154-72.
27. Blanes L, Duarte IS, Calil JA, et al. Avaliação clínica e epidemiológica das úlceras por pressão em pacientes internados no hospital São Paulo. *Rev Assoc Med Bras*. 2004;50(2):182-7.
28. George-Saintilus E, Tommasulo B, Charles CE, et al. Pressure ulcer PUSH Score and traditional nursing assessment in nursing home residents: do they correlate? *J Am Med Dir Assoc*. 2009(10):141-44.

5.2. Artigo 2

AVALIAÇÃO DO RISCO DE DESENVOLVIMENTO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO EM PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARES

ASSESSMENT OF RISK FOR PRESSURE ULCERS DEVELOPMENT IN PATIENTS IN HOME PALLIATIVE CARE

EVALUACIÓN DEL RIESGO DE DESARROLLO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES EN CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARES

- 1. Ana Carolina de Castro Mendonça Queiroz** – Enfermeira. Especialista em Oncologia. Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Goiás. Enfermeira da Unidade Internação do Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santilo. Endereço: Rua V-4, qd. V-8, lt. 9 apt. 203 Vila Rezende Cep.:74335210. Fones: (62) 30953364/91321139. E-mail: carolinaacmq@gmail.com
- 2. Dálete Delalibera Corrêa de Faria Mota** - Enfermeira. Doutora em Enfermagem na Saúde do Adulto. Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. E-mail: dalete.mota@globo.com
- 3. Maria Marcia Bachion** – Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Titular Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Pesquisador CNPq nível 2 Goiânia, Brasil. E-mail: mbachion@gmail.com
- 4. Milainy Barbosa Ribeiro** - Acadêmica da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Bolsista de Iniciação Científica CNPq. Goiânia, Brasil. E-mail: milainy2006@hotmail.com

RESUMO: Pesquisa descritiva, longitudinal, que analisou a evolução do risco de desenvolvimento de úlceras por pressão (UPP) em pessoas com câncer em cuidados paliativos domiciliares e verificou a relação entre UPP e sobrevida nessa população. A Escala de Braden foi aplicada semanalmente durante um mês em 64 pacientes com câncer em cuidados paliativos. Óbito foi avaliado até 90 dias após primeira entrevista. Houve aumento do risco de UPP e observou-se que o risco para UPP foi maior naqueles que morreram até 45 dias após a primeira avaliação. Não houve associação significativa entre UPP e sobrevida pela curva de Kaplan-Meier ($p=0,072$). Enfermeiros devem implementar cuidados sistematizados para prevenção de UPP para paciente, familiares/cuidador a fim de reduzir riscos e realizar diagnóstico precoce de UPP, minimizando sofrimento na terminalidade.

Descritores: Úlcera por Pressão; Cuidados Paliativos; Medição de Risco; Tratamento Paliativo; Oncologia.

ABSTRACT: This is a descriptive, longitudinal study which analyzed the risk of developing pressure ulcers (PU) in people with cancer in palliative home care and investigated the relation between PU and survival in this population. The Braden Scale was administered weekly for one month in 64 patients with cancer in palliative care. Death was assessed up to 90 days after the first interview. There was an increased risk of PU and observed that the PU risk was higher in those who died within 45 days after the first evaluation. There was no significant association between PU and survival using the Kaplan-Meier method ($p=0.072$). Nurses should implement systematic care for prevention of PU for patient and family/caregiver in order to reduce risks and achieve early diagnosis of PU, minimizing suffering in the terminally ill.

Descriptors: Pressure Ulcer; Hospice Care; Risk Assessment Palliative Care; Terminally Ill; Medical Oncology.

RESUMEM: Investigación descriptiva, longitudinal, que analizó la evolución del riesgo de desarrollo de úlceras por presión (UPP) en personas con cáncer en cuidados paliativos domiciliarios y verificó la relación entre UPP y sobrevida en esta población. La Escala de Braden fue aplicada semanalmente a lo largo de un mes en 64 pacientes con cáncer en cuidados paliativos. Fallecimiento fue constatado hasta 90 días después de la primera entrevista. Hubo aumento del riesgo de UPP y se observó que el riesgo para UPP fue mayor en los que murieron hasta 45 días después de la primera evaluación. No hubo asociación significativa entre UPP y sobrevida por la curva de Kaplan-Meier ($p=0,072$). Enfermeros deben implementar cuidados sistematizados para prevención de UPP para pacientes, familiares/cuidador con la intención de reducir riesgos y realizar diagnóstico precoz de UPP, minimizando sufrimiento en la fase terminal.

Descriptores: Úlcera por Presión; Cuidados Paliativos; Medición de Riesgo Atención Paliativa; Enfermo Terminal; Oncología Médica.

INTRODUÇÃO

A prevenção de úlcera por pressão (UPP) em pacientes com doenças em estágios avançados tem recebido maior atenção a partir da expansão e acolhimento da filosofia dos cuidados paliativos uma vez que se preza pelo alívio de sofrimento de ordem física, psíquica e espiritual. Para se prevenir UPP, diversas medidas devem ser empregadas englobando avaliações da integridade cutânea, do estado geral do cliente, identificação dos fatores de risco, para, planejamento e execução de intervenções baseadas em conhecimentos técnico-científicos.^{1,2}

Uma condição que predispõe ao desenvolvimento de UPP é o câncer.³ Pacientes com câncer apresentam anorexia, caquexia neoplásica pela depleção de proteína e nutrientes, extremos de idade, diminuição da mobilidade pela evolução clínica da doença de base,

hipermetabolismo (gasto energético em repouso) e ressecamento da pele decorrente da desnutrição, que aumentam o risco de rompimento da pele e lentificam o processo de cicatrização.^{4,5}

Na assistência ao paciente em cuidados paliativos, deve-se lançar mão de medidas que avaliem o risco de desenvolver UPP de forma confiável para se conhecer a evolução deste risco e identificar quais aspectos mais o influenciam. Várias escalas foram desenvolvidas para a avaliação de risco de UPP: *A Waterlow Risk Assessment Client*, *Norton Scoring System*, *Douglas Risk Assessment Tool*, *Hunters Hill Risk Assessment Tool* e a Escala de Risco de Braden.^{1,6} Esta última, criada em 1987 nos EUA, tem sido a escala de risco para UPP mais utilizada no Brasil.^{7,8}

O conhecimento sobre UPP em paciente com câncer em estágio avançado é limitado, porém estudos prévios sugerem informações instigantes. Num estudo foi observada associação significativa entre UPP e morte em pessoas com câncer avançado, sinalizando que o risco de morte é 85% maior em pacientes com UPP.⁹ Em outro estudo com pessoas com câncer, os participantes que apresentavam UPP morreram, em média, três semanas após o surgimento das feridas.¹⁰

Considerando estas informações, acredita-se que mais estudos são necessários para subsidiar as condutas das equipes de cuidados paliativos no planejamento da assistência ao paciente com câncer em fase avançada. Diante disto propôs-se a condução do presente estudo que teve o objetivo de analisar a evolução do escore de risco de desenvolvimento de úlceras por pressão em pessoas com câncer em cuidados paliativos domiciliares e verificar a relação entre úlceras por pressão e sobrevida de pacientes com câncer em cuidados paliativos.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, longitudinal, tipo coorte fechada. A coleta de dados foi realizada entre dezembro/2011 e julho/2012, no Grupo de Apoio Paliativo ao Paciente

Oncológico (GAPPO) da Associação de Combate ao Câncer de Goiás (ACCG), após aprovação pelos Comitês de Ética em Pesquisa da ACCG e do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (Protocolo 006/2011 e 019/2011, respectivamente).

A população do presente estudo foi constituída por indivíduos adultos, com câncer avançado, fora de possibilidades terapêuticas de cura e residentes na cidade de Goiânia e região metropolitana. A população total do estudo foi inicialmente constituída de 90 participantes, no entanto, houveram 26 perdas (óbito e mudança de cidade), totalizando 64 pacientes. Não houve recusa e todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os pacientes foram contatados por telefone e aqueles que aceitaram participar do estudo receberam uma visita em seu domicílio. Após apresentação do estudo, leitura e assinatura do TCLE, iniciou-se a coleta de dados, realizada em seis momentos. No primeiro momento (D0), conduzido no domicílio, foram realizadas entrevista, avaliação clínica dos pacientes e orientação sistematizada sobre a escala de Braden (limitação do paciente/ umidade da pele/ nível de atividade física/ mobilidade/ nutrição/ fricção e cisalhamento). As coletas subsequentes foram realizadas por telefone, nos dias (D) 7, 14, 21, 28 após a primeira coleta, para avaliação do risco de desenvolvimento de UPP e óbito, seguindo a orientação dada no primeiro momento. Por fim, 45 e 90 dias após a primeira coleta, por contato telefônico, verificou-se se o paciente estava vivo.

O risco de desenvolvimento de UPP foi avaliado pela escala de Braden, que avalia os seis principais fatores de risco para UPP. Cada parâmetro recebe a pontuação 1, 2, 3 ou 4, exceto fricção e cisalhamento, que pode ser 1, 2 ou 3. A pontuação 1 traduz maior risco para UPP relacionado àquele fator de risco. As pontuações somadas totalizam um escore que varia entre 6 e 23 e escores mais baixos representam maior risco. Além de trabalhar com o escore

de modo contínuo, é possível classificá-lo: acima de 18, ausência de risco; 15 a 18, risco leve; 13 a 14, risco moderado; 10 a 12, alto risco; e abaixo de 9, elevado risco.^{11,8}

Dado referente a óbito foi avaliado em cada contato telefônico e nos dias 45 e 90 após início da participação no estudo. Para caracterização dos pacientes foram coletados dados referentes a idade, sexo, cor da pele, relacionamento, hábitos de tabagismo e etilismo, Índice de Massa Corpórea (IMC), problemas cardiovasculares, continência urinária e capacidade funcional. A capacidade funcional foi avaliada pela escala *Performance Status de Karnofsky* (KPS), em que o escore varia de 100% a 0%.¹² Aqueles com KPS menor que 50 foram considerados com capacidade funcional prejudicada.

Os dados coletados foram analisados pelo *Statistical Package of Social Sciences for Windows* (SPSS) versão 17.2. Os dados referentes ao risco de desenvolvimento de UPP estão apresentados de forma descritiva, frequência absoluta e percentual e medianas. A análise de sobrevida foi analisada pela curva de Kaplan Meyer, com base na presença de UPP e óbito.

RESULTADOS

O estudo iniciou com 64 participantes, sendo 44 (68,8%) do sexo masculino, 35 (54,7%) eram negros e pardos e 29 (45,3%) eram brancos, 35 (54,7%) tinham idade inferior a estava 70 anos, 40 (62,5%) apresentavam capacidade funcional prejudicada, 45 (70,3%) eram tabagistas ou ex-tabagistas, 30 (46,9%) referiram problemas cardiovasculares, 37 (57,8%) eram incontinentes vesical e 17 (20,6%) apresentaram magreza, enquanto que 13 (20,3%) estavam em sobrepeso. Quarenta e seis pacientes completaram as avaliações propostas até D28 e ao final de 45 e 90 dias, 25 e 33 participantes tinham ido a óbito respectivamente.

A classificação dos pacientes segundo o risco de desenvolvimento de UPP está apresentada na Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição dos pacientes em cuidados paliativos segundo a evolução semanal do risco para úlcera por pressão distribuídos de acordo com a classificação de risco. Goiânia/GO, Brasil, dez 2011 a jul 2012.

Classificação de Risco	D0		D7		D14		D21		D28	
	n	%	N	%	n	%	N	%	n	%
Sem risco (19-23)	35	54,7	27	46,6	20	41,7	18	37,5	18	39,1
Risco leve (15-18)	14	21,9	18	31,0	15	31,3	14	29,2	12	26,1
Risco moderado (13-14)	6	9,4	5	8,6	7	14,6	6	12,5	7	15,2
Alto/elevado risco (<10)	9	14,1	8	13,8	6	12,5	10	20,8	9	19,6

A partir dos resultados apresentados na Tabela 1 é possível observar que a prevalência de pacientes sem risco para UPP reduziu no decorrer do mês e houve aumento do risco nas demais categorias, sendo mais expressivo o aumento do risco moderado. Entretanto, mesmo com o aumento do risco não houve surgimento de novas UPP. No intuito de melhor compreender a evolução do risco de desenvolvimento de UPP, buscou-se analisar o risco para UPP entre pacientes que foram ou não à óbito no decorrer da coleta (Tabela 2).

Tabela 2 – Risco de desenvolvimento de úlcera por pressão segundo o óbito de pacientes em cuidados paliativos domiciliário (N=64). Goiânia/GO, Brasil, dez 2011 a jul 2012.

Óbito (até 45 dias após 1ª entrevista)	Risco para desenvolvimento de UPP (mediana)				
	D0	D7	D14	D21	D28
Sim	14,5	14,0	11,5	13,0	11,0
Não	20,5	20,0	18,0	17,5	17,5

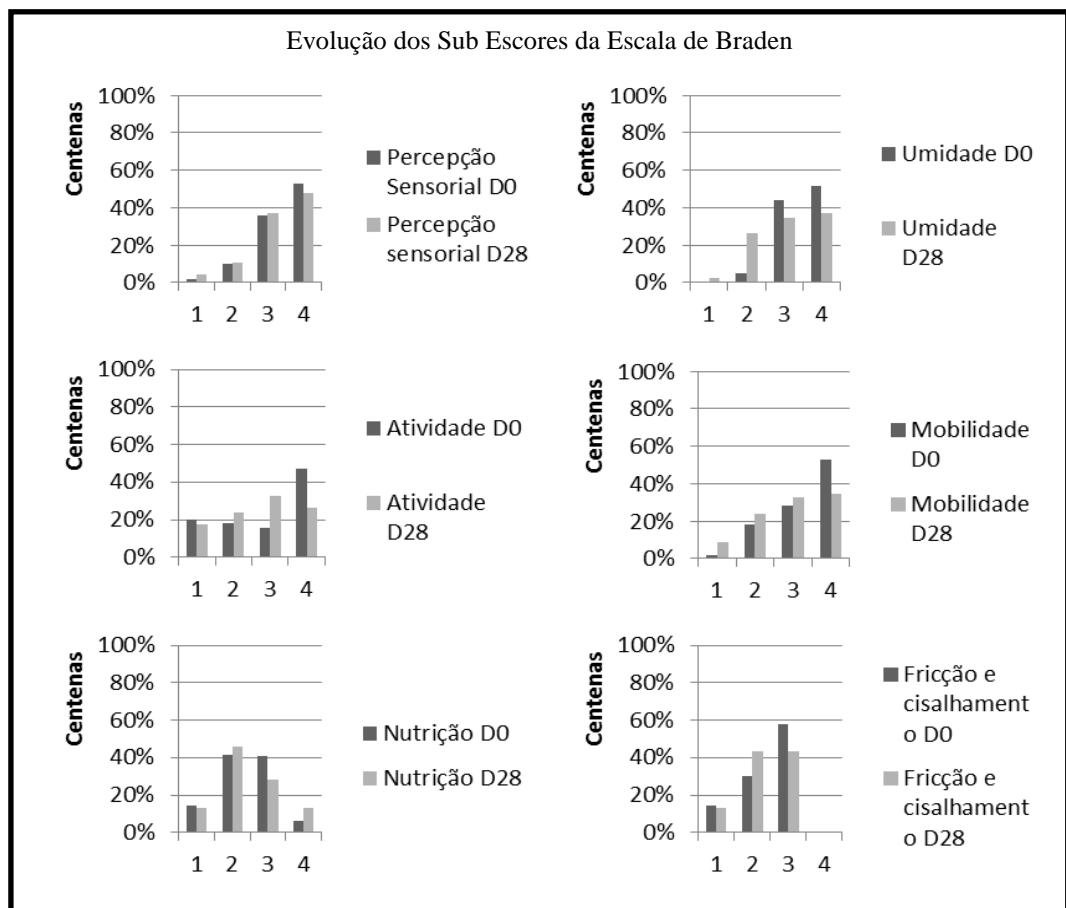
A mediana resultada dos escores de risco para UPP, comparando aqueles que morreram até 45 dias do início da participação no estudo e aqueles que não morreram neste período, foi maior naqueles que morreram. No entanto, também foi possível observar que houve aumento do risco no decorrer do mês de coleta e que o aumento foi o mesmo para os

dois grupos. Tendo em vista o aumento no risco de desenvolvimento de UPP, buscou-se identificar quais aspectos mais influenciaram o escore obtido na Escala de Braden (Figura 1).

Ao analisar a Figura 1, é possível observar que os sub escores que mais modificaram no período do estudo foram umidade, mobilidade e atividade. É possível inferir que esses fatores podem ter sido responsáveis pelo aumento do risco de desenvolvimento de UPP. Por outro lado, apesar de não ter havido mudança importante no sub escore de nutrição, deve-se atentar ao fato de que quase metade dos pacientes pontuaram 2 neste aspecto, o que indica nutrição inadequada, aumentando o risco de UPP.

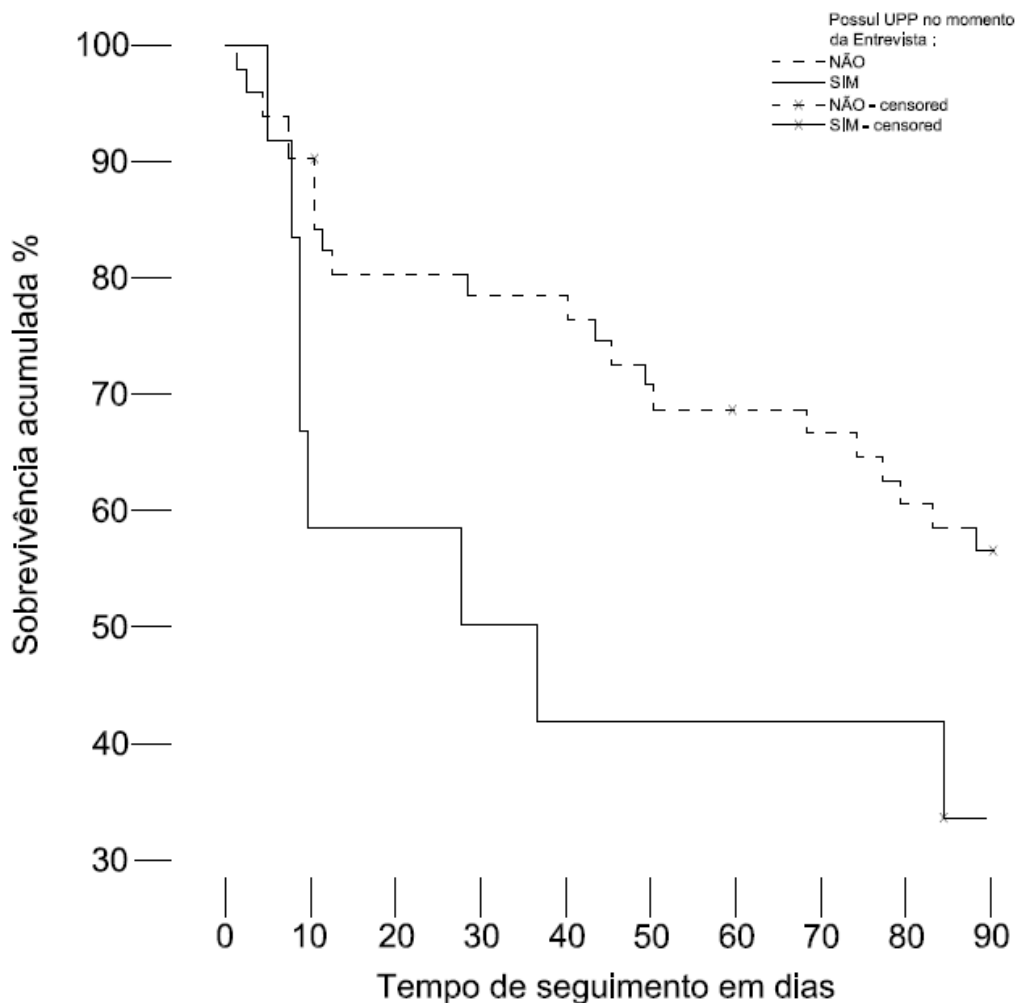
Já os sub escores relacionados à percepção sensorial e fricção e cisalhamento, apesar de terem modificado no decorrer de 28 dias, não parece ter sido os sub escores que menos influenciaram o risco para UPP.

Figura 1 – Evolução dos sub escores da Escala de Braden de pacientes (n=64) atendidos por um serviço de cuidado paliativo domiciliar. Goiânia/GO, Brasil, dez 2011 a jul 2012.



Considerando a hipótese de que a presença de UPP prediz o óbito, testou-se a relação entre sobrevivência e UPP nos participantes desta pesquisa. A partir da análise realizada (Figura 2) foi possível observar que após 30 dias de seguimento 50% dos pacientes (6) com UPP foram a óbito comparado a 23,1% (12) dos pacientes sem UPP, contudo não houve uma associação significativa ($p = 0,072$). Também foi realizada a avaliação quanto à presença de UPP e óbito ao final de 90 dias sendo que 8 (24,0%) dos participantes com UPP foram a óbito e 25 (75,8%) não apresentavam UPP e foram a óbito dos que permaneceram vivos durante o estudo 4 (12,9%) apresentaram UPP e 27 (87,1%) não apresentavam UPP ($p = 0,341$).

Figura 2 – Sobrevivência de pacientes (n=64) atendidos por um serviço de cuidado paliativo domiciliar em relação à úlcera por pressão. Goiânia/GO, Brasil, dez 2011 a jul 2012.



DISCUSSÃO

A condução de pesquisas em pacientes em cuidados paliativos é um desafio, principalmente em se tratando de estudos longitudinais. O perfil deste grupo populacional não deve ser esquecido, pois este é um grupo complexo pelo estágio avançado do câncer, múltiplos tratamentos já realizados e fragilidade do seu quadro clínico. Os pacientes e familiares em cuidados paliativos vivem um momento único, geralmente envolto de medo e sofrimento. O aceite em participar de pesquisas nem sempre acontece, assim como, frequentemente, são colocadas implicações éticas na investigação junto ao paciente terminal. Apesar do número limitado de participantes, este estudo trouxe dados importantes e que servem para reflexão sobre a assistência prestada em cuidados paliativos.

De maneira geral, os dados permitem observar que existe uma tendência de aumento de risco para desenvolvimento de UPP em pacientes em cuidados paliativos. Mais ainda, observamos que aqueles que estavam mais próximos ao momento da morte, tiveram um risco aumentado de desenvolver UPP comparado aqueles que não morreram no decorrer da pesquisa ou que morreram mais tardiamente.

Na avaliação da evolução do escore de risco de UPP observou-se o aumento do número de participantes com classificação moderado, alto e elevado risco e, conseqüentemente, diminuição nas classificações sem risco e risco leve. Não foram encontrados estudos com pacientes em cuidados paliativos que demonstrassem esta evolução de risco e em outros grupos populacionais apenas um estudo em um Centro de Terapia Intensiva demonstrou a evolução no período de 16 a 30 dias de internação. Na primeira avaliação, os pacientes apresentaram 47% risco alto e 26% elevado risco e, após o primeiro mês de internação, havia mais pacientes com elevado risco (67%) e com alto risco (8%).⁶

Estudo transversal com pacientes em um programa de cuidados paliativos avaliou o risco de UPP por meio da escala de Braden encontrando escore médio de 14, variando de 6 a

22.¹³. Em outros dois estudos transversais, grande parte dos pacientes apresentaram riscos moderados, altos e elevados.^{14,15}. Num deles, desenvolvido em duas unidades de internação, foram encontrados os seguintes resultados: 61,5% dos pacientes de clínica cirúrgica apresentavam risco moderado e 38,5% risco leve; 22,2% dos pacientes na clínica médica apresentaram risco leve, 44,5% moderado e 33,3% risco elevado. Nesse estudo houve associação significativa entre escore de risco para alterações neurológicas, urinárias, e nutricionais.¹⁴ No outro estudo, desenvolvido num hospital de São Paulo, metade dos pacientes internados tinha alto risco para formação de UPP, enquanto 20,5% apresentaram risco moderado, 19,3% baixo risco e apenas 10,2% não tinham risco.¹⁵ Mesmo com a tendência de aumento do risco de UPP apresentada no presente estudo, a percentagem de classificações de maiores riscos apresentam-se mais baixas do que em estudos em outras populações.

O maior risco de desenvolver UPP entre pacientes mais próximos a terminalidade foi observado, contudo, não se sabe se a diferença das medianas do escore na escala de Braden foi estatisticamente significativa. Apesar disso, os resultados corroboram com a experiência dos pesquisadores e de muitos profissionais que assistem pacientes em cuidados paliativos em que se conhece que pacientes mais próximos à morte ficam mais tempo acamados e com prejuízo nutricional, entre outras, aumentando de fato o risco para UPP. Acredita-se que a análise do risco mais próximo à morte seja capaz de fornecer dados mais representativos da realidade. Isso se deve ao fato de que muitos pacientes em cuidados paliativos apresentam piora do estado geral e aumento dos fatores de risco para UPP quando estão nas últimas semanas de vida e não de forma lenta em 6 meses ou mais.

Na maior parte dos sub escores a pontuação quatro apresentou-se com maior frequência no D0, mas com queda no D28, no sub escore nutrição teve expressão na pontuação dois e apresentou ligeiro aumento na última avaliação. Também houve uma

tendência geral de aumento nas pontuações dois e três, com exceção dos sub escores de umidade, nutrição e fricção e cisalhamento que apresentaram queda na pontuação três.

Não foi encontrado na literatura dados correspondentes a estes resultados em pacientes em cuidados paliativos, porém em outros grupos populacionais os resultados são diversificados. Em pacientes num hospital de São Paulo avaliados pela Escala de Braden o escore 1 foi marcado em mais da metade dos pacientes para os itens atividade, mobilidade e fricção. O escore três esteve presente na maioria dos itens, sendo 65,4% no sub escore nutrição e 59% no sub escore umidade e o escore 4 não foi apresentado no item atividade e somente 2,6% no item mobilidade.¹⁵ A evolução destes sub escores nesse estudo demonstrou que os itens atividade, nutrição e fricção e cisalhamento apresentaram maior impacto na diminuição da média do escore total da Escala de Braden, e este dado também é representado em outro estudo com pacientes atendidos em um hospital de São Paulo para os itens de atividade e fricção e cisalhamento.¹⁵

Em um estudo com idosos a maioria dos participantes com UPP (78,3%) marcou dois na subescala de nutrição de Braden, em relação à percepção sensorial subescala, 43,5% dos pacientes com UPP maio marcou três, enquanto 58,8% dos pacientes com UPP em agosto marcaram dois.¹⁶ De acordo com a subescala umidade, 47,8% dos indivíduos com tiveram a pontuação de dois, enquanto 64,7% dos pacientes com UPP em agosto marcou dois. A maioria dos pacientes com UPP correspondem aos acamados, e grandes prejuízos na mobilidade.¹⁶

Vale considerar que outros estudos em grupos populacionais diferentes apontavam para maior percentagem de pacientes com pontuações dos sub escores mais baixas e conseqüentemente, com riscos alto e elevado. Neste sentido é importante saber o perfil dos pacientes atendidos no local de estudo, já que estes apresentaram uma variação do escore de KPS muito alta, de 10% a 100%.

Importante ressaltar que nenhuma das ferramentas de prognóstico acima mencionadas consideram a associação de feridas com a sobrevivência. No presente estudo, a sobrevivência dos pacientes com UPP foi mais baixa do que naqueles que não possuíam UPP. Mesmo não sendo observada significância estatística, pode-se dizer que há uma tendência e, mais ainda, os dados estão de acordo com outros estudos tanto em pacientes em cuidados paliativos, como em pacientes com câncer e idosos. Já foi verificado em estudo prévio com pessoas com câncer avançado e feridas, alta associação entre UPP e morte.⁹ Em outro estudo com pessoas com câncer, os participantes que apresentavam UPP morreram mais rápido.¹⁰ Ainda um estudo observou que entre os pacientes com UPP, 55,6% (27) desenvolveram as úlceras nos últimos 6 dias antes da morte.¹⁷ Em outros grupos populacionais como idosos acima de 90 anos verificou-se que um dos principais preditores de óbito hospitalar foi UPP ([OR] 1,55, IC95% 1,45-1,66).¹⁸ Dentre os moradores de uma instituição de longa permanência, aqueles com UPP tiveram um risco relativo de 1,45 para óbito (IC 95% = 1,30,-1,65) em comparação com aqueles sem lesão, após o ajuste para outras 16 variáveis clínicas e funcionais.¹⁹

É interessante notar a relação entre UPPs e a proximidade da morte, mas esta não tem sido demonstrada como causa direta dos óbitos,⁹ somente como preditora de morte.¹⁸ Sabe-se que o surgimento de UPP em cuidados paliativos decorre de várias mudanças fisiológicas e orgânicas e que, muito provavelmente, estas mudanças sejam a real causa dos óbitos.

Existe um custo em se tratar UPP, mas também há um custo relacionado com a sua prevenção, geralmente menos dispendioso, principalmente, no que se refere aos aspectos psíquicos e sociais relacionados ao sofrimento do paciente e família.⁸ Esses custos têm impulsionado os profissionais de saúde, particularmente os enfermeiros, a buscar desenvolver estratégias para mudar tal situação.⁸ Em uma revisão sobre prevenção de UPP e cuidados paliativos verificou-se que medidas eficazes na prevenção de úlceras de pressão são

reconhecer o seu estágio, reduzir as forças de pressão e cisalhamento, melhorar o cuidado com a pele, corrigir deficiências nutricionais e remover o excesso umidade devido à incontinência.²⁰

Embora o avanço tecnológico proporcione uma oferta imensa de recursos cada vez mais sofisticados para prevenção e tratamento das úlceras por pressão, este estudo vem somar-se a outros que apontam a importância da competência e habilidade de avaliação do enfermeiro e da adoção de uma assistência sistematizada.¹⁴ O enfermeiro deve conhecer o risco de desenvolvimento de UPP de que pacientes em cuidados paliativos domiciliares estão sujeitos, quais os fatores associados e a evolução deste risco, já que estes não são avaliados diariamente pela equipe multiprofissional por estarem no domicílio. Poucos estudos tem verificado o risco de UPP em pacientes em cuidados paliativos e não foi identificado nenhum com esta população no domicílio.

O atendimento domiciliar representa um incremento no Sistema de Saúde com menor risco de iatrogenias hospitalares, visa um atendimento humanizado e preza pela qualidade de vida do indivíduo, não se esquecendo do cuidador e da família.²¹

CONCLUSÃO

A evolução do risco dos indivíduos que foram a óbito apresentou escores mais baixo e isto pode estar associado ao avanço da doença de base, declínio do quadro clínico do indivíduo e diminuição da sua funcionalidade. Os sub-escores mobilidade, atividade e umidade tiveram declínio em sua pontuação em maior número de pacientes. Com a aproximação da morte os pacientes em cuidados paliativos domiciliares apresentam um quadro clínico complexo, com tendência de redução da funcionalidade devido a doença avançada, presença de outros sintomas e fazendo uso de múltiplas medicações, inclusive opióides. Ainda, a nutrição mostrou-se como um fator de risco importante nos cuidados paliativos, estando associado à síndrome anorexia-caquexia.

A Escala de Braden é um importante instrumento de avaliação de risco, no entanto tem sido pouco utilizada em outros estudos com pessoas em cuidados paliativos e em cuidados domiciliares, sendo muitas vezes restrita somente ao uso em meio hospitalar, limitado a uma única avaliação do risco de desenvolvimento de UPP.

As pessoas em cuidados paliativos domiciliares com UPP apresentam diminuição na sobrevida em relação aos que não apresentam UPP, porém este dado precisa ser analisado com cautela, pois estas lesões não devem ser tomadas com fatores causais de morte nesta população, a UPP simplesmente pode estar associada a proximidade da morte. Faz-se necessário o desenvolvimento de estudos com populações maiores, para análise destes fatores.

É importante que os enfermeiros busquem estratégias de cuidados e prevenção de UPP de forma sistematizada junto ao paciente, familiares e cuidador, a fim de minimizar os riscos e realizar diagnóstico precoce de UPP em pessoas em cuidados paliativos domiciliares.

REFERÊNCIAS

1. Sousa CAC, Santos I, Silva LD. Apropriação de concepções de Neuman e Braden na prevenção de úlceras de pressão. *Rev Enferm UERJ*. 2004;12(2):280-5.
2. Pini LRQ. Prevalência, risco e prevenção de úlcera de pressão em unidades de cuidados de longa duração. [Dissertação]. Portugal: Universidade Católica Portuguesa –Instituto Ciências da Saúde; 2012.
3. Instituto Nacional do Câncer, Ministério da Saúde. Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço [Internet]. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2008. [cited 2013 mar 20] Available from: <http://www1.inca.gov.br/enfermagem/index.asp>.
4. Firmino F, Carneiro S. Úlcera por pressão, feridas neoplásicas e micose fungóide: reflexões da prática assistencial no rio de janeiro. *Pratic Hosp*. 2007;(50):79-84.

5. Instituto Nacional do Câncer; Ministério da Saúde. Tratamento e controle de feridas tumorais e úlceras por pressão no câncer avançado série cuidados paliativos [Internet]. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2009 [cited 2013 mar 15]. Available from: http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/inca/Feridas_Tumorais.pdf.
6. Gomes FSL, Bastos MAR, Matozinhos FP, Temponi HR, Velásquez-Meléndez G. Avaliação de risco para úlcera por pressão em pacientes críticos. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45(2):313-18.
7. Thomas DR, Rodeheaver GT, Bartolucci AA, et al. Pressure ulcer scale for healing: derivation and validation of the PUSH tool. The PUSH Task Force. *Adv Wound Care*. 1997;10(5):96-101.
8. Paranhos WY, Santos VLCCG. Avaliação de risco para úlceras de pressão por meio da escala de Braden, na língua portuguesa. *Rev Esc Enferm USP*. 1999;33(1):191-206.
9. Maida V, Ennis M, Kuziemyk C, Corban J. Wounds and survival in cancer patients. *Eur J Canc*. 2009;(45):3237-44.
10. Waltman NL, Bergstrom N, Armstrong N, Norvell K, Braden B. Nutritional status, pressure sores, and mortality in elderly patients with cancer. *Oncol Nurs Forum*. 1991;18(5):867-73.
11. Braden BJ, Bergstrom N. Clinical utility of the Braden Scale for predicting pressure sore risk. *Decubitus*. 1989;2(3):44-6.
12. Instituto Nacional de Câncer. Ministério da Saúde. Cuidados paliativos oncológicos: controle de sintomas. Rio de Janeiro (Brasil): Ministério da Saúde; 2001.
13. Maida V, Lau F, Downing M, Yang J. Correlation between Braden Scale and Palliative Performance Scale in advanced illness. *Int Wound J*. 2008;5(4):585-90.
14. Silva DP, Barbosa MH, Araújo DF, Oliveira LP, Melo AF. Úlcera por pressão: avaliação de fatores de risco em pacientes internados em um hospital universitário. *Rev. Eletr. Enf.*

[Internet]. 2011 jan/mar;13(1):118-23. Available from:

<http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n1/v13n1a13.htm>.

15. Blanes L, Duarte IS, Calil JA, Ferreira LM. Avaliação clínica e epidemiológica das úlceras por pressão em pacientes internados no hospital São Paulo. *Rev Assoc Med Bras*. 2004;50(2):182-7.
16. Chacon JMF, Blanes L, Hochman B, Ferreira LM. Prevalence of pressure ulcers among the elderly living in long-stay institutions in São Paulo. *Sao Paulo Med J*. 2009;127(4):211-5.
17. Hendrichova I, Castelli M, Mastroianni C, Piredda M, Mirabella F, Surdo L, et al. Pressure ulcers in cancer palliative care patients. *Palliat Med*. 2010;24(7):669-73.
18. Barba R, Martínez JM, Zapatero A, Plaza S, Losa JE, Canora J, et al. Mortality and complications in very old patients (90+) admitted to departments of internal medicine in Spain. *Eur J Intern Med*. 2011;22(1):49-52.
19. Berlowitz DR; Brandeis GH; Anderson J; Du W; Brand H. Effect of pressure ulcers on the survival of long-term care residents. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 1997;52(2):106-10.
20. Sorando EE, Duque PB, Huelves AJ, López JLA, Martínez LG. Prevención de las úlceras por presión en Cuidados Paliativos: recomendaciones basadas en la evidencia médica. *Med Pal*. 2005; 12(1) 47-54.
21. Lacerda MR, Giacomozzi CM, Oliniski SR, Truppel TC. Atenção à Saúde no Domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. *Saúde e Sociedade*. 2006; 15(2)88-95.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo traz contribuições quanto à extensão do problema das UPPs nos indivíduos atendidos em cuidados paliativos domiciliares, tanto sobre a ocorrência, quanto sobre o risco de desenvolvimento destas feridas que trazem inúmeros prejuízos para o paciente, cuidadores, família e sistema de saúde.

A parte transversal do estudo trouxe contribuições no que se refere à descrição do fenômeno das UPPs neste grupo populacional, bem como suas características e fatores que a influenciam. Sendo que um fator que deve ser valorizado na ocorrência de UPP é história de UPP prévia quando o indivíduo em CP é avaliado pelo enfermeiro no domicílio.

A frequência de UPP encontrada é considerada alta tendo em visto que a presença de uma lesão de pele é causa de sofrimento e indica piora do quadro geral do paciente. É necessário que as equipes de cuidados paliativos se empenhem em buscar estratégias de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento de UPP de forma sistematizada com vistas à diminuição da ocorrência destas úlceras.

Já a parte longitudinal do estudo demonstrou a evolução do escore de risco do desenvolvimento de UPP e analisou a sobrevivência desta população. Afirmou a importância do uso de escalas de risco de desenvolvimento de UPP uma vez que foi observado aumento do risco, tanto em indivíduos que evoluíram para a morte durante o estudo, quanto para aqueles que permaneceram vivos até o final do estudo. Destaca-se que, além do aspecto nutricional deficitário do paciente que foi fator de risco para UPP desde a entrada no estudo, a umidade da pele e a redução da mobilidade e da atividade foram os sub escores mais importantes para o aumento deste risco no decorrer do período de coleta de dados.

Houve diminuição mais acentuada na sobrevida dos indivíduos que apresentavam UPP em relação aos que não apresentam UPP. Mesmo não tendo sido observada associação significativa entre UPP e sobrevida, parece haver uma tendência dos pacientes com UPP estarem mais próximos do momento da morte.

Por fim, este estudo contribuiu para o mapeamento de situações relacionadas a UPP no Brasil, sendo alerta a dirigentes de serviços, autoridades e profissionais de saúde (MEDEIROS et al, 2009), e também colaborando para prevenção e tratamento de UPP em pessoas em cuidados paliativos domiciliares. É

necessário que as equipes de CP revejam suas práticas. Pois nem sempre as medidas utilizadas têm sido as mais efetivas no que se refere a estratégias de orientação de cuidadores, tanto para a prevenção quanto para o tratamento de UPP.

A proximidade do enfermeiro com os pacientes e familiares pode viabilizar não só visitas domiciliares mais frequentes como intervenções alternativas por meio de monitoramento telefônico ou folder institucional com orientações básicas sobre UPP.

Estudos com populações e segmentos maiores devem ser desenvolvidos a fim de uma compreensão mais profunda das UPP em indivíduos em cuidados paliativos domiciliares.

REFERÊNCIAS

1. ABEP – Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil; 2008.
2. Agreda JJS; Bou JETI, Atenção integral nos cuidados de feridas crônicas. 1st ed. Petrópolis; EPUB; 2012.
3. Aizcorbe JR, Sánches C. Úlceras por pression, úlceras malignas y fistulas enterocutáneas. In: Báron M et al. Tratado de Medicina Paliativo y tratamiento de soporte del paciente com câncer. 2nd. Espanha: Ed. Médica Panamericana; 2007. p. 627-30
4. Akobeng AK. Principles of Evidence Based Medicine. Arch Dis Child. 2005;90(8):837-40.
5. Ashfield T. The use of topical opioids to relieve pressure ulcer pain. Nurs Stand. 2005;19(45):90-2.
6. Ayello EA. Predicting Pressure Ulcer. Best Practices in Nursing Care to Older Adults. Col Nurs Ris. 2012(5):1-2.
7. Baumgarten M, Margolis D, Van Doorn C, et al. Black/White differences in pressure ulcer incidence in nursing home residents. J Am Geriatr Soc. 2004;52(8):1293-8.
8. Bergquist-Beringer S, Gajewski BJ. Outcome and assessment information set data that predict pressure ulcer development in older adult home health patients. Adv Skin Wound Care. 2011;24(9):404-14.
9. Berlowitz DR; Brandeis GH; Anderson J; Du W; Brand H. Effect of pressure ulcers on the survival of long-term care residents. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 1997;52(2):106-10.
10. Bezerra SMG, Luz MHBA, Araújo TME. Prevalência de úlcera por pressão em pacientes acamados no domicílio. In: Anais 61º Congresso Brasileiro de Enfermagem [Internet]; 2009 Dezembro 07-10; Fortaleza, Brasil. 2009 [cited 2012 abr 26]. Available from: http://www.abeneventos.com.br/anais_61cben/files/01596.pdf.
11. Blanes L, Duarte IS, Calil JA, Ferreira LM. Avaliação clínica e epidemiológica das úlceras por pressão em pacientes internados no hospital São Paulo. Rev
12. Assoc Med Bras. 2004;50(2):182-7.
13. Braden BJ, Bergstrom N. Clinical utility of the Braden Scale for predicting pressure sore risk. Decubitus 1989;2(3):44–6.
14. Brink P, Smith TF, Linkewich B. Factors Associated with Pressure Ulcers in Palliative Home Care. J Palliat Med. 2006;9(6):1369-75.
15. Cai MSS, Mukamel DB, Temkin-Greener H. Pressure ulcer prevalence among Black and White nursing home residents in New York State: Evidence of racial disparity? Med Care. 2010;48(3):233-39.

16. Catania K, Huang C, James P, Madison M, Moran M, Ohr M. Wound wise: PUPPI: the pressure ulcer prevention protocol interventions. *Am J Nurs* 2007;107(4):44-52.
17. Capon A, Pavoni N, Mastromattei A, et al. Pressure ulcer risk in long-term units: prevalence and associated factors. *J Adv Nurs*. 2007;3(58):263-72.
18. Center for Evidence-based Medicine. [Internet]. Inglaterra (UK):CEBM; 2012 [cited 2013 fev 12]. Levels of evidence and grades of recommendations Available from: <http://www.cebm.net/index.aspx?o=1900>.
19. Chambers J. Topical manuka honey for MRSA contaminated skin ulcers. *Palliat Med*. 2006;(20):557.
20. Chayamiti EMPC, Caliri MHL. Úlceras por pressão em pacientes sob assistência domiciliária. *Acta Paul Enferm*. 2010;23(1):29-34.
21. Conselho Regional de Enfermagem. Rede Brasileira de Enfermagem. 10 Passos para a Segurança do Paciente [Internet] São Paulo: Conselho Regionaç de Enfermagem; 2010 [cited 2013 fev 26]. Available from: http://inter.coren-sp.gov.br/sites/default/files/10_passos_seguranca_paciente.pdf
22. Courtney H; Lyder CH. Pressure ulcer prevention and management. *JAMA*. 2003;298(2):223-26.
23. Dealey C. Cuidando de Feridas. 2nd. São Paulo: Atheneu; 2001.
24. Doyle D, Woodruff R. Promoting Hospice & Palliative Care Worldwide.2nd ed. [Internet]. IAHPC; 2008 [cited 2013 out 05]. Available from: <http://hospicecare.com/uploads/2011/9/iahpc-manual-08.pdf>.
25. Duarte YAO, Andrade CL, Lebrão ML. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;41(2):317-25.
26. Louro M, Ferreira M, Póvoa P. Avaliação de Protocolo de Prevenção e Tratamento de Úlceras de Pressão. *Rev Bras Terapia Intensiva*. 2007;19(3):337-41.
27. Figueiredo MTA. Reflexões Sobre os Cuidados Paliativos no Brasil. *Pratica Hosp*. 2006;(47):36-40.
28. Firmino F, Carneiro S. Úlcera Por Pressão, Feridas Neoplásicas e Micose Fungóide: Reflexões Da Prática Assistencial No Rio De Janeiro. *Pratic hosp*. 2007;(50):79-84.
29. Flock P. Pilot Study to Determine the effectiveness of diamorphine gel to control pressure ulcer pain. *J Pain Symptom Manage*. 2003;25(6)547-54.
30. Fromantin I , Falcou MC , Baffie A , Petot C , Mazerat R , Jaouen C , et al . Inception and validation of a pressure ulcer risk scale in oncology. *J Wound Care*. 2011;20(7):328, 330-4.
31. Galvin J. An audit of pressure ulcer incidence in a palliative care setting. *Int. J Palliat Nurs*. 2002;8(5);.214-21.
32. George-Saintilus E, Tommasulo B, Charles CE, et al. Pressure ulcer PUSH Score and traditional nursing assessment in nursing home residents: do they correlate? *J Am Med Dir Assoc*. 2009(10):141–44.

33. Gomes FSL, Bastos MAR, Matozinhos FP, Temponi HR, Velásquez-Meléndez G. Fatores associados à úlcera por pressão em pacientes internados nos centros de Terapia Intensiva de Adultos. *Rev Esc Enferm USP*. 2010;44(4):1070-6.
34. Guimarães RM. Filosofia dos cuidados paliativos. In: Saltz E, Juver J, organizadores. *Cuidados paliativos em oncologia*. Rio de Janeiro; SENAC RIO; 2008.
35. Gunninberg L, Lindholm C, Carlsson M, Sjöden P. Reduced incidence of pressure ulcer in patients with hip fractures: a 2-year follow-up of quality indicators. *Intern J Qualit Health Care*. 2001;13(5):399-407.
36. Hendrichova I, Castelli M, Mastroianni C, Piredda M, Mirabella F, Surdo L, et al. Pressure ulcers in cancer palliative care patients. *Palliat Med*. 2010;24(7):669-73.
37. Hensch I, Gustafsson M. Pressure ulcers in palliative care: development of a hospice pressure ulcer risk assessment scale. *Int J Palliat Nurs*. 2003;9(11):474-84.
38. Inan DG, Oztunç G. Úlceras de pressão prevalência na Turquia: uma amostra de um hospital universitário. *J Wound Nurs continência ostomia*. 2012; 39(4):409-13.
39. Instituto Nacional do Câncer; Ministério da Saúde. Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço [Internet]. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2008 [cited 2013 apr 02]. Available from: <http://www1.inca.gov.br/enfermagem/index.asp>.
40. Instituto Nacional de Câncer; Ministério da Saúde. Câncer no Brasil: dados do registro de Base Populacional [Internet]. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2010 [cited 2012 nov 06]. Available from: <http://www1.inca.gov.br/cancernobrasil/2010/>.
41. Instituto Nacional de Câncer; Ministério da Saúde. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: Ministério de Saúde; 2011. [cited 2013 abr 02]. Available from: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/>.
42. Instituto Nacional do Câncer; Ministério da Saúde. Tratamento e controle de feridas tumorais e úlceras por pressão no câncer avançado série cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2009. [cited 2013 abr 10]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/Feridas_Tumorais.pdf
43. Jaul E. Assessment and management of pressure ulcers in the elderly. *Drugs Aging*. 2010;27(4):311-25.
44. Lyder, CH. Pressure ulcer prevention and management. *JAMA*. 2006;298(2):223-26
45. Maciel AGS, Rodrigues LF, Naylor C, Bettega R, Barbosa SM. Princípios dos cuidados paliativos et al. In: Agência Nacional de Cuidados Paliativos. *Crerios de Qualidade para Cuidados Paliativos no Brasil*. Rio de Janeiro: Diagraphic; 2006. p. 10-12.
46. Maia LC; Monteiro MLG. Úlceras por pressão: Prevenção e Tratamento In: Silva RCL, Figueiredo NMA, Meireles IB. *Ferida: Fundamentos e atualizações em enfermagem*. São Caetano do Sul: Yendis editora; 2007. p. 311-36.

47. Maida V, Ennis M, Corban J. Wound outcomes in patients with advanced illness. *Int Wound J.* 2012;9(6):683-92.
48. Maida V, Ennis M, Kuziemy C, Corban J. Wounds and survival in cancer patients. *Eur J Canc.* 2009;(45):3237-44.
49. Maida V, Lau F, Downing M, Yang J. Correlation between Braden Scale and Palliative Performance Scale in advanced illness. *Int Wound J.* 2008;5(4):585-90.
50. Malaquias SG, Bachion MM, Nakatani AYK. Risco de integridade da pele prejudicada em idosos hospitalizados. *Cogitare enferm.* 2008;13(3):428-36.
51. McGill M, Chaplin J. Pressure ulcer prevention in palliative care 1: results of a UK survey. *Int. J Palliat Nurs.* 2002;8(3):110-19.
52. Medeiros ABF, Lopes CHAF, Jorge MSB. Análise da prevenção e tratamento das úlceras por pressão propostos por enfermeiros. *Rev Esc Enferm USP.* 2009;43(1):223-8.
53. Melo AGC, Figueiredo MTA. Cuidados paliativos: conceitos básicos, histórico e realizações da Associação Brasileira de Cuidados Paliativos e da Associação Internacional de Hospice e cuidados Paliativos. In: Pimenta CAM, Mota DDCF, Cruz DALM. *Dor e cuidados paliativos: Enfermagem, medicina e psicologia.* Manole. Barueri; 2006. p. 16-28.
54. Menezes RA. Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos. Garamond. [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004. [cited 2012 out 20]. Available from: http://books.google.com.br/books?hl=en&lr=&id=GSo8SSvd4uQC&oi=fnd&pg=PA11&dq=legisla%C3%A7%C3%A3o+cuidados+paliativos&ots=75fM2gxZ9E&sig=4ihJp9pJ3IOPjHbLdB_Hwfu6zil#v=onepage&q=legisla%C3%A7%C3%A3o%20cuidados%20paliativos&f=false
55. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 196/96 – Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 1996.
56. National Pressure Ulcer Advisory Panel; European Pressure Ulcer Advisory Panel Pressure Ulcer Prevention and treatment of pressure ulcers: Quick Reference Guide [Internet]. Washington DC: NPUAP; EPUAP; 2009 [cited 2013 mar 15]. Available from: http://www.epuap.org/guidelines/Final_Quick_Treatment.pdf
57. Nikoletti S, Porock D, Kristjanson LJ, Medigovich K, Pedler P, Smith M: Performance status assessment in home hospice patients using a modified form of the Karnofsky Performance Status scale. *J Pall Med.* 2000,(3):301-11.
58. Noreau L, Proulx P, Gagnon L, et al. Secondary impairments after spinal cord injury: a population-based study. *Am J Phys Med Rehabil.* 2000;79(6):526-35.
59. Paranhos WY, Santos VLCG. Avaliação de risco para úlceras de pressão por meio da escala de Braden, na língua portuguesa. *Rev Esc Enferm USP.* 1999;33(1):191-206.
60. Organización Mundial de la Salud. Alivio del dolor y tratamiento paliativo en cáncer. Informe de un Comité de expertos. Ginebra: OMS; 1990.

61. Paquay L, Verstraete S, Wouters R, et al. Implementation of a guideline for pressure ulcer prevention in home care: pretest-post-test study. *J Clin Nurs*. 2010;19(13-14):1803-11.
62. Peixoto APAF. Cuidados Paliativos [Internet]. Belo Horizonte: 2012. [cited 2012 set 26]. Available from: <http://www.sotamig.com.br/Cuidados%20Paliativos%20-%20generalidades.pdf>.
63. Pessini L; Bertachini L. Novas perspectivas em cuidados paliativos: ética, geriatria, gerontologia, comunicação e espiritualidade. *O mundo da saúde*. 2005;29(4);491-509.
64. Pessini, L. Distanásia: até quando prolongar a vida? 1st ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo Loyola; 2001.
65. Pini LRQ. Prevalência, risco e prevenção de úlcera de pressão em unidades de cuidados de longa duração. [Dissertação]. Portugal: Universidade Católica Portuguesa/Instituto Ciências da Saúde; 2012. 126 p.
66. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
67. Pompeo, DA, Rossi LA, Galvão CM. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. *Acta Paul Enferm*. 2009;22(4):434-38.
68. Potter PA; Perry AG. Fundamentos de enfermagem. 1st ed. Engl. ed. Gomes LT, Duarte LH, Nascimento MIC, tradutor. Rio de Janeiro: Elsevier; 2005.
69. Prentice WM, Roth LJ, Kelly P. Topical benzydamine cream and the relief of pressure pain. *Palliat Med*. 2004;(18):520-24.
70. Redelings MD, Lee NE, Sorvillo F. Pressure ulcers: more lethal than we thought? *Adv Skin Wound Care*. 2005;18(7):367-72.
71. Reifsnnyder J, Magee HS, Development of pressure ulcers in patients receiving home hospice care. 2005;17(4):74-79.
72. Rocha JA, Miranda MJ, Andrade MJ, Porto AS. Abordagem terapêutica das úlceras de pressão: intervenções baseadas na evidência. *Acta Med Port* 2006;(19):29-38.
73. Rodrigues JSM, Ferreira NMLA. A experiência da família no cuidado domiciliário ao doente com câncer: uma revisão integrativa. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2011 [cited 2013 fev 20];13(2):338-46. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n2/v13n2a21.htm>.
74. Rogenski NMB, Santos VLCG. Estudo sobre a incidência de úlceras por pressão em um hospital universitário. *Rev Lat Am Enferm*. 2005;13(4):474-80.
75. Royal College of Nursing. The use of pressure-relieving devices for the prevention of pressure ulcer [Internet]. Londres: RCN; 2005 [cited 2012 abr 02]. Available from: http://www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0007/109843/002444.pdf.
76. Sanders LSC, Pinto FJM. Ocorrência de úlcera por pressão em pacientes internados em um hospital público de fortaleza, CE. *Rev Min Enferm*. 2012;16(2):166-70.

77. Santos RL, Virtuoso Júnior JS. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Atividades Instrumentais da Vida Diária. *RBPS* 2008;21(4):290-96.
78. Santos VLCG, Azevedo MAJ, Silva TS, Carvalho VMJ, Carvalho VF. Adaptação transcultural do Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH) para a língua portuguesa. *Rev Lat Am Enferm*. 2005;13(3): 305-13.
79. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Ministério da Saúde. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 2006.
80. Silva EP, Sudigursky D. Concepções sobre cuidados paliativos: revisão bibliográfica. *Acta Paul Enferm* 2008;21(3):504-8.
81. Silva MJP, Araújo MT, Firmino F. Enfermagem In: Oliveira RA, coordenação institucional. *Cuidado Paliativo*. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. São Paulo; 2008. p. 61-63.
82. Silva CAM, Acker JIBV. O cuidado paliativo domiciliar sob a ótica de familiares responsáveis pela pessoa portadora de neoplasia. *Rev Bras Enferm*. 2007; 60(2):150-4.
83. Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia [Internet]. Brasil: Índice de Massa Corporal 2010 (BR) [cited 2013 fev 15]. Available from: <http://www.endocrino.org.br/teste-seu-imc/>.
84. Sociedade Espanhola de Cuidados Paliativos. Guia de Cuidados paliativos [Internet]. SECPAL; 2012. [cited 2013 mar 20]. Available from: <http://www.secpal.com/guiacp/guiacp.pdf>.
85. Sousa CAC, Santos I, Silva LD. Apropriação de concepções de Neuman e Braden na prevenção de úlceras de pressão. *Rev Enferm UERJ*. 2004;12(2):280-5.
86. Sousa CA, Santos I, Silva LD. Aplicando recomendações da Escala de Braden e prevenindo úlceras por pressão - evidências do cuidar em enfermagem. *Rev Bras Enferm* 2006;59(3): 279-84.
87. Sopata M, Ciuplinska M, Głowacka A, Muszynski Z, Tomaszewska E. Reducing bacterial flora in pressure ulcers of patients with advanced cancer. *J Wound Car*. 2008;17(10):452-55.
88. Sopata M, Luczak J, Ciuplinska M. Effect of bacteriological status on pressure ulcer healing in patients with advanced cancer. *J Woun Care*. 2002;11(3):107-10.
89. Sorando EE, Duque BP, Huelves AJ, J et al. Prevención de las úlceras por presión en Cuidados Paliativos: recomendaciones basadas en la evidencia médica. *Med Pal*. 2005;08(1)47-54.
90. Thomas DR, Rodeheaver GT, Bartolucci AA, Franz RA, Sussman C, Ferrell BA, et al. Pressure ulcer scale for healing: derivation and validation of the PUSH tool. The PUSH Task Force. *Adv Wound Care*. 1997;10(5):96-101.
91. Tsutakawa S, Kobayashi D, Kusama M, et al. Nicotine enhances skin necrosis and expression of inflammatory mediators in a rat pressure ulcer model. *Br J Dermatol*. 2009;161(5):10-20.
92. Twycross R. Medicina paliativa: filosofia y consideraciones éticas. *Acta Bioethica*. 2000;1(1):29-46.

93. Woodbury MG, Houghton PE, Campbell KE, Keast DH. Pressure ulcer assessment instruments: a critical appraisal. *Ostomy Wound Manage.* 1999;45(5):42-55.
94. World Health Organization; Department of Chronic Diseases and Health Promotion. Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes [Internet]. Geneva: WHO; 2007 [cited 2012 nov 06]. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9241547111_eng.pdf.
95. World Health Organization, International Agency Research Cancer. World Cancer Report 2008 [Internet]. França: IARC; 2009 [cited 2012 nov 06]. Available from: http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/wcr/2008/wcr_2008.pdf
96. World Health Organization. [Internet]. Washington: WHO [cited 2012 nov 06]. Aliança Mundial para Segurança do Paciente 2012. Available from: <http://www.who.int/patientsafety/worldalliance/en/index.html>.
97. World Health Organization. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines 2nd ed [Internet]. 2002 [cited 2012 out 10]. WHO. Available from: http://www.searo.who.int/LinkFiles/Publications_National_Cancer_Control_Programmes.pdf

ANEXOS

Anexo 1 – Ofícios dos comitês de ética em pesquisa aprovando o desenvolvimento do estudo.



PROTOCOLO CEP/HC/UFG Nº 019/2011

Em, 17/03/2011.

INVESTIGADOR (A) RESPONSÁVEL: *Prof. Prof. Dileto Delalibera Corrêa de Faria Mota*

PESQUISADORES PARTICIPANTES: *Prof. Maria Márcia Bachion, Prof. Silvana de Lima Vieira dos Santos, Milaine Barbosa Ribeiro.*

TÍTULO: *"Úlceras por pressão em pacientes atendidos por equipes de reabilitação e de cuidados paliativos"*

Área Temática: *Grupo III*

Área de conhecimento: *Ciências da Saúde/Enfermagem*

Instituição Proponente: *Faculdade de Enfermagem/UFG*

Local de realização: *CRER e HANACCG*

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás analisou e **aprova** o projeto de pesquisa acima referido, juntamente com os documentos apresentados e o mesmo foi considerado em acordo com os princípios éticos vigentes.

Informamos que **não há** necessidade de aguardar o parecer da CONEP- Comissão Nacional de Ética em Pesquisa para iniciar a pesquisa.

Após início do estudo, o pesquisador responsável deverá **encaminhar ao CEP/HC/UFG, relatórios semestrais** do andamento da pesquisa, encerramento, conclusão(ões) e publicação(ões).

O CEP/HC/UFG pode, a qualquer momento, fazer escolha aleatória de estudo em desenvolvimento para **Aprovação CEP-HCUFG.jpg** das da Resolução 196/96 (Manual Operacional Para Comitês de Ética em Pesquisa – Item 13)


Farm. José Mário Coelho Moraes
Coordenador do CEP/HC/UFG

PROCOLO CEP/ACCG Nº 006/2011

Goiânia, 07/04/2011

INVESTIGADORA RESPONSÁVEL: Enfª. Profª. Dálete Delalibera Corrêa de Faria Mota

PESQUISADORES PARTICIPANTES: Enfª. Maria Márcia Bachion, Enfª. Silvana de Lima Vieira dos Santos, Enfª. Ana Cássia Mendes Ferreira, Enfª. Renata Pires Teixeira, Enfª. Maria Auxiliadora Gomes de Mello Brito, Enfª. Aline Vaz da Costa Vieira, Enfª. Maria do Socorro Soares Dias e Enfª. Milainy Barbosa Ribeiro.

TÍTULO: “Úlceras por pressão em pacientes atendidos por equipes de reabilitação e de cuidados paliativos”.

Área Temática: Grupo III

Área de Conhecimento: Ciências da Saúde/Enfermagem

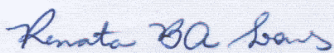
Local de Realização: Hospital Araújo Jorge/ACCG – Hospital Araújo Jorge/ACCG – GAPPO - Grupo de Apoio Paliativo ao Paciente Oncológico e CRER-Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo.

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa da ACCG **analisou e aprovou** o projeto de Pesquisa acima referido, juntamente com os documentos apresentados e os mesmos foram considerados em acordo com os princípios éticos vigentes.

Não há necessidade de aguardar o parecer da CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa para iniciar a pesquisa.

O Pesquisador responsável deverá encaminhar ao CEPACCG, **relatórios semestrais** do andamento da pesquisa, encerramento, conclusão (ões), resultados e publicação (ões).

O CEP/ACCG pode, a qualquer momento, fazer escolha aleatória de estudo em desenvolvimento para avaliação e verificação do cumprimento das normas da Resolução 196/96 (*Manual Operacional Para Comitês de Ética em pesquisa – Item 13*).


Dra. Renata de Bastos Ascenço Soares
Coordenadora do CEP/ACCG



ASSOCIAÇÃO DE COMBATE AO CÂNCER EM GOIÁS

(62) 3878-7000 | 3243-7000
Rua 239, nº 206, St. Universitário
Goiânia · Goiás · Brasil · CEP 74.605-070
www.accg.org.br

Anexo 2 – Normas para publicação – Revista da Escola de Enfermagem da USP

Instruções aos autores

Os artigos podem ser redigidos em português, inglês e espanhol e devem ser inéditos e destinar-se exclusivamente à Revista da Escola de Enfermagem da USP, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico, na íntegra ou parcialmente, tanto no que se refere ao texto, como às figuras ou tabelas. Artigos que apresentarem semelhanças com outros já publicados serão excluídos do processo de avaliação em qualquer fase.

Por ocasião do aceite do artigo para a publicação, será solicitada, aos autores procedentes (ou radicados em) de países de língua portuguesa, uma versão do manuscrito em língua portuguesa e uma em língua inglesa.

Nas pesquisas envolvendo seres humanos, os autores deverão enviar uma cópia da aprovação emitida por um Comitê de Ética reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), segundo as normas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde - CNS ou órgão equivalente no país de origem da pesquisa.

A REEUSP apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e a divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação os artigos derivados de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e pelo ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no *site* do ICMJE (www.icmje.org). O número de identificação deve ser registrado no final do resumo.

Os autores dos textos são por eles inteiramente responsáveis, devendo assinar e encaminhar a Declaração de Responsabilidade e de Cessão de Direitos Autorais, conforme modelo anexo. A Revista condena vigorosamente o plágio e o autoplágio. Os autores devem se certificar de que o conteúdo é inédito e original. Ideias já publicadas devem ser citadas corretamente, em conformidade com as normas.

A REEUSP possui uma edição *on line* no idioma inglês. Quando o trabalho for aprovado para publicação, a tradução deverá ser providenciada de acordo com as orientações da Revista, sendo o custo financeiro de responsabilidade dos autores

Categorias de artigos aceitos pela Revista

Artigo original: trabalho de pesquisa com resultados inéditos, com metodologia rigorosa, resultados claramente expostos, discussão adensada e que agregue valor à ciência de Enfermagem. Limitado a 15 páginas.

Estudo teórico: análise de construtos teóricos da ciência de enfermagem ou áreas correlatas, levando ao questionamento de modelos existentes e à elaboração de hipóteses para futuras pesquisas. Limitado a 15 páginas.

Artigo de revisão

Revisão integrativa: método de pesquisa que apresenta a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma área ou tema específicos, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento. São necessários padrões elevados de rigor metodológico e clareza na apresentação dos resultados, de forma que o leitor consiga identificar as características dos estudos incluídos na revisão. Etapas da revisão integrativa: elaboração da pergunta norteadora, busca na literatura, coleta de dados, análise crítica dos estudos incluídos, discussão dos resultados e apresentação da revisão integrativa. Limitada a 20 páginas.

Revisão sistemática: método de pesquisa amplo, conduzido por meio da síntese rigorosa de resultados de estudos originais, quantitativos ou qualitativos, com o objetivo de responder claramente a uma questão específica e de relevância para a enfermagem ou para a saúde. Descreve com pormenores o processo de busca dos estudos originais, os critérios utilizados para seleção daqueles que foram incluídos na revisão e os procedimentos empregados na síntese dos resultados obtidos pelos estudos revisados, que poderão ou não incluir metanálise ou metassíntese. Limitada a 20 páginas.

Relato de experiência profissional: estudo de caso contendo análise de implicações conceituais, descrição de procedimentos com estratégias de intervenção ou evidência metodológica apropriada de avaliação de eficácia, de interesse para a atuação de enfermeiros em diferentes áreas. Limitado a 10 páginas.

Carta ao editor: destinada a comentários de leitores sobre os trabalhos publicados na Revista, expressando ou não concordância sobre o assunto abordado. Limitada a meia página.

Descrição dos procedimentos

Cada artigo submetido à Revista é inicialmente analisado pela Secretaria quanto ao cumprimento das normas estabelecidas nas *Instruções aos Autores*, sendo devolvido para adequação, em caso de não atendimento às normas. Se aprovado nessa fase, o artigo é encaminhado para a Editora Científica que, com a colaboração das Editoras Associadas, dará início à avaliação do conteúdo do ponto de vista científico e da contribuição ao desenvolvimento da ciência de Enfermagem. O artigo é então encaminhado para dois relatores, que o analisam com base no Instrumento de Análise e Parecer elaborado especificamente para tal finalidade e opinam sobre o rigor metodológico da abordagem utilizada. Havendo discordância nos pareceres, o artigo é encaminhado a um terceiro relator. O anonimato é garantido durante todo o processo de julgamento. Os pareceres dos relatores são analisados pelo Conselho Editorial que, se necessário, indica as alterações a serem efetuadas. Os trabalhos seguem para publicação somente após a aprovação final dos pareceristas e do Conselho Editorial.

Eventuais conflitos de interesse devem ser esclarecidos.

Forma e preparação dos artigos

O texto deve ser digitado na ortografia oficial em folhas de papel tamanho A4, com espaço entrelinhas de 1,5, fonte *Times New Roman*, tamanho 12, e margens superior, inferior e laterais de 2,5 cm.

A *Página de título* deve conter

título do artigo (máximo de 16 palavras) em português, inglês e espanhol, sem abreviaturas e siglas; nomes completos e sem abreviações dos autores, numerados em algarismos arábicos, com a titulação universitária máxima de cada autor e as Instituições às quais pertencem; indicação do nome do autor responsável, seu endereço para correspondência, telefone para contato e e-mail. O uso de endereço residencial deve ser evitado, pois ficará disponível na *Internet*, quando o artigo for extraído de tese ou dissertação, indicar por asterisco, em nota de rodapé o título, o ano e a instituição onde foi apresentada;

Resumo: deve ser apresentado em português (resumo), inglês (*abstract*) e espanhol (*resumen*), com até 150 palavras (máximo de 900 caracteres), explicitando o objetivo da pesquisa, o método, os resultados e a conclusão.

Descritores: devem ser indicados de três a seis descritores que permitam identificar o assunto do trabalho, acompanhando o idioma dos resumos: português (descritores), inglês (descriptors) e espanhol (descriptores), extraídos do vocabulário DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), elaborado pela BIREME, ou MeSH (*Medical Subject Headings*), elaborado pela NLM (*National Library of Medicine*).

Texto

O corpo do texto do artigo deverá conter parágrafos distintos com: Introdução, Método, Resultados, Discussão, Conclusão e Referências.

Introdução: deve ser breve, definir o problema estudado, destacando a sua importância, e as lacunas do conhecimento.

Método: os métodos empregados, a população estudada, a fonte de dados e os critérios de seleção devem ser descritos de forma objetiva e completa. É necessário inserir o número do protocolo de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e informar que a pesquisa foi conduzida de acordo com os padrões éticos exigidos.

Resultados: devem ser apresentados de forma clara e objetiva, descrevendo somente os dados encontrados, sem interpretações ou comentários. Podem ser acompanhados por tabelas, quadros e figuras, para facilitar a compreensão. O texto deve complementar e não repetir o que está descrito nas ilustrações.

Discussão: deve restringir-se aos dados obtidos e aos resultados alcançados, enfatizando aspectos novos e relevantes observados no estudo e discutindo as concordâncias e as divergências com outras pesquisas já publicadas.

Conclusão: deve corresponder aos objetivos ou às hipóteses do estudo, fundamentada nos resultados e na discussão, coerente com o título, a proposição e o método adotados. As limitações do estudo também devem ser destacadas.

Referências: No texto, as citações devem ser numeradas consecutivamente, em algarismos arábicos, sobrescritos e entre parênteses, sem menção do nome dos autores. Se forem sequenciais, deverão ser indicados o primeiro e o último número, separados por hífen, ex.: ⁽¹⁻⁴⁾; quando intercalados, deverão ser separados por vírgula, ex.: ^(1-2,4).

As referências dos documentos impressos e eletrônicos devem ser apresentadas de acordo com o Estilo "Vancouver", elaborado pelo ICMJE, disponível no endereço eletrônico (<http://www.icmje.org>) e os títulos dos periódicos abreviados de acordo com a *List of Journals Indexed for MEDLINE* (<http://www.nlm.gov/tsd/serials/lji.html>). Incluir as referências estritamente pertinentes ao assunto abordado, atualizadas (5 anos), de abrangência nacional e internacional. Evitar a inclusão de número

excessivo de referências na mesma citação. A lista apresentada no final do artigo deve ser numerada de acordo com a sequência em que os autores foram citados no texto. O número de referências não deve ultrapassar a 30. A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores.

Os artigos publicados na Revista da Escola de Enfermagem da USP devem ser citados preferencialmente no idioma inglês, na versão *on line*, a partir de 2009. Depoimentos: frases ou parágrafos ditos pelos sujeitos da pesquisa devem ser citados entre aspas, em itálico, com sua identificação codificada a critério do autor e entre parênteses.

Ilustrações: tabelas, quadros e figuras, no máximo de cinco, obrigatoriamente, devem estar inseridas no corpo do texto do artigo. Fotos e Imagens – serão publicadas exclusivamente em P&B, com resolução final de 300 dpi.

Agradecimentos: a pessoas que prestaram colaboração intelectual ao trabalho, desde que haja permissão expressa dos nomeados; fontes de financiamento de instituições públicas ou privadas que deram apoio, assistência técnica e outros auxílios.

Errata: após a publicação do artigo, se os autores identificarem a necessidade de uma errata deverão enviá-la à Secretaria da Revista por *e-mail*.

Exemplos de Referências

PERIÓDICOS

Artigo padrão

Allen G. Evidence for practice. *AORN J.* 2010;92(2):236-41.

Artigo com mais de três autores

MacNeela P, Clinton G, Place C, et al. Psychosocial care in mental health nursing: a think aloud study. *J Adv Nurs.* 2010;66(6):1297-307.

Artigo cujo autor é uma organização
American Diabetes Association. *Diabetes update. Nursing.* 2003;Suppl:19-20,24.

Artigo com múltiplas organizações como autores

American Dietetic Association; Dietitians of Canada. Position of the American Dietetic Association and Dietitians of Canada: nutrition and women's health. *J Am Diet Assoc.* 2004;104(6):984-1001.

Artigo de autoria pessoal e organizacional

Orchard TJ, Temprosa M, Goldberg R; Diabetes Prevention Program Research Group. The effect of metformin and intensive lifestyle intervention on the metabolic syndrome: the Diabetes Prevention Program randomized trial. *Ann Intern Med.* 2005;142(8):611-9.

Artigo no qual o nome do autor possui designação familiar

King JT Jr, Horowitz MB, Kassam AB, et al. The short form-12 and the measurement of health status in patients with cerebral aneurysms: performance, validity, and reliability. *J Neurosurg.* 2005;102(3):489-94.

Oliveira MF, Arcêncio RA, Ruffino-Netto A, et al. The front door of the Ribeirão Preto Health System for diagnosing tuberculosis. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(4):898-904.

Artigo sem indicação de autoria

Understanding and treating cancer-related fatigue. *J Support Oncol*. 2006;4(2):72.

Artigo publicado em um volume com suplemento

Nascimento AF, Galvanese ATC. Avaliação da estrutura dos Centros de Atenção Psicossocial do município de São Paulo, SP. *Rev Saúde Pública*. 2009;43 Supl 1:8-15.

Artigo publicado em um fascículo com suplemento

Crawford M, Mullan J, Vanderveen T. Technology and safe medication administration. *J Infus Nurs*. 2005;28(2 Suppl):37-41.

Artigo em um volume publicado em partes

Abend SM, Kulish N. The psychoanalytic method from an epistemological viewpoint. *Int J Psychoanal*. 2002;83 Pt 2:491-5.

Artigo em um fascículo publicado em partes

Rilling WS, Drooz A. Multidisciplinary management of hepatocellular carcinoma. *J Vasc Interv Radiol*. 2002;13(9 Pt 2):S259-63.

Artigo publicado em fascículo sem volume

Tom Dwyer AMC. A pesquisa da sociabilidade on-line: três gerações de estudos. *Rev USP*. 2012;(92):100-13.

Artigo publicado em um número especial

Silva MS, Kimura M, Stelmach R, et al. Quality of life and spiritual well-being in chronic obstructive pulmonary disease patients. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(n.esp):1187-92.

Artigo sem indicação de fascículo e volume

Outreach: bringing HIV-positive individuals into care. *HRSA Careaction*. 2002 Jun:1-6.

Artigo com paginação em algarismos romanos

Chadwick R, Schuklenk U. The politics of ethical consensus finding. *Bioethics*. 2002;16(2):iii-v.

Artigo com publicação de errata

Altizer L. Strains and sprains. *Orthop Nurs*. 2003;22(6):404-11. Erratum in: *Orthop Nurs*. 2004;23(1):38.

Artigo publicado eletronicamente antes da versão impressa (*ahead of print*)

Wangensteen S, Johansson IS, Björkström ME, et al. Critical thinking dispositions among newly graduated nurses. *J Adv Nurs*. 2010 Apr 1. [Epub ahead of print]

Artigo no prelo (*in press*)

Guedes RN, Fonseca RMGS, Egry EY. Limits and possibilities for evaluating the family health strategy to gender violence. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;47(2). In press

Artigo provido de DOI

Eduardo LP, Egry EY. Brazilian Child and Adolescent Statute: workers' views about their practice. *Rev Esc Enferm USP*. 2010;44(1):18-24.
DOI: 10.1590/S0080-62342010000100003.

LIVROS

Livro padrão com autor pessoal

Marquis BL, Huston CJ. Administração e liderança em enfermagem: teoria e prática. Porto Alegre: Artmed; 2010.

Eyre HJ, Lange DP, Morris LB. Informed decisions: the complete book of câncer diagnosis, treatment, and recovery. 2nd ed. Atlanta: American Cancer Society; c2005.

Organizador, editor, coordenador como autor

Kurcgant P, coordenadora. Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.

Instituição como autor

Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2ª ed. Brasília; 2009.

Capítulo de livro cujo autor é o mesmo da obra

Moreira A, Oguisso T. Profissionalização da enfermagem brasileira. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. Gênese da profissionalização da enfermagem; p. 23-31.

Capítulo de livro cujo autor é um colaborador

Kimura M, Ferreira KASL. Avaliação da qualidade de vida em indivíduos com dor. In: Chaves LD, Leão ER, editoras. Dor: 5º sinal vital: reflexões e intervenções de enfermagem. Curitiba: Ed. Maio; 2004. p. 59-73.

Documentos legais (adaptados) Brasil. Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 26 jun. 1986. Seção 1, p. 1.

São Paulo (Estado). Lei n. 10.241, de 17 de março de 1999. Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado e dá outras providências. Diário Oficial do Estado de São Paulo, São Paulo, 18 mar. 1999. Seção 1, p. 1.

Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado; 1988.

DOCUMENTOS ELETRÔNICOS

Artigo de periódico

Costa FA, Silva DLA, Rocha VM. The neurological state and cognition of patients after a stroke. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2011 [cited 2011 Nov 28];45(5):1083-8. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/en_v45n5a08.pdf

Artigo de periódico provido de DOI

Leonello VM, Oliveira MAC. Integralidade do cuidado à saúde como competência educativa do enfermeiro. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2010 [citado 2010 jul. 10]; 63(3):366-70. Disponível em: [//www.scielo.br/pdf/reben/v63n3pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n3pdf)
DOI 10.1590/S0034-71672010000300003.

Livro na íntegra

Kasper DL, Braunwald E, Fauci AS. *Harrison's online* [Internet]. 16th ed. Columbus (OH): McGraw-Hill; c2006 [cited 2006 Nov 20]. Available from: <http://www.accessmedicine.com/resourceTOC.aspx?resourceID=4>

Capítulo de livro

Loizzo F, Menthonnex E, Menthonnex P, et al. A regulação das saídas das unidades móveis de cuidados intensivos na França (SMUR) e no Brasil (UTIM). In: Martinez-Almoyna M, Nitschke CAS, organizadores. *Manual de regulação médica dos serviços de atendimento médico de urgência: SAMU* [Internet]. Florianópolis; c1999 [citado 2008 nov. 7]. Disponível em: neu.saude.sc.gov.br/arquivos/manual_de_regulacao_medica_de_urgencia.pdf

Documentos legais (adaptados)

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 204, de 27 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle [Internet]. Brasília; 2007 [citado 2009 mar. 25]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007.html

Para outros exemplos recomendamos consultar o documento *Citing Medicine*, adaptado pela NLM para as suas bases de dados e atualmente utilizado pelo *Uniform Requirements* (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/?depth=2>).

Observação: Devem ser evitadas citações de documentos não indexados na literatura científica mundial e de difícil acesso, em geral de divulgação circunscrita a uma instituição ou a um evento. Da mesma forma, informações citadas no texto, extraídas de documentos eletrônicos que não sejam mantidos permanentemente em *sites*, não devem fazer parte da lista de referências.

A partir de 1º de outubro de 2012, a REEUSP instituiu taxa de submissão e de publicação (http://www.ee.usp.br/reeusp/index.php?p=area&are_id=52). O artigo deve ser encaminhado *on line* (<http://mc04.manuscriptcentral.com/reeusp-scielo>), acompanhado de carta ao Editor informando os motivos pelos quais a REEUSP foi selecionada para submissão. Adicionalmente, devem ser destacados os avanços e as contribuições do texto frente as publicações recentes já veiculadas sobre a temática.

REVISTA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
CEP 05403-000 – São Paulo - SP – BRASIL
E-mail: nursingscholar@usp.br

Anexo 3 – Normas para publicação – Palliative Medicine

Palliative Medicine is a highly ranked, peer reviewed scholarly journal dedicated to improving knowledge and clinical practice in the palliative care of patients with far advanced disease. It reflects the multi-disciplinary and multi-professional approach that is the hallmark of effective palliative care. Papers are selected for publication based on their scientific excellence, contribution to knowledge, and their importance to contemporary palliative care. We welcome papers relating to palliative care clinical practice, policy, theory and methodological knowledge.

Palliative Medicine is an international journal, and is the official research journal of the European Association for Palliative Care. Whilst we acknowledge that many papers will focus on palliative care issues within particular countries, it is important to our readers that authors reflect on how these issues might be relevant to a wider audience, present the study in the context of the existing international research on the topic, and discuss how this knowledge contributes to the international knowledge base.

1. Peer review policy

Palliative Medicine operates a conventional single blind reviewing policy in which the reviewer's name is always concealed from the submitting authors. All submitted manuscripts undergo a two stage review process. The initial review is undertaken by three of the in-house (Bristol) editors and one of the 'outside' Bristol editors and a decision is made either to send the paper for external review or to reject it. A third option is to invite resubmission in the form of a letter to the editor. We undertake to make the decision whether or not to send for external review within four weeks of submission. In this initial review the editors ensure that only those papers that meet the scientific and editorial standards of the journal and fit within the aims and scope of the journal will be sent for external review. Within 10 weeks of sending the paper out to external review we will make a final decision. Papers accepted for publication following external review usually require some modification before final acceptance.

2. Article types

Palliative Medicine publishes original research and review articles on preclinical and clinical aspects of palliative medicine. Research, review and case reports must follow a structure abstract (details below). The Journal considers the following kinds of article for publication:

1. Review Articles – 5,000 words

2. Original Articles – 3,000 words with up to six tables or figures (for qualitative methodology articles participants' quotations may be excluded from the word count)

3. Short reports – 1,000-1,400 words. Research, but small scale survey/pilot/feasibility study etc, which would not warrant full original research paper

4. Case reports – 1,000-1,400 words with one table or figure (see case report guidance below)

5. Letters to the Editors - 750 words

6. Book Reviews – 250-400 words. A list of up-to-date books for review is available from the Journal's Editorial Manager. Please contact the Editorial Manager if you are interested in reviewing a particular article.

NB: word count excludes references, tables and figures references

2.1 Structured abstracts

Papers must be accompanied by a structured abstract in line with the following.

Research: Background, Aim, Design, Setting/participants, Results, Conclusions

Review: Background, Aim, Design, Data Sources, Results, Conclusions

Case report: Background, Case Presentation, Case Management, Case Outcome, Conclusions

Structured Abstracts:

Research Paper/Short Report

Abstracts should have clear headings, which should generally follow the structure below, but may vary depending on the requirements of the reporting guidelines followed.

Background: Identify the issue to be addressed, current knowledge on the topic and some indication of its relevance and importance to clinical practice, theory or research methodology.

Aim: A clear statement of the main research aim(s), research question (s) or hypotheses to be tested.

Design: A statement about the research strategy adopted. For intervention studies, a clear statement of the intervention is required. For clinical trials, the trial number should be given.

Setting/participants: Indicate the type of setting(s) the research was conducted in (i.e. primary/secondary care), the number of centres, and who participated including brief indication of inclusion/exclusion criteria, numbers of participants and any relevant characteristics.

Results: Report the main outcomes(s) findings of the study. If appropriate, report levels of statistical significance and confidence intervals.

Conclusions: Identify how the aims have been met, and the relevance of the findings for clinical practice, theory or research methodology. Suggestions for further research.

Review Paper

These should generally follow the structure below, with reference to relevant review reporting guidelines such as PRISMA.

Background: Identify the issue to be addressed, current knowledge on the topic and some indication of its relevance and importance to clinical practice, theory or research methodology.

Aim: A clear statement of the review aim(s).

Design: A statement about the review strategy/methods adopted

Data sources: State the data sources used (including years searched). Include a statement about eligibility criteria for selecting studies.

Results: Report the main outcomes(s) /findings of the review.

Conclusions: Identify how the aims have been met, and the relevance of the findings for clinical practice, theory or research methodology.

Case Report

This format differs from our structured abstracts for research or reviews, so please ensure you follow the correct format or your paper will be returned without review.

Case report abstracts should be 200 words in length.

Background: Identify the issue the case report addresses, why this case is important, current knowledge on the topic, and some indication of the case relevance to practice and research.

Case Presentation: Presenting features of the case(s) and working/differential diagnoses. Brief summary of case(s) history, examinations and investigations etc.

Case Management: Details of any treatment given and a description of the course of the clinical issue(s) being reported.

Case Outcome: Description of case(s) outcome. Details of any outcome measures used.

Conclusions: Identify how the aims have been met, and the relevance of the findings for clinical practice, theory or research methodology. Suggestions for further research.

2.2 Case report instructions for Palliative Medicine

The purpose of our case reports: We are interested in publishing unusual clinical presentations or novel approaches to care. As a research focused journal, we publish case reports to highlight issues of clinical interest which help readers to pose research questions for future further study, and so we want these research focused learning points to be explicit within the report.

Case report length: Case reports should be succinct and focused. They should be between 1000 and 1400 words in length. The aim is description of the case, without undue speculation.

Case report instructions: Case report authors should also read our general instructions to authors regarding title, keywords, article retrievability, authorship and other general formatting issues. Case reports should include the words 'case report' or 'case series' as appropriate in the title and keywords. Please do not use 'case study' as this leads to confusion with the research strategy of the same name.

2.2.1 Case report format: The format for the written case report should, where possible, follow the same structured format as for the abstract, but in greater detail.

Background: Identify the issue the case report addresses, why this case is important, current knowledge on the topic, and some indication of the case relevance to practice and research. The case should be placed in context, remembering that Palliative Medicine is an international journal and readers are unlikely to be familiar with the particular context in which this case(s) occurred. You should briefly make reference to any similar published cases, and related research findings.

Case presentation: Presenting features of the case(s) and working/differential diagnoses. Brief summary of case(s) history, examinations and investigations etc. Cases presented in Palliative Medicine should be anonymised. Sufficient detail should be given so that the case is informative to the reader, but the patient should not be able to be identified from the case information. Details should be given in this section or in a final 'consent' section of the permissions the patient(s) gave for their case(s) to be written for publication. Where possible patients should sign an informed

consent form which is submitted as a supplementary file to the case report, and this should be noted in the report. We do expect written informed consent for most of the case reports we publish, however we acknowledge that this can be challenging in the field of palliative care with potentially rapidly deteriorating patients. If the patient has died, as a next step we would expect the authors to request permission from a relative, and make this clear on the consent form and in the report. If no written consent is possible from either patient or relative we will carefully consider the utility of the case against the likelihood of identification or potential distress. To reduce the possibility of identification then it is likely that in this position more information will have to be removed from the case, and this will have to be made clear in the report.

Case management: Details of any treatment given and a description of the course of the clinical issue(s) being reported. Drug names should be generic not proprietary. Details of management should be specific and described to be understandable by those who may follow different protocols in different contexts. A rationale should be given for any changes in management. An indication of timescale should be included.
Case outcome: Description of case(s) outcome. Details of any outcome measures used.

Conclusions: Indication of novelty of this case(s) with reference to other published cases and any existing research. Description of lessons learnt from the case(s) and implications for future research. It is particularly important that these learning points from the case are clearly spelt out. In particular, as a research journal, we expect a clear statement of the research questions or areas that could be investigated that follow from this case(s).

Case reports should usually have no more than 8 references and include no more than 1 table or figures.

3. How to submit your manuscript

Before submitting your manuscript, please ensure you carefully read and adhere to all the guidelines and instructions to authors provided below. Manuscripts not conforming to these guidelines may be returned.

Palliative Medicine is hosted on SAGE track - a web based online submission and peer review system powered by ScholarOne Manuscripts. Please read the Manuscript Submission guidelines below, and then simply visit <http://mc.manuscriptcentral.com/palliative-medicine> to login and submit your article online.

IMPORTANT: Please check whether you already have an account in the system before trying to create a new one. If you have reviewed or authored for the journal in the past year it is likely that you will have had an account created. For further guidance on submitting your manuscript online please visit ScholarOne Online Help.

All papers must be submitted via the online system. If you would like to discuss your paper prior to submission, please contact the journal by e-mail to Debbie Ashby [Debbie.Ashby@bristol.ac.uk] or phone + 44 117 342 3336.

4. Journal contributor's publishing agreement

Before publication SAGE requires the author as the rights holder to sign a Journal Contributor's Publishing Agreement. SAGE's Journal Contributor's Publishing Agreement is a exclusive licence agreement which means that the author retains copyright in the work but grants SAGE the sole and exclusive right and licence to publish for the full legal term of copyright. Exceptions may exist where an assignment of copyright is required or preferred by a proprietor other than SAGE. In this case copyright in the work will be assigned from the author to the society. For more information please visit our Frequently Asked Questions on the SAGE Journal Author Gateway.

4.1 SAGE Choice

If you wish your article to be freely available online immediately upon publication (as some funding bodies now require), you can opt for it to be included in SAGE Choice subject to payment of a publication fee. The manuscript submission and peer reviewing procedure is unchanged. On acceptance of your article, you will be asked to let SAGE know directly if you are choosing SAGE Choice. For further information, please visit SAGE Choice.

5. Declaration of conflicting interests

Within your Journal Contributor's Publishing Agreement you will be required to make a certification with respect to a declaration of conflicting interests. It is the policy of Palliative Medicine to require a declaration of conflicting interests from all authors enabling a statement to be carried within the paginated pages of all published articles.

Please include any declaration at the end of your manuscript after any acknowledgements and prior to the references, under a heading 'Conflict of Interest Statement'. If no declaration is made the following will be printed under this heading in your article: 'None Declared'. Alternatively, you may wish to state that 'The Author(s) declare(s) that there is no conflict of interest'.

When making a declaration the disclosure information must be specific and include any financial relationship that all authors of the article has with any sponsoring organization and the for-profit interests the organization represents, and with any for-profit product discussed or implied in the text of the article.

Any commercial or financial involvements that might represent an appearance of a conflict of interest need to be additionally disclosed in the covering letter accompanying your article to assist the Editor in evaluating whether sufficient disclosure has been made within the Conflict of Interest statement provided in the article.

For more information please visit the SAGE Journal Author Gateway.

6. Other conventions

We wish papers published by Palliative Medicine to adhere to the highest publishing standards possible. In particular we would like you to consider the following issues: authorship; multiple publications; ethical approvals; and research design.

Authorship:

Palliative Medicine adheres to the guidelines from the International Committee of Medical Journal Editors in ascribing authorship. These state that authorship credit should be based on 1) substantial contributions to conception and design, acquisition of data, or analysis and interpretation of data; 2) drafting the article or revising it critically for important intellectual content; and 3) final approval of the version to be published. Authors should meet conditions 1, 2, and 3. A statement regarding authorship should be included in your covering letter to the editor. Full details of the ICMJE regarding authorship can be found here http://www.icmje.org/ethical_1author.html.

Multiple publications:

We want our readers to be aware of other published or in-press accounts of any studies published in Palliative Medicine. For this reason we ask that all published and in-press accounts of the study from which data in your paper are taken must be explicitly referred to in your paper. Please make it clear in your manuscript that you are referring to data/publications from the same study. If you have other publications from the same study in preparation or under review please refer to this in your letter to the editor. If you are successful in your submission to Palliative Medicine we ask that where possible this publication should be referred to in other manuscripts using data from the same study.

Ethical issues:

We expect all studies that we publish to be conducted to high ethical standards which adhere to local ethical regulations and standards. We recommend that studies follow the recommendations of the International Committee of Medical Journal Editors. http://www.icmje.org/ethical_6protection.html.

When reporting experiments on human subjects, authors should indicate whether the procedures followed were in accordance with the ethical standards of the responsible committee on human experimentation (institutional and national) and with the Helsinki Declaration of 1975, as revised in 2000 (5). If doubt exists whether the research was conducted in accordance with the Helsinki Declaration, the authors must explain the rationale for their approach and demonstrate that the institutional review body explicitly approved the doubtful aspects of the study. When reporting experiments on animals, authors should indicate whether the institutional and national guide for the care and use of laboratory animals was followed.

Manuscripts reporting research studies must state at an appropriate point how such local regulations and standards have been met. Where applicable the approving body and approval number should be given.

Research design/reporting issues

Research reports frequently omit important information. Palliative Medicine recommends that authors use, where possible, reporting guidelines to assist them in providing all the relevant information required by our readers. Reporting guidelines are statements that provide advice on how to report research methods and findings. Usually in the form of a checklist, flow diagram or explicit text, they specify a minimum set of items required for a clear and transparent account of what was done and what was found in a research study, reflecting in particular issues that might introduce bias into the research. Most widely recognised guidelines are based on the available evidence and reflect consensus opinion of experts in a particular field, including research methodologists and journal editors.

Palliative Medicine asks that guidelines are followed relevant to the research design used. Not being able to meet all of the requirements of a guideline is not necessarily a barrier to publishing your manuscript, but all essential requirements of the research design should be met. You can, if you wish, submit a checklist with your manuscript as a guide to the editors and reviewers of the paper. The Equator Network is a useful resource, with links to many widely used guidelines: <http://www.equator-network.org/resource-centre/library-of-health-research-reporting/reporting-guidelines/>

Examples of guidelines the editors would expect to be used include:

The CONSORT guidelines for Randomised Controlled Trials (<http://www.consort-statement.org>). In addition Palliative Medicine has adopted the proposal from the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) which requires, as a condition of consideration for publication of clinical trials, registration in a public trials registry. Trials must register at or before the onset of patient enrolment. The clinical trial registration number should be included at the end of the abstract of the article. For this purpose, a clinical trial is defined as any research project that prospectively assigns human subjects to intervention or comparison groups to study the cause-and-effect relationship between a medical intervention and a health outcome. Studies designed for other purposes, such as to study pharmacokinetics or major toxicity (e.g. phase I trials), would be exempt. Further information can be found at www.icmje.org.

The STARD guidelines for studies of diagnostic accuracy <http://www.stard-statement.org>

The PRISMA or MOOSE guidelines for systematic reviews and meta-analyses <http://www.equator-network.org/resource-centre/library-of-health-research-reporting/reporting-guidelines/systematic-reviews-and-meta-analysis/>

The STROBE guidelines for observational studies in epidemiology <http://www.strobe-statement.org>

The COREQ guidelines for reporting qualitative research <http://www.equator-network.org/resource-centre/library-of-health-research-reporting/reporting-guidelines/qualitative-research/>

7. Acknowledgements

Any acknowledgements should appear first at the end of your article prior to your Declaration of Conflicting Interests (if applicable), any notes and your References.

All contributors who do not meet the criteria for authorship should be listed in an 'Acknowledgements' section. Examples of those who might be acknowledged include a person who provided purely technical help, writing assistance, or a department chair who provided only general support. Authors should disclose whether they had any writing assistance and identify the entity that paid for this assistance.

7.1 Funding Acknowledgement

To compile with the guidance for Research Funders, Authors and Publishers issued by the Research Information Network (RIN), Palliative Medicine additionally requires

all Authors to acknowledge their funding in a consistent fashion under a separate heading. All research articles should have a funding acknowledgement in the form of a sentence as follows, with the funding agency written out in full, followed by the grant number in square brackets:

This work was supported by the Medical Research Council [grant number xxx].

Multiple grant numbers should be separated by comma and space. Where the research was supported by more than one agency, the different agencies should be separated by semi-colon, with and before the final funder. Thus:

This work was supported by the Wellcome Trust [grant numbers xxxx, yyyy]; the Natural Environment Research Council [grant number zzzz]; and the Economic and Social Research Council [grant number aaaa].

In some cases, research is not funded by a specific project grant, but rather from the block grant and other resources available to a university, college or other research institution. Where no specific funding has been provided for the research we ask that corresponding authors use the following sentence:

This research received no specific grant from any funding agency in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

Please include this information under a separate heading entitled 'Funding' directly after any other Acknowledgements prior to your 'Declaration of Conflicting Interests' (if applicable), any Notes and your References. For more information on the guidance for Research Funders, Authors and Publishers, please visit: <http://www.rin.ac.uk/funders-acknowledgement>

8. Permissions

Authors are responsible for obtaining permission from copyright holders for reproducing any illustrations, tables, figures or lengthy quotations previously published elsewhere. For further information including guidance on fair dealing for criticism and review, please visit our Frequently Asked Questions on the SAGE Journal Author Gateway..

9. Manuscript style

9.1 File types

Only electronic files conforming to the journal's guidelines will be accepted. Preferred formats for the text and tables of your manuscript are Word DOC, RTF, XLS. LaTeX files are also accepted. Please also refer to additional guideline on submitting artwork below.

9.2 Journal Style

Palliative Medicine conforms to the SAGE house style. Click here to review guidelines on SAGE UK House Style.

9.3 Reference Style

Palliative Medicine operates a SAGE Vancouver reference style. Click here to review

the guidelines on SAGE Vancouver to ensure your manuscript conforms to this reference style

9.4. Manuscript Preparation

The text should be double-spaced throughout and with a minimum of 3cm for left and right hand margins and 5cm at head and foot. Text should be standard 10 or 12 point.

9.4.1 Your Title, Keywords and Abstracts: Helping readers find your article online

The title, keywords and abstract are key to ensuring readers find your article online through online search engines such as Google. Please refer to the information and guidance on how best to title your article, write your abstract and select your keywords by visiting SAGE's Journal Author Gateway Guidelines on How to Help Readers Find Your Article Online.

Palliative Medicine requires authors to list between 4 and 6 key words that are also Medical Subject Headings (MESH headings). These key words should be closely related to the papers subject, purpose, method and focus. Details of MESH headings can be found here <http://www.nlm.nih.gov/mesh/>. If authors submit keywords that are not MESH headings Palliative Medicine reserves the right to submit alternative keywords.

Abstracts for Palliative Medicine should be structured and no more than 250 words. They should not include references or abbreviations. Please refer to section 2 above.

9.4.2 Corresponding Author Contact details

Provide full contact details for the corresponding author including email, mailing address and telephone numbers. Academic affiliations are required for all co-authors. These details should be presented separately to the main text of the article to facilitate anonymous peer review.

9.4.3 Guidelines for submitting artwork, figures and other graphics

For guidance on the preparation of illustrations, pictures and graphs in electronic format, please visit SAGE's Manuscript Submission Guidelines.

Figures supplied in colour will appear in colour online regardless of whether or not these illustrations are reproduced in colour in the printed version. For specifically requested colour reproduction in print, you will receive information regarding the costs from SAGE after receipt of your accepted article.

9.4.4 Guidelines for submitting supplemental files

This journal is able to host approved supplemental materials online, alongside the full-text of articles. Supplemental files will be subjected to peer-review alongside the article. For more information please refer to SAGE's Guidelines for Authors on Supplemental Files.

9.4.5 English Language Editing services

Non-English speaking authors who would like to refine their use of language in their manuscripts might consider using a professional editing service. Visit <http://www.uk.sagepub.com/journalgateway/msg.htm> for further information.

10. After acceptance

10.1 Proofs

We will email a PDF of the proofs to the corresponding author. Any corrections should be sent to the editors within two weeks of receipt.

10.2 E-Prints and Complimentary Copies

SAGE provides authors with access to a PDF of their final article. For further information please visit Offprints and Reprints. We additionally provide the corresponding author with a complimentary copy of the print issue in which the article appears up to a maximum of 5 copies for onward supply by the corresponding author to co-authors.

10.3 SAGE Production

At SAGE we place an extremely strong emphasis on the highest production standards possible. We attach high importance to our quality service levels in copy-editing, typesetting, printing, and online publication (<http://online.sagepub.com/>). We also seek to uphold excellent author relations throughout the publication process.

We value your feedback to ensure we continue to improve our author service levels. On publication all corresponding authors will receive a brief survey questionnaire on your experience of publishing in Palliative Medicine with SAGE.

10.4 OnlineFirst Publication

Palliative Medicine benefits from OnlineFirst, a feature offered through SAGE's electronic journal platform, SAGE Journals Online. It allows final revision articles (completed articles in queue for assignment to an upcoming issue) to be hosted online prior to their inclusion in a final print and online journal issue which significantly reduces the lead time between submission and publication. For more information please visit our OnlineFirst Fact Sheet

11. Further information

Any correspondence, queries or additional requests for information on the Manuscript Submission process should be sent to the Editorial Office as follows:

Debbie Ashby
Editorial Manager
Department of Palliative Medicine
Bristol Haematology & Oncology Centre
Horfield Road
Bristol, BS2 8ED
Tel: + 44 117 342 3336
Fax: + 44 117 342 3865
debbie.ashby@bristol.ac.uk

APÊNDICES

Apêndice 1 – Instrumentos utilizados para avaliação das variáveis independentes**DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E SOCIODEMOGRÁFICOS****1. Aspectos Gerais de Identificação**

1.1. Nome: _____

1.2. Data de nasc.: _____ 1.3. Sexo: Masc. () Fem. ()

1.4. Endereço: Rua _____ Nº _____

Qd. _____ Lote _____ Bairro _____

1.5. Nacionalidade: () Brasileira () Não Brasileira. Qual? _____

1.6. Procedência (cidade/ estado em que mora): _____ / _____

1.7. Telefones de contato: () _____ / () _____

1.8. Estado civil: () Solteiro () Separado/Divorciado () União consensual

() Casado () Viúvo () Outra situação _____

1.9. Cor da pele: () branco () pardo () negro () amarelo () indígena

1.10. Religião: _____

1.11. Descrever prática religiosa (tipo e frequência de ações religiosas por semana):

_____**2. Aspectos sócio-econômicos**

2.1. Número de moradores no domicílio: Quantidade? _____

2.2. Composição dos moradores: () Mora sozinho () Mora com outras pessoas

() Familiares: Número de pessoas _____

() Não familiares: Número de pessoas _____

2.3. Chefe da família? () sim () não

3. Aspectos ocupacionais e econômicos

3.1. Situação atual de trabalho:

() Não está inserido no mercado de trabalho (Especificar: do lar, estudante, aposentado, pensionista) _____

() Está desempregado(a). Desde quando? _____ Trabalho que exercia? _____

() Está afastado(a)/(licença)

() Está em atividade (estando aposentado ou não?) _____

3.2 Renda familiar mensal (soma renda dos residentes): R\$ _____

3.3 Quantas pessoas contribuem para a obtenção dessa renda familiar? _____ pessoas

3.4 Moradia (estado de posse): () Própria () Alugada () Cedida () herdada

3.5 Tipo de construção: () Alvenaria () madeira () outra.

Tipo? _____

3.6 Condições de saneamento:

3.6.1 Rede de esgoto () sim () não 3.6.2 Água encanada () sim () não

3.6.3 Eletricidade () sim () não 3.6.4 Coleta de lixo pública () sim () não

DADOS CLÍNICOS

4. Comorbidades:

CONDIÇÃO	SIM	Em tratamento? (marque X, se sim)
4.1. Cardiopatia (doença do coração)		
4.2. Hipertensão arterial (pressão alta)		
4.3. Problemas respiratórios/ pulmonares (incluindo DPOC)		
4.4. Reumatismo		
4.5. Má circulação em MMII)		
4.6. Diabetes		
4.7. Obesidade (peso acima do recomendado)		
4.8. AVC isquêmico ou hemorrágico (Derrame)		
4.9. Osteoporose		
4.10. Dislipidemia (colesterol, triglicérides aumentado)		
4.11. Câncer (Estadiamento Clínico)		
4.12. Problemas hematológicos		
4.13. Cirurgias cardiovasculares (cirurgias no coração ou nos vasos sanguíneos)		
4.14. Esclerose vascular		
4.15. Problema renal		
4.16. Problema hepático (alterações no fígado)		
4.17. Lupus Eritematoso Sistêmico		
4.18. Outras: trauma cirúrgico ou acidental		
4.19. Problemas psiquiátricos		

5. Medicamentos em uso:

Nome do medicamento	Indicação	Dose	Frequência	Via de administração	Data Início

6. História de hábitos:

6.1 **Tabagismo:** () sim () não () não lembra/ não sabe

Se sim:

4.1.1. Tipo: () cigarro () cachimbo () fumo de rolo () outro _____

Quantidade: _____/ dia

4.1.2. Há quanto tempo fuma?: _____

4.1.3. Se parou de fumar, há quanto tempo? _____

4.2. **Etilismo:** () sim () não () não lembra / não sabe

Se sim:

6.2.1 Tipo da bebida: () destilada (aguardente) () destilado-retificadas (vodka)

() fermentada (vinho, cerveja) () por mistura (licor, aguardente composta)

3.2.2 Frequência: _____

3.2.3 Quantidade: _____ doses / lata / garrafa / taça

3.2.4 Tempo: _____

3.2.5 Se parou, há quanto tempo? _____

4. Estado de Nutrição e Hidratação

Dados Antropométricos:

4.1 Peso _____ 4.2 Altura _____ 4.2.1 IMC _____

4.3 Perda de peso nos últimos 6 meses? () Não () Sim

4.4 Se sim: Quantos Kg em quanto tempo? _____

4.5 Ingestão diária atual de água (medida de 1 copo americano – 200 ml).

Especificar _____

5. Prevenção de úlceras por pressão

5.1 Você adota alguma medida para evitar úlceras por pressão? ()sim ()Não

5.2 Quais cuidados você adota? _____

5.3 Você recebeu orientações quanto ao cuidado com a prevenção de úlceras por pressão:

()sim ()Não

5.4 Qual profissional realizou orientações? _____

5.3 Quais orientações foram dadas pelo profissional ? (hidratação, mudança de decúbito, alimentação, exercícios/movimentação para ativar circulação, etc).

Quem respondeu o questionário?

() Paciente respondeu sozinho

() Paciente respondeu com ajuda

() Outra pessoa respondeu pelo paciente. Quem? _____

CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA BRASIL
POSSE DE ITENS (Marcar um X)

	Quantidade de itens				
	0	1	2	3	4 ou mais
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automovel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer	0	2	2	2	2

CORTES DO CRITÉRIO BRASIL

CLASSE	PONTOS
A1	42-46
A2	35-41
B1	29-34
B2	23-28
C1	18-22
C2	14-17
D	8-13
E	0-7

GRAU DE INSTRUÇÃO DO CHEFE DE FAMÍLIA

Analfabeto/ Primário incompleto	Analfabeto/ até 3ª série fundamental	
Primário completo/ ginásial incompleto	Até 4ª série fundamental	
Ginásial completo/ colegial incompleto	Fundamental completo	
Colegial completo/ superior incompleto	Médio completo	
Superior completo	Superior completo	

PERFORMANCE STATUS DE KARNOFSKY

Grau	Nível de Atividade	Marque o X
100%	Normal, sem queixas, sem sinais de doença	
90%	Capaz de atividade normal, poucos sinais ou sintomas de doença	
80%	Atividade normal com alguma dificuldade, alguns sinais e sintomas	
70%	Capaz de cuidar de si próprio, incapaz de atividade normal ou trabalho	
60%	Necessidade de alguma ajuda, capaz de cuidar da maioria das necessidades próprias	
50%	Frequentemente necessita de ajuda, necessita de atenção médica frequente	
40%	Incapaz, necessita de cuidado especial e ajuda	
30%	Gravemente incapaz, admissão hospitalar indicada mas sem risco de morte	
20%	Muito doente, necessidade de admissão imediata e medidas de suporte ou tratamento	
10%	Moribundo, rápida progressão para doença fatal	
0%	Morte	

ESCALA DE DESEMPENHO DE ECOG

Grau	Nível de atividade	Marque o X
0	Completamente ativo; capaz de realizar todas as suas atividades sem restrição(Karnofsky 90-100 %)	
1	Restrição a atividades físicas rigorosas; é capaz de trabalhos leves e de natureza sedentária (Karnofsky 70-80%)	
2	Capaz de realizar todos os auto-cuidados, mas incapaz de realizar qualquer atividade de trabalho; em pé aproximadamente 50% das horas em que o paciente está acordado. (Karnofsky 50-60%)	
3	Capaz de realizar somente auto-cuidados limitados, confinado ao leito ou cadeira mais de 50% das horas em que o paciente está acordado (Karnofsky 30-40%)	
4	Completamente incapaz de realizar auto-cuidados básico, totalmente confinado ao leito ou à cadeira (Karnofsky < 30%)	

AValiação DAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA (Escala de Katz)

Banho	<input type="checkbox"/> Não recebe assistência (entra e sai do banheiro sozinho se essa é usualmente utilizada para banho).
	<input type="checkbox"/> Recebe assistência no banho somente para uma parte do corpo (como costas ou uma perna).
	<input type="checkbox"/> Recebe assistência no banho em mais de uma parte do corpo.
Vestir	<input type="checkbox"/> Pega as roupas e se veste completamente sem assistência.
	<input type="checkbox"/> Pega as roupas e se veste sem assistência, exceto para amarrar os sapatos.
	<input type="checkbox"/> Recebe assistência para pegar as roupas ou para vestir-se ou permanece parcial ou totalmente despido.
Banheiro	<input type="checkbox"/> Vai ao banheiro, higieniza-se e se veste após as eliminações sem assistência (pode utilizar objetos de apoio como bengala, andador, barras de apoio ou cadeira de rodas e pode utilizar comadre ou urinol à noite esvaziando por si mesmo pela manhã).
	<input type="checkbox"/> Recebe assistência para ir ao banheiro ou para higienizar-se ou para vestir-se após as eliminações ou para usar o urinol ou comadre à noite.
	<input type="checkbox"/> Não vai ao banheiro para urinar ou evacuar.
Transferência	<input type="checkbox"/> Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira sem assistência (pode utilizar um objeto de apoio como bengala ou andador).
	<input type="checkbox"/> Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira com auxílio.
	<input type="checkbox"/> Não sai da cama.
Continência	<input type="checkbox"/> Tem controle sobre as funções de urinar e evacuar.
	<input type="checkbox"/> Tem “acidentes” *ocasionais. *acidentes = perdas urinárias ou fecais.
	<input type="checkbox"/> Supervisão para controlar urina e fezes, utiliza cateterismo ou é incontinente.
Alimentação	<input type="checkbox"/> Alimenta-se sem assistência.
	<input type="checkbox"/> Alimenta-se sem assistência, exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão.
	<input type="checkbox"/> Recebe assistência para se alimentar ou é alimentado parcial ou totalmente por sonda enteral ou parenteral.

AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA
(Escala de Lawton)

O(a) sr(a) consegue usar o telefone	() sem ajuda
	() ajuda parcial
	() não consegue
O(a) sr(a) consegue ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamentos especiais	() sem ajuda
	() ajuda parcial
	() não consegue
O(a) sr(a) consegue fazer compras	() sem ajuda
	() ajuda parcial
	() não consegue
O(a) sr(a) consegue preparar suas próprias refeições	() sem ajuda
	() ajuda parcial
	() não consegue
O(a) sr(a) consegue arrumar a casa	() sem ajuda
	() ajuda parcial
	() não consegue
O(a) sr(a) consegue fazer trabalhos manuais domésticos como pequenos reparos	() sem ajuda
	() ajuda parcial
	() não consegue
O(a) sr(a) consegue lavar e passar sua roupa	() sem ajuda
	() ajuda parcial
	() não consegue
O(a) sr(a) consegue tomar seus remédios na dose e horários corretos	() sem ajuda
	() ajuda parcial
	() não consegue
O(a) sr(a) consegue cuidar de suas finanças	() sem ajuda
	() ajuda parcial
	() não consegue
TOTAL	

Apêndice 2 – Instrumentos utilizados para avaliação das variáveis dependentes

ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DE RISCO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO

Sub-escala	Níveis				0	7	14	21	28
	1	2	3	4					
Percepção sensorial: Capacidade de reagir significativamente à pressão relacionada ao desconforto	1. Totalmente limitado: não reage (não geme, não se segura a nada, não se esquiva) a estímulo doloroso, devido ao nível de consciência diminuído ou devido a sedação ou capacidade limitada de sentir dor na maior parte do corpo.	2. Muito limitado: Somente reage a estímulo doloroso. Não é capaz de comunicar desconforto exceto através de gemido ou agitação. Ou possui alguma deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	3. Levemente limitado: Responde a comando verbal, mas nem sempre é capaz de comunicar o desconforto ou expressar necessidade de ser mudado de posição ou tem um certo grau de deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	4. Nenhuma limitação: Responde a comandos verbais: não tem déficit sensorial que limitaria a capacidade de sentir ou verbalizar dor ou desconforto					
Umidade: Nível ao qual a pele é exposta a umidade	1. Completamente molhada: A pele é mantida molhada quase constantemente por transpiração, urina,	2. Muito molhada: A pele está freqüentemente, mas nem sempre molhada. A roupa de cama deve ser	3. Ocasionalmente molhada: A pele fica ocasionalmente molhada requerendo uma troca extra de	4. Raramente molhada: A pele geralmente está seca, a troca de roupa de cama é necessária somente					

	etc. Umidade é detectada às movimentações do paciente.	trocada pelo menos uma vez por turno.	roupa de cama por dia	nos intervalos de rotina.					
Atividade: Grau de atividade física	1. Acamado: Confinado a cama.	2. Confinado à cadeira: Capacidade de andar está severamente limitada ou nula. Não é capaz de sustentar o próprio peso e/ou precisa ser ajudado a se sentar.	3. Anda ocasionalmente: Anda ocasionalmente durante o dia, embora distâncias muito curtas, com ou sem ajuda. Passa a maior parte de cada turno na cama ou na cadeira.	4. Anda freqüentemente: Anda fora do quarto pelo menos 2 vezes por dia e dentro do quarto pelo uma vez a cada 2 horas durante as horas em que está acordado.					
Mobilidade: Capacidade de mudar e controlar a posição do corpo	1. Totalmente imóvel: Não faz nem mesmo pequenas mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda.	2. Bastante limitado: Faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou extremidades mas é incapaz de fazer mudanças freqüentes ou significantes sozinho.	3. Levemente limitado: Faz freqüentes, embora pequenas, mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda.	4. Não apresenta limitações: Faz importantes e freqüentes mudanças sem auxílio.					
Nutrição:	1. Muito pobre:	2. Provavelmente	3. Adequado:	4. Excelente:					

<p>Padrão usual de consumo alimentar.</p>	<p>Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 do alimento oferecido. Come 2 porções ou menos de proteína (carnes ou laticínios) por dia. Ingere pouco líquido. Não aceita suplemento alimentar líquido. Ou é mantido em jejum e/ou mantido com dieta líquida ou IVS por mais de cinco dias.</p>	<p>inadequado: Raramente come uma refeição completa. Geralmente come cerca de metade do alimento. Ingestão de mantida molhada quase constantemente proteína inclui somente 3 porções de carne ou laticínios por dia. Ocasionalmente aceitará um suplemento alimentar ou recebe abaixo da quantidade satisfatória de dieta líquida ou alimentação por sonda.</p>	<p>Come mais da metade da maioria das refeições. Come um total de 4 porções de alimento rico em proteínas (carne e laticínios) todo dia. Ocasionalmente recusará uma refeição, mas geralmente aceitará um complemento oferecido. Ou é alimentado por sonda ou regime de nutrição parenteral total, o qual provavelmente satisfaz a maior parte das necessidades nutricionais.</p>	<p>Come a maior parte de cada refeição. Geralmente ingere um total de 4 ou mais porções de carne e laticínios. Ocasionalmente come entre as refeições. Não requer suplemento alimentar.</p>					
<p>Fricção e cisalhamento</p>	<p>1. Problema: Requer assistência moderada a máxima para se mover. É impossível levantá-lo</p>	<p>2. Problema em potencial: Move-se mas, sem vigor ou requer mínima</p>	<p>3. Nenhum problema: Move-se sozinho na cama ou cadeira e tem suficiente força muscular para erguer-</p>						

	<p>ou erguê-lo completamente sem que haja atrito da pele com o lençol. Frequentemente escorrega na cama ou cadeira, necessitando freqüentes ajustes de posição com o máximo de assistência. Espasctidade, contratura ou agitação leva a quase constante fricção.</p>	<p>assistência. Durante o movimento provavelmente ocorre um certo atrito da pele com o lençol, cadeira ou outros. Na maior parte do tempo mantém posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente escorrega.</p>	<p>se completamente durante o movimento. Sempre mantém boa posição na cama ou na cadeira</p>						
--	--	---	--	--	--	--	--	--	--

AVALIAÇÃO DE ÚLCERA POR PRESSÃO (UPP)

1. Sensibilidade nas regiões de maior pressão:

Apresenta nas duas últimas semanas (15 dias) alguma das seguintes sensações:

1.1 Formigamento/ adormecimento / queimação:

() Sim () Não () Não lembra ou não sabe especificar

1.2 Em caso afirmativo, descrever local(is): _____

1.3 Dor:

() Sim () Não () Não lembra ou não sabe especificar

1.3.1. Intensidade da dor em escala numérica (0 a 10): _____

1.4 Em caso afirmativo, descrever local(is): _____

**Informações complementares sobre sensibilidade:* _____

2. Tem úlcera(s) por pressão? () sim () não

3. Primeira vez que tem UPP? () sim () não

4. UPP prévia:

4.1. Local no corpo: _____ 12.2 Quanto tempo durou? _____

4.2. Quando cicatrizou? ____/____/____

5. Em relação a UPP atual (diferenciar de “skin tears”):

5.1. Data surgimento da UPP: ____/____/____

5.2. Local de surgimento da UPP: () domicílio() hospital. Qual? _____

5.3. No. de UPP: _____

5.4. Em uso de curativo oclusivo: (0) Não (1) Sim

5.5. Se sim, especificar: _____

5.6. Uso de cobertura absorvente:

() não está em uso de cobertura absorvente

() em uso de cobertura absorvente. Especificar: _____

6. Mensuração da ferida:

F1	F2	F3	F4
() fotografia	() fotografia	() fotografia	() fotografia
() planigrafia	() planigrafia	() planigrafia	() planigrafia
_____X	_____X	_____X	_____X
_____ X	_____ X	_____ X	_____ X
_____	_____	_____	_____
(comprimento x largura x profundidade)	(comprimento x largura x profundidade)	(comprimento x largura x profundidade)	(comprimento x largura x profundidade)
* Área – Image J:	* Área – Image J:	* Área – Image J:	* Área – Image J:
_____	_____	_____	_____

7. Descrição da(s) UPP(s):

Ferida	1	2	3	4
Região ¹				
Grau (estádio) ²				
Pele peri-lesional ³				
Condições de borda ⁴				
Exsudato ⁵				
Profundidade ⁶				
Leito da ferida ⁷				
Tecido de granulação ⁸				
Odor				

1 Região: 1= sacral; 2= trocanter D; 3= trocanter E; 4= ísquio D; 5= ísquio E; 6= calcâneo D; 7= calcâneo E; 8 = outra (descrever)

2 Grau/estádio: I= eritema não branqueável em pele intacta, a lesão precursora da pele. Em pacientes de pele escura, o calor, o edema, o endurecimento ou a dureza também podem ser indicadores; II = perda parcial da pele, que envolve a epiderme a derme ou ambas (abrasão/flictena); III = perda de espessura total da pele, podendo incluir lesões ou mesmo necrose do tecido subcutâneo, com extensão até a fáscia subjacente, mas não através dessa; IV = destruição extensa, necrose dos tecidos ou

lesão muscular e/ou exposição óssea ou das estruturas de apoio (neste grau como no III, podem apresentar lesões com cavernas, túneis ou trajetos sinuosos)

3 Pele perilesional: 1 = descamação; 2 = hiperemia; 3 = celulite; 4 = hiperqueratose; 5 = escoriações; 6 = hemossiderina (descrever cor); 7 = hipopigmentação; 8 = atrofia branca; 9 = eczema; 10= textura fina; 11 = brilhante; 12 = outras: _____

4 Bordas: 1= delimitada/circunscrita; 2 = não-delimitada/não-circunscrita; 3= regular; 4=irregular; 5= descolada; 6= aderida; 7= nodulações/tumefações; 8= macerada; 9=edemaciada; 10= queratose; 11= epitelização; 12= friável; 13= elevada; 14= dolorosa; 15= hiperemia; 16= endurecida; 17= vegetação; 18= exsudante.

5 Exsudato (Tipo/ cor): 1= Seroso; 2= Serossanguinolento; 3= Sanguinolento; 4= Purulento; 5= Piossanguinolenta; 6= Purulento-esverdeado; 7= Outro _____

6 Profundidade: 1= epiderme; 2= derme; 3= tecido subcutâneo; 4= músculo; 5= fáscia muscular; 6= cápsula articular; 7= osso; 8== tendão

7 Leito: 1= crosta ou escara; 2= esfacelos; 3= granulação; 4= epitelização. Descrever cada tecido em porcentagem (%)

8 Tecido de granulação: 1= coloração do tecido de granulação brilhante, vermelho vivo; 2= vermelho escuro; 3= descorado tipo róseo claro; 4= aspecto endurecido/espessado; 5= leito de aspecto friável (como carne de peixe); 6= sangramento fácil; 7= sangramento espontâneo; 8= hipergranulação (elevação do tecido no interior da lesão, ultrapassando as margens ou centralizado); 9= indícios de epitelização (ilhas)

9 Odor: 1= Forte - Cheiro que envolve todo o ambiente, mesmo com o curativo intacto e fechado; 2= Moderado - Odor se dispersa no ambiente no momento que o curativo é removido; 3= Discreto - Odor sentido quando o cliente está em local fechado no momento da remoção do curativo; 4= Sem odor - Quando não há odor algum no ambiente e nem quando o curativo é removido.

PRESSURE ULCER SCALE FOR HEALING (PUSH)

PUSH												Feri- da 1	Feri- da 2	
Area (cm²)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
	0	<0, 3	0,3- 0,6	0,7- 1,0	1,1- 2,0	2,1- 3,0	3,1- 4,0	4,1- 8,0	8,1- 12,0	12,1- 24,0	>24,0			
Quanti- dade de exsuda- to	0			1			2			3				
	Ausente*			Pequena**			Moderada***			Grande****				
Tipo de tecido	0		1		2		3			4				
	Fechado		Tecido Epitelial		Tecido de Granulação		Esfacelo			Escara				
Escore Total =														

* Nenhuma umidade no curativo, leito da ferida seco

** Curativo molhado com umidade (33%) distribuída igualmente no leito da ferida

*** Curativo saturado (mais de 33% a 67%), com distribuição da umidade variável no leito da ferida

**** Curativo “embebido” em exsudato (mais de 67%), com distribuição variável no leito da ferida

DADOS RELACIONADOS AO TRATAMENTO/CURATIVO E SITUAÇÃO DE ATENDIMENTO

1. Tratamento sistêmico atual para a ferida:

Nome do medicamento	Indicação	Dose	Frequência	Via de administração	Data Início

2. Acompanhamento profissional atual relacionado à ferida.

Profissional	(1) Sim / (0) Não
Médico (especialidade): _____	
Enfermeiro	
Técnico/Auxiliar de enfermagem	
Médico cirurgião	
Outro: _____	

3. Protege o curativo durante o banho? () não () sim

3.1 Local onde o curativo é realizado em casa: _____

4. Como o curativo costuma ser realizado pelo profissional:

4.1 Frequência dos curativos: _____

4.2 O curativo é realizado: () inclusive nos fins de semana () com exceção dos finais de semana

4.3 Limpeza: () Não é feita limpeza () Realizada limpeza

4.4 Realizada limpeza com: () água e sabonete comum () água e sabão anti séptico _____

() SF 0,9% stéril () SF 0,9% armazenado em _____

4.5 Realizado: () durante banho () após banho

() outro momento _____

4.6 Tratamento (produto usado como cobertura primária):

Não é aplicado nenhum produto tópico É aplicado tratamento tópico

4.7. Descrever tratamento tópico indicado por profissional de saúde:

4.7.1 Qual profissional? _____

4.7.2 Qual tratamento? _____

4.8 Tratamento (produto usado como cobertura secundária):

Não é aplicado nenhum produto tópico É aplicado tratamento tópico

4.8.1 Qual tratamento? _____

4.9 Oclusão (última cobertura; descrição do produto para a oclusão da ferida

Não oclui Oclui com gaze Oclui com algodão

Oclui com placa de hidrocolóide

Oclui com compressa (tipo _____)

Outro _____

4.10 Fixação: não é necessário Micropore esparadrapo

atadura Outro _____

Em relação ao profissional:

4.11 É sempre o mesmo profissional que avalia o curativo? não sim

4.12 É sempre o mesmo profissional que troca o curativo? não sim

4.13 Há quanto tempo está sendo acompanhado pelo mesmo profissional? _____

é o mesmo profissional desde o surgimento da ferida

5. Como o curativo costuma ser realizado em casa:

5.1 Frequência dos curativos: _____

5.2 O curativo é realizado: inclusive nos fins de semana com exceção dos finais de semana

5.3 Limpeza: Não é feita limpeza Realizada limpeza

5.4 Realizada limpeza com: água e sabonete comum água e sabão anti séptico _____

SF 0,9% stéril SF 0,9% armazenado em _____

5.5 Realizado: durante banho após banho outro momento _____

5.6 Tratamento (produto usado como cobertura primária):

Não é aplicado nenhum produto tópico É aplicado tratamento tópico

5.7 Qual tratamento? _____

5.8 Tratamento (produto usado como cobertura secundária):

() Não é aplicado nenhum produto tópico () É aplicado tratamento tópico

5.8.1 Qual tratamento? _____

5.9 Oclusão (última cobertura; descrição do produto para a oclusão da ferida

() Não oclui () Oclui com gaze () Oclui com algodão

() Oclui com placa de hidrocolóide () Oclui com compressa (tipo _____)

() Outro _____

5.10 Fixação: () não é necessário () Micropore () esparadrapo

() atadura () Outro _____

6. Quem é o responsável pela realização do curativo em casa:

() Próprio paciente () Cuidador _____

() Técnico ou auxiliar em enfermagem da família () Médico da família

() Enfermeiro da família

() Outro _____

Em relação ao cuidador que realiza o curativo em casa:

6.1 É o mesmo cuidador que acompanha as visitas do profissional? () não () sim

6.2 Já teve experiência(s) prévia (s) com curativo/ferida antes desta? () não () sim

6.3 Sexo: () feminino () masculino 6.4 Idade: _____ anos 6.5

Profissão do cuidador _____

6.6 Parentesco? () não () sim 6.6.1 Se sim, qual? _____

7. Procura outra instituição para realizar a troca do curativo?

() não () sim

7.1 Se sim, qual? _____

8. Como o curativo costuma ser realizado nesta outra instituição:

8.1 Frequência dos curativos: _____

8.2 O curativo é realizado: () inclusive nos fins de semana () com exceção dos finais de semana

8.3 Limpeza: () Não é feita limpeza () Realizada limpeza

8.4 Realizada limpeza com: () água e sabonete comum

() água e sabão anti séptico _____

SF 0,9% Estéril SF 0,9% armazenado em _____

8.5 Realizado: durante banho após banho

outro momento _____

8.6 Tratamento (produto usado como cobertura primária):

Não é aplicado nenhum produto tópico É aplicado tratamento

tópico

8.7.1 Qual profisisonal? _____

8.7.2 Qual tratamento? _____

8.8 Tratamento (produto usado como cobertura secundária):

Não é aplicado nenhum produto tópico É aplicado tratamento

tópico

8.8.1 Qual tratamento? _____

8.9 Oclusão (última cobertura; descrição do produto para a oclusão da ferida

Não oclui Oclui com gaze Oclui com algodão

Oclui com placa de hidrocolóide Oclui com compressa (tipo
_____)

Outro _____

8.10 Fixação: não é necessário Micropore esparadrapo

atadura Outro _____

9.1 Quanto tempo demorou para procurar assistência profissional para tratamento da ferida? _____ dias (intervalo entre percepção da ferida e busca por assistência)

9.2 Quanto tempo demorou para receber a primeira assistência profissional para a ferida? _____ dias (intervalo entre busca por assistência e primeiro atendimento)

9.3 Qual o intervalo entre os atendimentos de profissional de saúde para avaliação/tratamento da ferida? _____ dias (intervalo entre um atendimento profissional e outro)

10. Em algum momento foi discutida a possibilidade de realizar tratamento cirúrgico para sua UP? Descrever quando, quem, como, para quê. _____

Apêndice 3 – Termo de consentimento livre e esclarecido utilizado nas entrevistas**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, da pesquisa “Úlceras por pressão em pacientes atendidos por equipes de reabilitação e de cuidados paliativos”. Meu nome é Dálete Delalibera Corrêa de Faria Mota, sou o pesquisador responsável, professora de enfermagem da UFG e desenvolvo pesquisas sobre feridas e sintomas diversos.

Após ler com atenção este documento e ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de dúvida sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável, Dra Dálete DCF Mota, no telefone (62) 3209-6280 ou Ana Carolina C. M. Queiroz no telefone (62)3088-5140, a qualquer momento. Em caso de dúvidas sobre os seus direitos como participante nesta pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Araújo Jorge da Associação de Combate ao Câncer em Goiás, Sra. Marlene Rodrigues Ferreira, no telefone: 3243-7050 ou no endereço: Rua 239 n. 181 – Setor Universitário.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES QUE VOCÊ PRECISA SABER SOBRE A PESQUISA:

Esta pesquisa está sendo conduzida por pesquisadores da Rede Goiana de Pesquisa em Avaliação e Tratamento de Feridas, que é formada pela Universidade Federal de Goiás (UFG), Associação de Combate ao Câncer de Goiás, Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo e Secretaria Municipal de Saúde. Os pesquisadores são professores ou alunos da Faculdade de Enfermagem da UFG que estudaram o assunto da pesquisa e foram treinados para o seu desenvolvimento. A coleta de dados terá início em maio de 2011 e deve encerrar em agosto de 2012.

O objetivo principal dessa pesquisa é avaliar a prevalência e as características de feridas do tipo “úlceras por pressão” em pessoas que estão recebendo assistência à saúde pelo CRER ou pela ACCG. Outros objetivos são: analisar o perfil desses pacientes, identificar o tratamento que está sendo oferecido

para a ferida e quem realiza o tratamento, e avaliar a associação entre a ferida e dados do perfil. A partir desta pesquisa, as instituições de saúde serão informadas do volume de pacientes que precisam de atendimento, e os profissionais de enfermagem poderão desenvolver estratégias mais efetivas para cuidar de pessoas como o(a) Sr(a) no sentido de se prevenir e tratar as úlceras por pressão.

Para atingir os objetivos da pesquisa, realizaremos uma entrevista para obter informações de identificação e dados clínicos e realizaremos um exame físico para analisar as condições da ferida e da pele peri-ferida, descrever o curativo realizado, se for o caso e outros dados de tratamento. Ainda, se autorizar, será realizado registro fotográfico da ferida. Estimamos que demorará em torno de uma hora esse procedimento de coleta de dados, num único encontro. Após o encontro faremos um acompanhamento por telefone durante três meses, sendo que ligaremos semanalmente no primeiro mês, quinzenalmente no segundo mês, e apenas uma vez no terceiro mês. Neste acompanhamento faremos perguntas sobre o estado do paciente e se houve aparecimento de úlcera por pressão.

O estudo não oferece risco à sua saúde, mas pode haver desconforto mínimo durante o exame da úlcera por pressão. Após o exame da ferida, será realizado o curativo conforme o protocolo da instituição. Caso seja verificada alguma alteração do seu estado de saúde ou do processo de cicatrização da lesão, o (a) Sr. (Sra.) será comunicado, assim como o (a) enfermeiro (a) que presta assistência no serviço, o qual se encarregará de tomar as devidas providências. Ainda, o(a) Sr(a) tem o direito de pleitear indenização em caso de danos decorrentes de sua participação na pesquisa.

É assegurado ao Sr. (Sra.) a preservação do seu anonimato na apresentação dos resultados desta pesquisa, que serão divulgados em eventos e/ou revistas científicas da área de saúde. Asseguramos também que os dados serão utilizados somente na presente pesquisa, não sendo armazenados para estudos futuros. Não há benefício direto para o participante e não há despesas ou compensações. Saiba que poderá retirar o consentimento a qualquer momento, sem penalidades ou prejuízos ou perda de qualquer benefício que possa ter adquirido, ou no atendimento no Serviço.

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante para a participação neste estudo.

Nome do Pesquisador: Dálete Delalibera Corrêa de Faria Mota

Assinatura do pesquisador _____

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO DA PESQUISA

Eu, _____, portador do RG _____ e do CPF _____, no. de prontuário/matricula _____, abaixo assinado, acredito ter sido suficientemente informado e esclarecido pelo pesquisadora Dálete DCF Mota a respeito dos procedimentos do estudo, possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação sobre o estudo “Úlceras por pressão em pacientes atendidos por equipes de reabilitação e de cuidados paliativos”. Concordo voluntariamente em participar deste estudo, sob responsabilidade da Dra Dálete Delalibera Corrêa de Faria Mota, permito a busca de dados complementares em meu prontuário, e estou ciente que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem penalidades ou prejuízos ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Local e data _____

Nome e Assinatura do sujeito ou responsável: _____

Assinatura Dactiloscópica:



Nome do Pesquisador Responsável: Dálete Delalibera Corrêa de Faria Mota

Assinatura do Pesquisador Responsável: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimento sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____ Assinatura: _____

Nome: _____ Assinatura: _____

Observações complementares: _____
