



ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Especialização em Saúde Pública

Fernanda Silva Camargos

**PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DE FLUXO DE ATENDIMENTO AO PACIENTE
ACAMADO NO DOMICÍLIO, COM RISCO DE DESENVOLVIMENTO DE LESÃO
POR PRESSÃO, PELA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA ÂNGELA
FRANCISCA- ESMERALDAS- MG: um projeto de intervenção**

Belo Horizonte

2018

Fernanda Silva Camargos

**PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DE FLUXO DE ATENDIMENTO AO PACIENTE
ACAMADO NO DOMICÍLIO, COM RISCO DE DESENVOLVIMENTO DE LESÃO
POR PRESSÃO, PELA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA ÂNGELA
FRANCISCA- ESMERALDAS- MG: um projeto de intervenção**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde Pública.

Orientador (a): Lidiane Cristina Custódio

Belo Horizonte

2018

C172p

Camargos, Fernanda Silva.

Proposta de implantação de fluxo de atendimento ao paciente acamado no domicílio, com risco de desenvolvimento de lesão por pressão, pela estratégia de saúde da família Ângela Francisca-Esmeraldas-MG: um projeto de intervenção. / Fernanda Silva Camargos. - Belo Horizonte: ESP-MG, 2018.

53 p.

Orientador(a): Lidiane Cristina Custódio.

Projeto de Intervenção (Especialização) em Saúde Pública.

Inclui bibliografia.

1. Estratégia de saúde da família. 2. Visita domiciliar. 3. Processo de trabalho em saúde. 4. Acamados no domicílio. 5. Lesão por pressão. 6. Cuidador. I. Custódio, Lidiane Cristina. II. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. III. Título.

NLM WY 115

Fernanda Silva Camargos

**PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DE FLUXO DE ATENDIMENTO AO PACIENTE
ACAMADO NO DOMICÍLIO, COM RISCO DE DESENVOLVIMENTO DE LESÃO
POR PRESSÃO, PELA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA ÂNGELA
FRANCISCA- ESMERALDAS- MG: um projeto de intervenção**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Escola de Saúde Pública do
Estado de Minas Gerais, como requisito
parcial para obtenção do título de
Especialista em Saúde Pública.

Aprovado em: 04 de julho de 2018

Banca Examinadora

Adriana Alves de Andrade Melo Franco

Afiliação

Vanessa da Silva Brito Wardil

Afiliação

Belo Horizonte

2018

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar gostaria de agradecer a Deus e à Nossa Senhora pela oportunidade de cursar essa Especialização na ESP/MG, além de sabedoria e força para enfrentar os desafios.

Agradeço ao meu avô Ivay (in memoriam), que acredito que onde quer que esteja, torce por mim.

Aos meus colegas de trabalho pelo apoio, colaboração, compreensão e entendimento em relação a minha ausência no serviço.

À Secretária Municipal de Saúde de Esmeraldas, Kaity Aparecida de Souza Guimarães, pela solicitude em me liberar para cursar a Especialização em Saúde Pública.

À orientadora, Lidiane Cristina Custódio, pelo compartilhamento de saberes e ensinamentos durante a elaboração desse trabalho.

Agradeço a todos os meus colegas e docentes do curso de Especialização em Saúde Pública, por compartilharem experiências e saberes valiosos.

RESUMO

No cotidiano de trabalho das equipes de saúde da família é atribuição das mesmas, a prestação de assistência domiciliar, através de visitas, à pacientes acamados, que por estarem nesta condição, estão mais vulneráveis ao desenvolvimento de Lesões Por Pressão (LPP). Esse acometimento pode trazer inúmeras implicações tanto para o indivíduo enfermo quanto para o cuidador. Desta forma, esse estudo tem como objetivo, a proposição de um projeto de intervenção, que consiste na elaboração de um fluxo de atendimento, a ser realizado pela Estratégia de Saúde da Família Ângela Francisca (ESF Ângela Francisca), localizada no município de Esmeraldas- MG, direcionado ao paciente acamado, no domicílio, com risco de desenvolvimento de LPP. A metodologia utilizada nesse estudo, parte da observação do processo de trabalho da ESF Ângela Francisca e da identificação dos nós críticos em relação à assistência ao paciente acamado no domicílio, com risco de desenvolvimento de LPP. Cada nó crítico detectado foi considerado, para a proposição de um plano de ação específico. Foram utilizados também como referência, manuais para elaboração do fluxo de Planejamento de Visitas Domiciliares a Pacientes Acamados no Domicílio com Risco de Desenvolvimento de LPP e das atribuições específicas de cada profissional da equipe. Para avaliação do risco de desenvolvimento de LPP, foi utilizada a Escala de Braden. Espera-se com esse projeto, a implementação de melhorias no processo de trabalho da ESF Ângela Francisca, a sensibilização dos profissionais quanto às suas atribuições e viabilização do fluxo proposto, o desenvolvimento de ações que ofertem suporte continuado aos cuidadores e a qualificação da assistência prestada.

Palavras-chave: Estratégia de Saúde da Família. Visita Domiciliar. Processo de Trabalho em Saúde. Acamados no domicílio. Lesão por Pressão. Cuidador.

ABSTRACT

The daily work of family health teams is attributed to the same, the provision of home care, through visits, to bedridden patients, who because they are in this condition, are more vulnerable to the development of Pressure Injury (LPP). This involvement can have numerous implications for both the sick individual and the caregiver. Thus, this study aims to propose an intervention project, which consists of the elaboration of a flow of care, to be carried out by the Family Health Strategy Ângela Francisca (ESF Ângela Francisca), located in the city of Esmeraldas- MG, aimed at the patient bedridden, at home, with risk of LPP development. The methodology used in this study is based on the observation of the work process of the ESF Ângela Francisca and the identification of the critical nodes in relation to the assistance to the patient bedridden at home, with a risk of LPP development. Each critical node detected was considered for the proposition of a specific action plan. Manuals were also used as reference for the preparation of the Flow of Planning of Home Visits to Patients Bedridden in the Household with Risk of Development of LPP and the specific attributions of each professional of the team. The Braden Scale was used to assess the risk of developing LPG. This project is expected to include improvements in the work process of the ESF Ângela Francisca, the awareness of the professionals regarding their attributions and the feasibility of the proposed flow, the development of actions that offer continuous support to the caregivers and the qualification of the care provided .

Keywords: Family Health Strategy. Home visit. Process of Health Work. Bedridden at home. Pressure Injury. Caregiver.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1- Representação esquemática da atenção à saúde domiciliar e suas respectivas modalidades.....	28
FIGURA 2 - Fluxograma de Planejamento da Visita Domiciliar ao Paciente Acamado no Domicilio com Risco de Desenvolvimento de Lesão por Pressão	38

LISTA DE QUADROS

- QUADRO 1- Nó crítico1: Falta de planejamento e organização de um fluxo de atendimento domiciliar (visita domiciliar) ao paciente acamado no domicílio, com risco de desenvolvimento de LPP e de suporte ao cuidador.....37
- QUADRO 2- Nó crítico 2: Falta de sensibilização dos profissionais da equipe da ESF Ângela Francisca em relação as suas atribuições quanto ao cuidado com pacientes acamados no domicílio, com risco de desenvolvimento de LPP e a seus cuidadores.....39
- QUADRO 3- Atribuições específicas dos profissionais da ESF Ângela Francisca na visita domiciliar ao paciente acamado no domicílio com risco de desenvolvimento de LPP e de suporte a seus cuidadores.....40
- QUADRO 4- Nó crítico 3: Falta de ações de sensibilização, de orientação e de suporte continuado aos cuidadores, quanto ao cuidado com pacientes acamados no domicílio, com risco de desenvolvimento de LPP.....44

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
LPP	Lesão por Pressão
NPUAP	National Pressure Advisory Panel
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
VD	Visita Domiciliar

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	19
2 JUSTIFICATIVA.....	22
3 OBJETIVOS.....	23
3.1 Objetivo Geral.....	23
3.2 Objetivos Específicos	23
4 METODOLOGIA	24
5 DESENVOLVIMENTO	25
5.1 A Atenção Básica e Saúde e a Estratégia de Saúde da Família	25
5.2 A Visita Domiciliar no Contexto d Estratégia de Saúde da Família	28
5.3 Lesão por Pressão	31
5.4 Acamados no Domicílio e LPP: A importância do Cuidador	33
5.5 O Processo de Trabalho em Saúde: contexto da estratégia de saúde	
Da família	35
5.6 Proposta de Intervenção.....	36
5.7 Cronograma	45
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	46
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47
APÊNDICE	50
ANEXO	51

1 INTRODUÇÃO

Dentre os níveis de complexidade da atenção à saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), encontra-se a Atenção Básica, que é definida como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. (BRASIL,2012).

A Atenção Básica teve como marco em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF) que rompeu com os paradigmas instituídos e trouxe novas concepções para a saúde , na qual a família passou a ser o foco das ações, sendo percebida e compreendida em sua integralidade. Além disso, os profissionais da saúde ampliaram a sua compreensão e percepção sobre a saúde- doença, entendendo que este processo está além de práticas curativas. Com a obtenção de resultados satisfatórios, o PSF foi se expandindo e em 1999 passou a ser reconhecido com estratégia, pelo Ministério da Saúde – ESF: Estratégia de Saúde da Família (ESCOREL et al.2007).

Uma das especificidades exigidas à ESF é a existência de equipe multiprofissional com responsabilidade sanitária sob um território e população definidos. Essa equipe é composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, e/ou os profissionais de saúde bucal. (BRASIL,2012).

O processo de trabalho da ESF caracteriza-se por ações interdisciplinares e em equipe e todos os profissionais envolvidos neste processo têm responsabilidade sobre os problemas trazidos pelos usuários, tanto no seu planejamento como na organização da atenção (PAVONI; MEDEIROS, 2009).

Dentre as diversas ações das equipes de ESF, destaca-se, a visita domiciliar caracterizada pela oferta de assistência, acompanhamento e suporte aos pacientes, familiares/cuidadores no seu próprio domicílio, especialmente em caso de pacientes acamados, com risco específico de desenvolvimento de lesões de pele, destacando-se aqui, as Lesões por Pressão.

A Lesão por Pressão (LPP) é definida como um dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionada ao uso de dispositivo médico ou a outro artefato. A lesão pode se apresentar em pele íntegra ou como úlcera aberta e pode ser dolorosa, resultando da pressão intensa

e/ou prolongada em combinação com o cisalhamento. A tolerância do tecido mole à pressão e ao cisalhamento pode também ser afetada pelo microclima, nutrição, perfusão, comorbidades e pela sua condição (*National Pressure Ulcer Advisory Panel* apud MORAES et al,2016, p.2295).

Pacientes acamados representam um grupo de risco para o desenvolvimento de LPP uma vez que, pelo fato de estarem parcialmente ou totalmente impossibilitados de se movimentarem, ocorrem pressões excessivas que desencadeiam alterações fisiológicas resultando na formação da lesão (DOMANSKY; BORGES,2014).

Esses pacientes demandam das equipes de saúde da família um acompanhamento e olhar mais cuidadoso, considerando que essas lesões desencadeiam problemas físicos e psíquicos ao paciente impactando também na vida dos seus familiares/cuidadores (PEREIRA et al. 2017).

Na perspectiva de garantir uma assistência de saúde qualificada aos pacientes acamados, é relevante que toda a equipe multiprofissional se sinta sensibilizada e capacitada para o entendimento do que são as LPP, sua etiologia, fatores de risco, ações para prevenção de seu surgimento e seu impacto na saúde do indivíduo. Além disso, para garantir o fortalecimento de vínculos e a continuidade dos cuidados juntamente com os demais profissionais da ESF torna-se necessário envolver também o cuidador formal ou informal dos mesmos.

A Unidade de Saúde da Família Ângela Francisca está localizada na região central do município de Esmeraldas/MG e é responsável por ofertar serviços de saúde a uma população de uma área adscrita, de aproximadamente 2.473 pessoas e 678 famílias, subdividida em 05 micro- áreas.

Nessa Unidade de Saúde da Família o atendimento é prestado por uma equipe multiprofissional composta por um médico , um enfermeiro generalistas, um técnico de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde.

Os agentes comunitários de saúde (ACS), diariamente realizam visitas nos domicílios, cada qual em sua micro-área de atuação, para o acompanhamento da situação de saúde das famílias sendo que os pacientes acamados e àqueles com maior risco de adoecimento são visitados com maior frequência.

No cotidiano de trabalho da Unidade de Saúde da Família Ângela Francisca, observou-se que, mesmo sendo realizadas visitas diariamente aos domicílios, pelos ACS, por diversas vezes, o médico e a equipe de enfermagem são informados

tardamente da situação de saúde dos pacientes com imobilidade e confinados ao leito. Tal fato acaba interferindo e impossibilitando a prestação de um atendimento precoce e a implementação de ações preventivas mais efetivas para evitar o surgimento de LPP.

Os cuidadores, que em sua maioria são os próprios familiares, continuam aplicando os mesmos cuidados nas LPP conforme foram orientados na unidade de internação e/ outros locais sem um monitoramento específico. Entretanto, a falta de técnicas e acompanhamento pela equipe de enfermagem, no tratamento, acabam comprometendo o processo cicatricial das LPP que é dinâmico e que ao longo de seu desenvolver, necessita muitas das vezes, mudanças nas técnicas do cuidado.

Na Unidade de Saúde da Família Ângela Francisca não existe um fluxo de atendimento sistematizado e direcionado para o indivíduo acamado, no domicílio, com risco de desenvolvimento de LPP. Soma-se a esse fato, a indefinição dos papéis e atribuições dos profissionais da ESF que estão envolvidos no cuidado desses indivíduos acamados no domicílio e seus cuidadores que em sua maioria, são os próprios familiares.

2 JUSTIFICATIVA

O presente plano de intervenção se justifica pela possibilidade de propiciar à equipe de saúde da família Ângela Francisca, a organização do processo de trabalho com o envolvimento do cuidador formal ou informal que garanta uma assistência integral e qualificada aos pacientes acamados, com risco de desenvolvimento de lesões por pressão.

A partir da vivência e observação do cotidiano da equipe de saúde da família Ângela Francisca, constatou-se uma dificuldade organizacional no atendimento desses pacientes. Notou-se também a precariedade de ações de sensibilização e orientação aos cuidadores com suporte continuado aos mesmos, o que consequentemente vem impactando negativamente no processo do cuidado.

A proposta de elaboração do fluxo de atendimento ao indivíduo acamado, no domicílio, com risco de desenvolvimento de Lesões por Pressão, definirá as atribuições e responsabilidades dos profissionais da ESF Ângela Francisca que estão envolvidos nesse processo de cuidado, de maneira que atuem de forma conjunta e integrada abrangendo também o cuidador, na prevenção, identificação e atuação precoce com vistas à redução das complicações ocasionadas pelas lesões por pressão.

3 OBJETIVOS

3.1. Objetivo geral

Propor um fluxo de atendimento a ser realizado pela ESF Ângela Francisca direcionado ao paciente acamado, no domicílio, com risco de desenvolvimento de Lesões por Pressão.

3.2. Objetivos específicos

A partir da execução do plano de intervenção proposto, objetiva-se:

- Sensibilizar a equipe multiprofissional da ESF Ângela Francisca para implementação e viabilização do fluxo proposto;
- Definir os papéis e atribuições da equipe de profissionais da ESF Ângela Francisca;
- Capacitar e orientar de forma sistematizada, o cuidador formal/ informal na prevenção e tratamento das lesões por pressão, em pacientes acamados no domicílio.
- Monitorar a evolução do tratamento com vistas à redução das complicações ocasionadas pelas lesões por pressão.

4 METODOLOGIA

O desenvolvimento deste trabalho baseou-se na vivência e observação do processo de trabalho da ESF Ângela Francisca e a identificação dos nós críticos em relação à assistência ao paciente acamado no domicílio com risco de desenvolvimento de Lesões por Pressão.

Nessa observação, foi considerado o fluxo de atendimento realizado pelos profissionais que compõem a ESF Ângela Francisca, as atribuições de cada profissional em relação ao paciente acamado no domicílio e seus cuidadores, as visitas domiciliares realizadas pela equipe e as discussões dos casos detectados e apresentados pelos ACS nas reuniões de equipe.

Para a elaboração do plano de intervenção, cada nó crítico detectado foi considerado e para cada um desses, um plano de ação foi proposto detalhando atores (quem), o que se propõe fazer (o quê), a ação proposta (como), o tempo necessário (quando) e os recursos (com o quê).

O instrumento utilizado como referência para a avaliação do risco de desenvolvimento de LPP e identificação dos fatores de risco individuais, foi a Escala de Braden. Segundo Domansky e Borges (2014), essa escala foi desenvolvida em 1987 como ferramenta para aprimorar a adesão de estratégias de prevenção e conseqüentemente redução do surgimento de casos novos de lesão, fundamentando-se nos preceitos da fisiopatologia das mesmas.

Em relação à coleta de dados referente ao indivíduo e sua respectiva família, registrados durante a realização das visitas domiciliares, utilizará a Ficha Guia de Visita Domiciliar como referência, com os ajustes necessários e pertinentes à temática proposta.

Para a revisão bibliográfica realizou-se uma pesquisa em banco de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Scielo, nos quais foram utilizados os principais descritores: “Estratégia de Saúde da Família”, “Cuidador”, “Lesão por Pressão”, “Paciente Acamado no Domicílio”, “Visita Domiciliar” e “Processo de trabalho em Saúde”. Foram utilizados também como referência, textos dos Guias de Saúde, Manuais como *Pré-Protocolo de Atenção Domiciliar* e *Caderno de Atenção Domiciliar*.

Por fim, foi elaborado um cronograma de atividades, com a previsão de implantação das ações propostas no projeto.

5 DESENVOLVIMENTO

5.1 A Atenção Básica de Saúde e a Estratégia de Saúde da Família

Com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990, ocorreram profundas modificações no modelo assistencial de saúde brasileiro, que deixou de ser um modelo curativista, biomédico e hospitalocêntrico, passando a ter uma lógica voltada a atenção básica em saúde, com vistas à promoção de saúde e prevenção de agravos (ESCOREL et al. 2007).

De acordo com a Política Nacional da Atenção Básica (2012), a Atenção Básica é definida como:

Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades [...].

A saúde é um direito de todos e a Atenção Básica deve reconhecer tal direito, pautando suas ações de promoção à saúde nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, com destaque para a Universalidade, a acessibilidade, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade, participação social, resolubilidade e intersetorialidade. (FARIA et al. 2010).

A Atenção Básica propõe um modelo de assistência à saúde que se organize e trabalhe com um território definido e uma população adstrita ao mesmo; constituindo-se assim, não como um espaço geográfico limitado, mas sim como um “espaço social”, de produção de saúde. Esse modelo permite um melhor conhecimento e compreensão do indivíduo e da população como um todo, suas peculiaridades, fragilidades e potenciais para promoção de ações/intervenções específicas e mais resolutivas, considerando a integralidade e a inserção sociocultural; reconhecendo cada sujeito com sua capacidade de conhecer, compreender, expressar e agir, respeitando sempre seus valores, representações e atos (FARIA et al. 2010).

A Atenção Básica busca desenvolver um processo de criação de relações de vínculo dos indivíduos e /ou famílias e/ou grupo a profissionais/equipes para se constituir uma referência para o cuidado, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do mesmo (BRASIL,2012).

Como um dos fundamentos e diretrizes da Atenção Básica, ressalta-se:

Coordenar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integrando as ações programáticas e demanda espontânea; articulando as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção. A presença de diferentes formações profissionais, assim como um alto grau de articulação entre os profissionais, é essencial, de forma que não só as ações sejam compartilhadas, mas também tenha lugar um processo interdisciplinar no qual progressivamente os núcleos de competência profissionais específicos vão enriquecendo o campo comum de competências, ampliando, assim, a capacidade de cuidado de toda a equipe. Essa organização pressupõe o deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos, profissionais para um processo centrado no usuário, onde o cuidado do usuário é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica (BRASIL,2012).

A incorporação da estratégia da Atenção Básica na política de saúde brasileira teve como marco a Saúde da Família, que teve início, com a implantação do Programa de Agentes de Saúde, no Ceará, no final dos anos 80. Diante dos resultados satisfatórios com a implantação do programa, o mesmo tornou-se política oficial do Ministério da Saúde no ano de 1991, passando a ser denominado Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em todo território brasileiro (FARIA et al. 2010)

Tomando como referência as experiências vivenciadas por outros países e pelos exitosos retornos obtidos com o PACS, surgiu, em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF), trazendo consigo, um novo paradigma de atuação, reestruturando a atenção à saúde no país, focando suas ações no indivíduo e família, considerando sua integralidade e singularidade. (FARIA et al. 2010).

Desde 1999, reafirmando os princípios do Sistema Único de Saúde, houve uma expansão do PSF que passou a ser considerado como estratégia. Perpassando pelo campo da Atenção Básica:

A estratégia Saúde da Família propõe-se a potencializar a construção do modelo proposto pelo SUS, apresentando uma proposta substitutiva ao formato anterior de organização dos serviços de saúde, com dimensões técnicas, políticas e administrativas inovadoras. Assume um conceito ampliado de saúde que visa à compreensão do processo saúde/doença “na sociedade” e não apenas “no corpo” das pessoas. Elege como pontos centrais a responsabilização por um determinado território e, por meio de ações inter e multiprofissionais, busca a criação de laços de compromisso entre os profissionais e a população [...] (FARIA et al. 2010).

A ESF tem por objetivo reestruturar a Atenção Básica de saúde no Brasil, pautando-se nos princípios e diretrizes do SUS; sendo reconhecida como modelo de

expansão, qualificação e de consolidação da mesma, além de reorientar o processo de trabalho, aprofundando-se nos reais objetivos da atenção à saúde, proporcionando assim, resolubilidade dos danos, agravos e impactos na saúde dos indivíduos e coletividade. (BRASIL,2012).

Como unidade do cuidado, a família é o foco de atuação da Estratégia de Saúde da Família. O modelo preconiza a existência de uma equipe multiprofissional (equipe de Saúde da Família) composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2012).

O modelo trabalha com território definido, adscrição, cadastramento e acompanhamento da população residente na área. As unidades de saúde da família, devem constituir a porta de entrada preferencial na atenção básica de saúde e cada equipe deve ficar responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000, respeitando critérios de equidade para essa definição (BRASIL,2012).

Os profissionais de saúde, passam a trabalhar em equipe, em um processo de trabalho coletivo, como destacam Escorel et al (2007, p.165):

[...] a equipe deve conhecer as famílias do seu território de abrangência, identificar os problemas de saúde e as situações de risco existentes na comunidade, elaborar um programa de atividades para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença, desenvolver ações educativas e intersetoriais relacionadas com problemas de saúde identificados e prestar assistência integral às famílias sob sua responsabilidade no âmbito da atenção básica.

5.2 A Visita Domiciliar no contexto da Estratégia de Saúde da Família (ESF)

A visita domiciliar (VD) é uma das modalidades de prestação de assistência à saúde no domicílio, integrando um conjunto constituído pela atenção, atendimento e internação domiciliares, cada qual com suas peculiaridades e objetivos. (CUNHA; GAMA, 2012).

Segundo Takahashi (2001 apud CUNHA GAMA, 2012, p. 1) a atenção à saúde no domicílio e suas modalidades, podem ser representadas esquematicamente, da seguinte maneira:

Figura 1- Representação esquemática da atenção à saúde domiciliar e suas respectivas modalidades



Fonte: Cunha; Gama adaptado de Takahashi (2001).

De acordo com Cunha e Gama (2012), a visita domiciliar, no Brasil, foi instituída no início do século XX, tendo como referência o modelo europeu, com práticas sanitárias, trazidas por Oswaldo Cruz, Emílio Ribas e Carlos Chagas, como foco no combate às doenças transmissíveis daquela época. A partir da década de 1990, com mudanças no paradigma de assistência à saúde brasileiro, a visita domiciliar foi conquistando maior espaço e importância e sua prática foi se tornando parte do cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde, através do PACS e por fim, pela Estratégia de Saúde da Família.

A visita domiciliar se apresenta como um meio de prestação de assistência e cuidados em saúde, que proporciona, a partir do conhecimento da realidade do indivíduo e de seu contexto familiar, *in loco*, estreitar e fortalecer vínculos do indivíduo, da terapêutica e do profissional, assim como promover ações de saúde, prevenção, tratamento e reabilitação de doenças e agravos (CUNHA; GAMA, 2012).

Giacomozzi e Lacerda (2007; p. 647), conceituam visita domiciliar como:

A visita domiciliar é uma categoria da atenção domiciliar à saúde que prioriza o diagnóstico da realidade do indivíduo e as ações educativas. É um instrumento de intervenção fundamental na saúde da família e na continuidade de qualquer forma de assistência e/ou atenção domiciliar à saúde, sendo programada e utilizada com o intuito de subsidiar intervenções ou o planejamento de ações.

Os profissionais de saúde devem perceber o contexto domiciliar de maneira mais abrangente, reconhecendo-o além de suas características físicas, como um espaço que perpassa por fatores sociais (econômicos, culturais, religiosos, espirituais) e analisando também os recursos disponíveis, as condições de higiene, de segurança e o grau de instrução da família (MARTINS et al, 2007).

Segundo Martins et al (2007, p.255):

O domicílio não apresenta as características de uma instituição formal de saúde. É o local em que os seres humanos convivem e tornam propícios os cuidados individualizados. Este ambiente é permeado por diversos aspectos culturais, de significância aos seus moradores e frequentadores, portanto, eivado de subjetividades nem sempre compreensíveis para quem não reside ou frequenta aquele ambiente. Tais aspectos, portanto, devem ser considerados toda vez que a equipe de saúde ali adentrar e propor intervenções.

A Estratégia de Saúde da Família, traz a visita domiciliar como uma tecnologia de interação no cuidado à saúde, fortalecendo e estimulando um maior contato dos profissionais de saúde com a realidade dos indivíduos e de suas famílias. A visita domiciliar permite o conhecimento das condições reais de vida e saúde dos usuários, possibilitando a construção da longitudinalidade, integralidade, acessibilidade e a relação de vínculo; atentando-se para problemas como a infraestrutura predominante na comunidade e a assistência à saúde das famílias (GIACOMOZZI; LACERDA, 2007).

Segundo Cunha e Gama (2012, p.1):

A VD só se configura como instrumento intervencionista das equipes de saúde da família quando previamente planejada e realizada de forma sistematizada, iniciando-se antes e continuamente após o ato da visitação. Nem toda ida do profissional ao domicílio do usuário pode ser considerada VD, pois para se caracterizar como tal deve estar pautada em objetivos claros e ser previamente delineada pela equipe de profissionais.

O planejamento, execução e avaliação das visitas domiciliares, deve ser realizado de forma conjunta pela equipe de profissionais da ESF. O primeiro passo para sua execução é definir seu objetivo(os) e priorização do indivíduo e/ou famílias

que estão expostos (as) à maior risco. Cabe a equipe também, definir a periodicidade das visitas, sempre levando em consideração o risco familiar (CUNHA; GAMA, 2012).

De acordo com Drulla et al (2009, p.668), existem duas maneiras de a visita domiciliar ser realizada:

[...] A primeira é denominada visita domiciliar Fim, com objetivos específicos de atuação na atenção domiciliar terapêutica e visita a pacientes acamados. A segunda é a visita domiciliar Meio, na qual se realiza a busca ativa pela demanda reprimida, promoção e prevenção da saúde mediante educação em saúde de maneira individualizada. Estas duas abordagens designam um processo dinâmico, possibilitando sua implementação na população alvo despertando interesse por questões de saúde, orientações relacionadas às formas de organização do serviço, resolução de problemas e temas gerais de saúde.

A equipe multiprofissional, deve prestar assistência aos indivíduos e famílias no que diz respeito ao cuidado domiciliar, destacando-se aqui a visita domiciliar Fim, para prestação de atendimento aos acamados no domicílio de acordo com Martins et al (2007, p.255):

Cuidar no domicílio implica em novos modos de fazer e saber dos trabalhadores da saúde. Isto porque tal postura deve primar por efetivar ações que permitam a integralidade, a intersubjetividade e o cuidado direcionado à família.

É de responsabilidade de todos os profissionais da equipe de saúde realizar a visita nos domicílios das famílias sob sua responsabilidade. Um dos profissionais de maior destaque, inseridos neste contexto, são os agentes comunitários de saúde (ACS), que circulam dia a dia no território e na comunidade, realizando às visitas nos domicílios com maior frequência, estando assim, mais próximos dos indivíduos/famílias e de suas realidades.

5.3 Lesão por Pressão

Essencial à manutenção da vida e considerada o maior órgão do corpo humano, a pele, desempenha importantes funções no organismo, possibilitando interação entre indivíduo, sociedade e ambiente. Está exposta e sujeita a alterações, desde o nascimento até o envelhecimento, considerando que, dentre essas alterações, encontra-se o surgimento de lesões, de diversas etiologias, que podem comprometer não somente o seu funcionamento, mas o organismo como um todo (DOMANSKY; BORGES,2014).

As feridas, no Brasil, acometem qualquer indivíduo, independente de fatores como: raça, cor da pele e gênero. O número de pessoas acometidas, apresenta níveis crescentes, constituindo-se um problema de saúde pública de relevância, com consequente comprometimento da qualidade de vida e oneração dos gastos públicos com seu tratamento (BEZERRA; LUZ; ARAÚJO, 2009).

O órgão americano *National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP)*, em abril de 2016, substituiu o termo *ulcera por pressão* por *lesão por pressão (LPP)*, reformulou a classificação dos estágios e alterou a terminologia da mesma. Passou a ser definida como um dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionada ao uso de dispositivo médico ou a outro artefato. A lesão pode se apresentar em pele íntegra ou como úlcera aberta e pode ser dolorosa resultando da pressão intensa e/ou prolongada em combinação com o cisalhamento. A tolerância do tecido mole à pressão e ao cisalhamento pode também ser afetada pelo microclima, nutrição, perfusão, comorbidades e pela sua condição (MORAES et al.2016).

Com os avanços na assistência à saúde, que ocorreram ao longo dos últimos anos, houve um aumento da expectativa de vida, sobretudo de pacientes com patologias graves e anteriormente letais. Essas patologias passaram a serem consideradas doenças crônicas e lentamente debilitantes, provocando crescente aumento de indivíduos com lesões na pele, com destaque para as lesões por pressão (MORAES et al. 2016).

O desenvolvimento da LPP tem início súbito e rápido, podendo levar de um a cinco dias para se manifestar. Considera-se que, a submissão a uma pressão, por um período de duas horas, já tenha o potencial de propiciar uma lesão isquêmica (DOMANSKY; BORGES, 2014).

Os indivíduos com maior predisposição ao surgimento da mesma, são aqueles impossibilitados de se movimentarem, destacando-se aqui, os restritos ao leito. O comprometimento da capacidade de se reposicionar, submete o indivíduo a pressões excessivas que provocam comprometimento dos capilares, interrompendo o fluxo sanguíneo e, conseqüentemente, o aporte de nutrientes e oxigênio que chegam aos tecidos, provocando, muita das vezes, isquemia tecidual e desencadeamento da lesão. Soma-se ao fato, que, em alguns casos, indivíduos acamados podem estar nessa condição devido ao comprometimento da sensibilidade, o que vem a ocasionar a perda do sistema de proteção que os impediria de permanecer sobre a proeminência óssea por tempo prolongado. (DOMANSKY; BORGES, 2014).

A intensidade, duração da pressão e a tolerância do tecido, isoladamente ou associados a fatores intrínsecos (envelhecimento, alteração no estado nutricional, baixa pressão, entre outros) e a fatores extrínsecos (exposição da pele a fricção, cisalhamento e umidade) ofertam risco potencial para o desenvolvimento das lesões (MORAES et al. 2016).

Segundo Domansky e Borges (2014, p.213) o desenvolvimento de LPP:

[...] tem implicações importantes para o paciente e o pessoal de enfermagem. Estão associadas ao resultado negativo para os doentes em termos de dor, perda da função da independência, aumento do risco de infecção grave, sepse, procedimento cirúrgicos adicionais. Sua presença resultará em permanência prolongada no hospital e, às vezes, até mesmo mortalidade. Somado a isso, o tratamento é difícil e oneroso.

A presença das LPP também pode provocar impacto na vida do familiar/cuidador, uma vez que, o tratamento das LPP é difícil e prolongado, ou seja, tem caráter crônico e sem tempo definido para sua duração, o que vem a repercutir negativamente no ato de cuidar provocando interferências na saúde física e psicológica de quem exerce o cuidado (BARBOSA et al,2017).

A prevenção da lesão por pressão envolve duas etapas essenciais: a identificação dos pacientes de risco e a elaboração de estratégias de prevenção. As estratégias devem considerar todos os indivíduos restritos ao leito ou a cadeiras de rodas, pessoas com capacidade debilitada de se reposicionar, ou àquelas que apresentam comprometimento sensorial como sujeitos vulneráveis ao surgimento das lesões. É relevante também, que se leve em consideração fatores de risco individuais (umidade, estado nutricional, estado mental, incontinência fecal e/ou urinária,

mobilidade, idade) para assim traçar medidas preventivas específicas. (DOMANSKY; BORGES ,2014).

Considerando que, em sua maioria, as LPP, são evitáveis, se faz necessário e de extrema importância, a instituição e adoção das medidas preventivas no âmbito da assistência domiciliar, pela equipe de saúde da família, uma vez que, estas podem minimizar as complicações, sofrimento e outras implicações que pode trazer, além de poupar gastos com tratamento (LISE ; SILVA, 2007).

5.4 Acamados no domicílio e LPP: A importância do cuidador

O cuidador é definido como: pessoa com ou sem vínculo familiar, capacitada para auxiliar o usuário em suas necessidades e atividades da vida cotidiana (BRASIL, 2011).

A Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) do Ministério do Trabalho, define Cuidador em Saúde, sob o código 5162-20:

Cuidam de bebês, crianças, jovens, adultos e idosos, a partir de objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida (BRASIL,2002).

Os cuidadores, podem ser classificados como cuidadores formais e informais. Segundo Kasch (1998 apud YAVO;CAMPOS, 2016, p. 21), cuidador, pode ser formal, ou seja, aquele com formação específica para prestar os cuidados junto ao paciente, sendo, geralmente, remunerado – como enfermeiros, técnicos e outros; e informal que é caracterizado por pessoas, que na maioria das vezes não possuem uma formação específica e aprendem a cuidar pela prática.

Os pacientes acamados, no âmbito domiciliar, fazem parte dos muitos e distintos tipos de indivíduos na qual os cuidadores prestam seus cuidados. Esses pacientes, merecem uma atenção especial por parte dos cuidadores, no tocante à prevenção e/ou tratamento das lesões por pressão, já que, estas ocorrem com maior frequência nestes indivíduos. Segundo BARBOSA et al (2017, p.7):

A atenção e o cuidado oferecido ao paciente acamado é de suma importância, haja vista as limitações existentes e a necessidade de auxílio nas diversas atividades diárias, inclusive as de auto cuidado e higiene, exigindo maiores esforços da família e/ou cuidador. Este olhar dedicado, favorece a qualidade de vida do acamado, aumentando o bem-estar biopsicossocial e emocional, aproximando o familiar na prática do cuidar, tornando-o responsável sobre suas condições de saúde e ampliando a relação interpessoal e afeto, bem como, ajudando de maneira importante no processo de cicatrização da lesão.

Os cuidadores, dentro dos domicílios, são aqueles que estão mais próximos da pessoa que necessita de seus cuidados, sendo capazes de perceber e identificar qualquer mudança ocorrida com tal indivíduo. Seu papel e participação, são essenciais no processo do cuidado, visto que, são eles também que dão continuidade ao cuidado orientado pelos profissionais de saúde (ROCHA; VIEIRA; SENA, 2008).

Os profissionais de saúde devem reconhecer a importância dos cuidadores, sejam eles, formais e informais, percebendo-os como elementos essenciais na instituição de ações de prevenção e promoção de saúde dos pacientes acamados, no que diz respeito às lesões por pressão. Além disso, devem oferecer suporte necessários a esses cuidadores, tanto com relação ao processo do cuidado com o outro, quanto de si mesmos fortalecendo assim, a interdisciplinaridade do cuidado que constitui uma rede participativa no processo do cuidar (ROCHA; VIEIRA; SENA, 2008).

Os profissionais da saúde, devem reconhecer o espaço domiciliar, como um espaço de ação educativa em saúde que objetiva capacitar os indivíduos em busca de melhoria das condições de vida e saúde. Para tanto, esses profissionais de saúde, devem capacitar, orientar e dar suporte aos cuidadores de pacientes acamados no domicílio, aproveitado o espaço e momento para que abordagens, nessa perspectiva sejam realizadas (ROCHA; VIEIRA; SENA, 2008).

5.5 Processo de trabalho em saúde: contexto da Estratégia de Saúde da Família

A saúde da família, configura-se como um novo modelo assistencial de saúde, no Brasil, rompendo com paradigmas anteriormente instituídos. Apresenta-se apresentando-se como um modelo que traz a perspectiva de um olhar mais abrangente, reconhecendo o indivíduo em sua integralidade, em todo seu contexto de vida e saúde, valorizando tudo aquilo que perpassa pela vivência do ser (FONTANA; LACERDA; MACHADO, 2016).

Para cumprir com todos os pressupostos a que se propõe, o processo de trabalho das equipes de saúde da família, deve abranger um conjunto de ações coordenadas e orientadas, de perfil individual e coletivo, desde a promoção à reabilitação da doença. Esse processo de trabalho tem o intuito de propiciar mudanças na situação de saúde do indivíduo e da coletividade, em seus determinantes e condicionantes (FONTANA; LACERDA; MACHADO, 2016).

Paim, conceitua o processo de trabalho em saúde como:

O processo de trabalho em saúde é entendido como um conjunto de ações coordenadas, desenvolvidas pelos trabalhadores, onde indivíduos, famílias e grupos sociais compõem o objeto de trabalho, e os saberes e métodos representam os instrumentos que originam a atenção em saúde. Os modelos de atenção que orientam o trabalho em saúde refletem as combinações tecnológicas para o alcance dos objetivos, pois são “[...] uma espécie de lógica que orienta a ação e organiza os meios de trabalho (saberes e instrumentos) utilizados nas práticas de saúde. (PAIM apud FONTANA; LACERDA; MACHADO, 2016, p. 65)

A produção de saúde, na perspectiva da saúde da família, deve considerar as famílias em seu contexto de vida reconhecendo os saberes como a cultura popular e a educação, construídos através do diálogo que aportam a escuta, o vínculo, o acolhimento e a autonomização (MERY; FRANCO,2003)

No processo de trabalho da Estratégia de Saúde da família, está inserida a equipe multiprofissional, constituída por profissionais de diversas áreas da saúde, que desenvolvem o trabalho em equipe e cada um dos envolvidos, desempenha um papel, cada qual dentro de suas competências (BRASIL,2012).

É necessário, que dentro do processo de trabalho da equipe multiprofissional, a mesma trabalhe de forma conjunta e integrada, estabelecendo fluxo e inter-relação das ações a serem desenvolvidas, em virtude das demandas complexas, cujos resultados são sempre incertos (FARIA; FRANZERO,2013).

5.6 Proposta de Intervenção

A proposta de intervenção foi elaborada considerando o seguinte problema: “de que maneira a proposição de um fluxo de atendimento para a ESF Ângela Francisca pode contribuir para que a prevenção e o tratamento do indivíduo acamado, no domicílio, com risco de desenvolvimento de LPP sejam mais efetivos?”

Nessa perspectiva, o fluxo proposto é o resultado da adaptação dos fluxos de atendimento utilizados na visita domiciliar realizada pela ESF (Fluxo de Planejamento da Visita Domiciliar, Fluxo de Execução da Visita domiciliar e Fluxo de Retorno da Visita Domiciliar à Equipe) com ênfase ao paciente acamado, no domicílio, com risco de desenvolvimento de LPP e ao seu cuidador.

A Escala de Braden foi proposta como escala a ser utilizada para a avaliação do risco de desenvolvimento de LPP.

Foram selecionados nós críticos para elaboração do plano de intervenção:

- Falta de planejamento e organização de um fluxo de atendimento domiciliar (visita domiciliar) ao paciente acamado, com risco para desenvolvimento de LPP e de suporte a seu cuidador;
- Falta de sensibilização dos profissionais da equipe da ESF Ângela Francisca em relação às suas atribuições quanto ao cuidado com pacientes acamados no domicílio, com risco de desenvolvimento de LPP e aos cuidadores;
- Falta de ações de sensibilização, orientação e de suporte continuado aos cuidadores, quanto ao cuidado com pacientes acamados no domicílio, com risco de desenvolvimento de LPP.

Para cada nó crítico foi proposto um plano de ação, detalhando os atores (quem), o que se propõe fazer (o quê), a ação proposta (como), o tempo necessário (quando) e os recursos (com o quê).

QUADRO 1- Nó crítico1: Falta de planejamento e organização de um fluxo de atendimento domiciliar (visita domiciliar) ao paciente acamado, com risco para desenvolvimento de LPP e de suporte a seu cuidador.

Plano de Ação:

Atores: Equipe multiprofissional da ESF Ângela Francisca

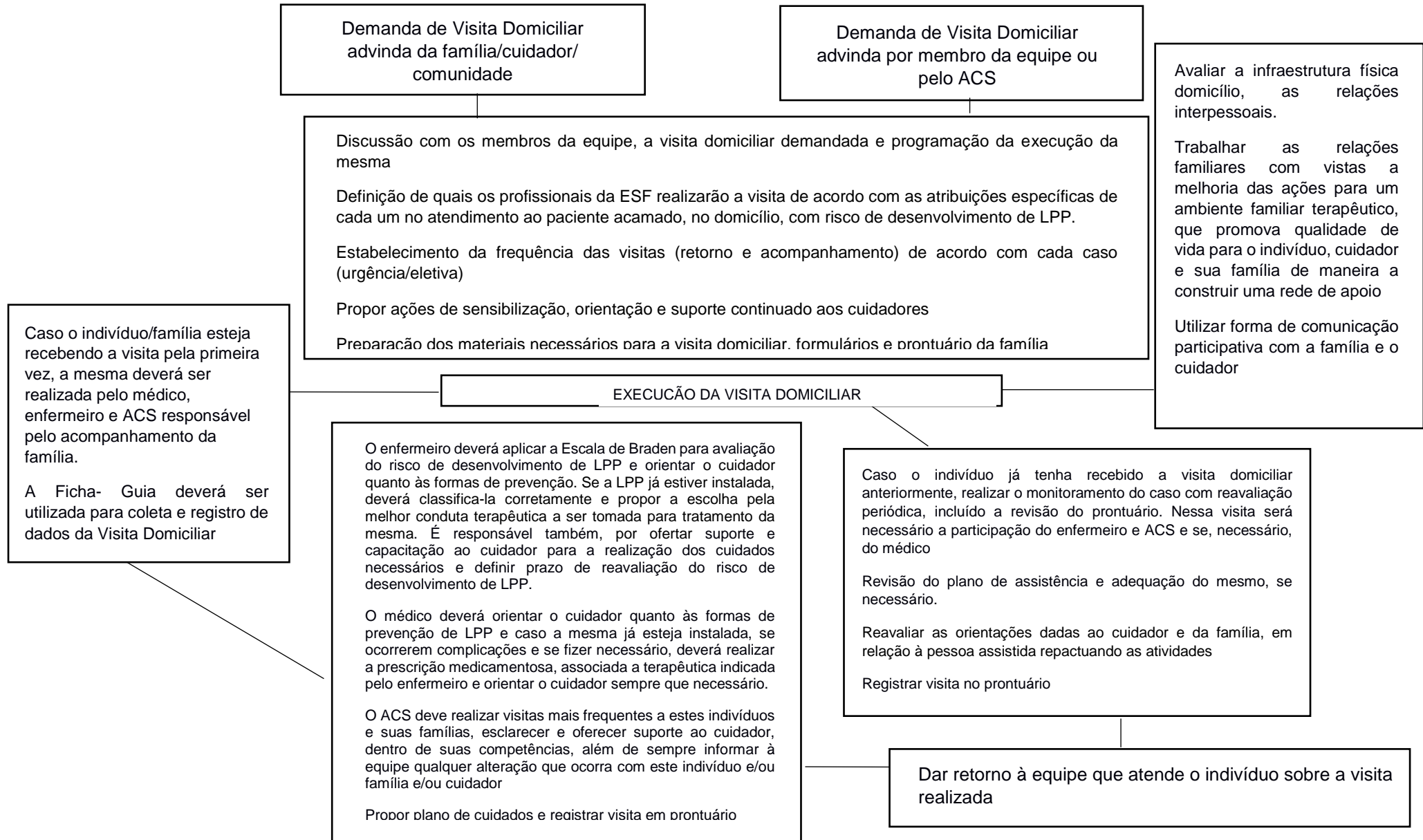
Ação proposta: Apresentar o *Fluxograma de Planejamento da Visita Domiciliar aos Pacientes Acamados no Domicílio, com Risco de Desenvolvimento de LPP** aos profissionais da ESF Ângela Francisca para apreciação e validação.

Tempo necessário: 90 dias, sendo 30 dias para validação e 60 dias para execução e monitoramento

Recursos materiais necessários: mesa, cadeiras, cópias digitalizadas, retroprojetor.

Processo de avaliação: O processo de avaliação será dividido em duas etapas:
A primeira refere-se à apresentação, apreciação e validação do fluxograma proposto junto aos profissionais da ESF Ângela Francisca a fim de serem realizados ajustes e proposições de melhorias, se necessários, demandando um tempo estimado de 30 dias
A segunda etapa constitui-se da implantação do fluxograma proposto, monitoramento e avaliação da sua execução e dos resultados alcançados, pelos profissionais da ESF Ângela Francisca por 60 dias.

FIGURA 2- Fluxograma da Visita Domiciliar ao Paciente Acamado no Domicílio, com risco de Desenvolvimento de LPP



QUADRO 2 - Nó crítico 2: Falta de sensibilização dos profissionais da equipe da ESF Ângela Francisca em relação as suas atribuições quanto ao cuidado com pacientes acamados no domicílio, com risco de desenvolvimento de LPP e a seus cuidadores

Plano de Ação

Atores: Equipe multiprofissional da ESF Ângela Francisca, com ênfase ao Enfermeiro e ACS.

Ação proposta: Apresentar para apreciação e validação, pelos profissionais da ESF Ângela Francisca, das suas respectivas atribuições quanto ao cuidado em relação aos pacientes acamados, no domicílio, com risco de desenvolvimento de LPP, e ao suporte dado aos cuidadores.

Tempo necessário: 90 dias, sendo 30 dias para validação e 60 dias para avaliação das atribuições com a execução do fluxograma.

Recursos materiais necessários: mesa, cadeiras, cópias digitalizadas, retroprojetor.

Processo de avaliação: O processo de avaliação será dividido em duas etapas: A primeira refere-se à apresentação, apreciação e validação das atribuições propostas junto aos profissionais da ESF Ângela Francisca com a realização de adequações, se necessário, demandando um tempo estimado de 30 dias

A segunda etapa constitui-se da avaliação das atribuições de cada profissional quanto ao cuidado em relação aos pacientes acamados, no domicílio, com risco de desenvolvimento de LPP, e ao suporte dado aos cuidadores após a implantação execução do fluxograma proposto por 60 dias com possíveis adequações, se necessário.

QUADRO 3- Atribuições Específicas dos Profissionais da ESF Ângela Francisca na Visita Domiciliar ao Paciente Acamado no Domicílio, com risco de desenvolvimento de LPP e de suporte a seus cuidadores.

<p>Atribuições da Equipe</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Respeitar o ser humano em sua integridade, valorizando sua cultura, crenças e saberes; • Reconhecer o âmbito domiciliar em sua subjetividade, avaliando a condição de o contexto social, econômico e cultural da família e observando a infraestrutura física do mesmo. • Estabelecer relação de vínculo, confiança e reciprocidade com a família e/ou cuidador afim de facilitar a comunicação entre os envolvidos no processo do cuidado, proporcionando assim, monitoramento mais efetivo do estado de saúde do indivíduo; • Fornecer esclarecimentos e orientações à família e/ou cuidador sempre que se fizer necessário; • Orientar a família e /ou cuidador quantos aos sinais de gravidade e riscos e como proceder em cada caso; • Realizar reuniões em equipe para discussão do plano de assistência a ser ofertado e garantir planejamento das ações a serem instituídas; • Oferecer suporte emocional ao cuidador; • Atuar de forma precoce na prevenção, identificação e tratamento das Lesões por Pressão, com vistas à redução das complicações ocasionadas pelas mesmas.
<p>Atribuições dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar visita nos domicílios, diariamente, sendo proposto a realização de uma visita ao mês a cada família de sua micro- área de atuação. • Realizar mais de uma visita/mês ao domicílio do paciente acamado, com risco de desenvolvimento de LPP, afim de monitorar o estado de saúde do mesmo, mais contiguamente (o número de visitas será determinado no plano de cuidados proposto para cada indivíduo); • Estabelecer-se com elo entre o indivíduo, família/ cuidador e equipe de saúde;

	<ul style="list-style-type: none">• Comunicar à equipe toda e qualquer alteração que ocorra com o indivíduo acamado no domicílio, com risco de desenvolvimento de LPP, mantendo a equipe bem informada;• Utilizar forma de comunicação participativa com a família e com o cuidador;• Desenvolver ações de promoção à saúde e prevenção de agravos através de ações educativas individuais e coletivas;• Esclarecer dúvidas e oferecer suporte ao cuidador, principalmente no tocante ao cuidado com paciente acamado no domicílio, com risco de desenvolvimento de LPP;• Participar de reuniões em equipe para apresentação de casos, discussão e proposição de planos terapêuticos para o indivíduo enfermo;• Registrar a visita no caderno de Visitas Domiciliares do Agente Comunitário de Saúde.
Atribuições do Médico	<ul style="list-style-type: none">• Realizar visitas nos domicílios de pacientes acamados com risco de desenvolvimento de LPP;• Orientar o cuidador quanto a prevenção do surgimento do surgimento de LPP em pacientes acamados;• Estabelecer prescrição medicamentosa, se necessário, para tratamento de complicações da LPP, quando já instalada;• Esclarecer toda e qualquer dúvida apresentada pelo cuidador, principalmente no tocante ao paciente acamado com risco de desenvolvimento de LPP;• Estabelecer comunicação participativa com a família e o cuidador;• Garantir a longitudinalidade do cuidado;

	<ul style="list-style-type: none"> • Participar das reuniões de equipe para discussões dos casos e construção do plano de assistência ao paciente acamado no domicílio, com risco de desenvolvimento de LPP; • Utilizar a Ficha Guia de Visita Domiciliar para registro de dados; • Registrar a visita domiciliar no prontuário da família;
<p>Atribuições do Enfermeiro</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar visitas nos domicílios de pacientes acamados com risco de desenvolvimento de LPP; • Aplicar a Escala de Braden para avaliação do risco de desenvolvimento de LPP; • Orientar os cuidados a serem instituídos para prevenção do surgimento de LPP, em pacientes acamados no domicílio, com risco de desenvolvimento da mesma; • Classificar corretamente a LPP, caso a mesma já esteja instalada; • Realizar procedimentos (curativo), quando a LPP já se constituir como ferida aberta, definindo a escolha pela melhor cobertura a ser utilizada no tratamento; • Monitorar e estar atento quanto ao estado de saúde do paciente acamado no domicílio, com risco de desenvolvimento de LPP, afim de instituir ações para prevenção de sua formação e evitar as complicações ocasionadas pela mesma; • Ofertar ações de suporte, apoio e treinamento ao cuidador do paciente acamado no domicílio, com risco para desenvolvimento de LPP; • Estabelecer comunicação participativa com a família e o cuidador; • Garantir a longitudinalidade do cuidado; • Participar das reuniões de equipe para discussões dos casos e construção do plano de assistência ao paciente acamado no domicílio, com risco de desenvolvimento de LPP; • Utilizar a Ficha Guia de Visita Domiciliar para registro de dados; • Registrar a visita domiciliar no prontuário da família;

<p>Atribuições do Técnico de Enfermagem</p>	<ul style="list-style-type: none">• Auxiliar no treinamento e orientação do cuidador quanto aos cuidados ao paciente acamado no domicílio, com risco de desenvolvimento de LPP;• Estabelecer comunicação participativa com a família e o cuidador;• Acompanhar a evolução dos casos e comunicar à equipe caso haja alguma alteração observada;• Realizar procedimentos de enfermagem (curativos) dentro de suas competências técnicas e legais, sob supervisão do enfermeiro;• Participar das reuniões de equipe para discussões dos casos e construção do plano de assistência ao paciente acamado no domicílio, com risco de desenvolvimento de LPP;• Utilizar a Ficha Guia de Visita Domiciliar para registro de dados;• Registrar a visita domiciliar no prontuário da família;
--	---

Fonte: Criado pela autora com dados extraídos de Pré Protocolo de Atenção Domiciliar (2009, p. 11-14).

QUADRO 4 - Nó crítico 3: Falta de ações de sensibilização, de orientação e de suporte continuado aos cuidadores, quanto ao cuidado com pacientes acamados no domicílio, com risco de desenvolvimento de LPP.

Plano de Ação

Atores: Equipe multiprofissional da ESF Ângela Francisca e Cuidadores de pacientes acamados no domicílio, com risco de desenvolvimento de LPP.

Ação proposta: Elaborar e implementar ações de sensibilização, orientação e de suporte continuado aos cuidadores de pacientes acamados no domicílio, com risco de desenvolvimento de LPP.

Tempo necessário: Após a validação do fluxograma e das atribuições dos profissionais da ESF em relação ao cuidado com pacientes acamados no domicílio, com risco de desenvolvimento de LPP. Não tem prazo para finalizar, já que as orientações serão repassadas continuamente durante as visitas domiciliares de acordo com cada caso

Recursos materiais necessários: mesa, cadeiras, cópias digitalizadas, retroprojeter.

Processo de avaliação: Avaliação e reavaliação constantes com pactuação e repactuação de atividades em relação à prevenção e ao cuidado da LPP de acordo com cada caso e visita realizada.

5.7 Cronograma

ATIVIDADE	2018						
	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
1- Apresentar o Fluxograma de Planejamento da Visita Domiciliar aos Pacientes Acamados no Domicílio, com Risco de Desenvolvimento de LPP aos profissionais da ESF Ângela Francisca para apreciação e validação.							
2- Apresentar para apreciação e validação, pelos profissionais da ESF Ângela Francisca, das suas respectivas atribuições quanto ao cuidado em relação aos pacientes acamados, no domicílio, com risco de desenvolvimento de LPP, e ao suporte dado aos cuidadores							
3-Elaborar e implementar ações de sensibilização, orientação e de suporte continuado aos cuidadores de pacientes acamados no domicílio, com risco de desenvolvimento de LPP.							

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante o processo de elaboração do projeto de intervenção proposto, confirmou-se por meio da revisão da literatura que os pacientes acamados no domicílio, constituem-se indivíduos com maior potencial de risco para o desenvolvimento de Lesão por Pressão. Quando essa lesão já está instalada, ocorre uma repercussão negativa acarretando danos à saúde do indivíduo, aos seus familiares e cuidadores.

Ressalta-se desta maneira, a importância de as equipes de saúde da família estarem preparadas para a abordagem desse tipo de demanda, contando com um processo de trabalho organizado e estruturado com fluxos de atendimento sistematizados com vistas à prevenção das lesões por pressão e suas complicações.

Para garantir a efetividade de tratamento ao paciente acamado no domicílio com risco de desenvolvimento de LPP, torna-se necessário, conforme proposto, implantar fluxos de atendimento específicos, sensibilizar os profissionais da Equipe de Saúde da Família em relação às suas atribuições específicas nesse tipo de cuidado e desenvolver ações de suporte aos cuidadores objetivando a continuidade dos cuidados orientados pela equipe de saúde.

Para o desenvolvimento de outros projetos de intervenção com a mesma temática, esse trabalho poderá ser estendido a outras Unidades de Saúde do município a fim de ampliar a assistência de maneira mais efetiva ao paciente acamado no domicílio, com risco de desenvolvimento de LPP envolvendo toda a Estratégia de Saúde da Família e os cuidadores.

Destaca-se também a possibilidade de outras equipes de saúde implantarem também fluxos de atendimento sistematizados de acordo com a demanda específica e realidade do serviço com adoção de protocolos de avaliação e monitoramento elaborados e validados pelos próprios profissionais que compõem a ESF.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARBOSA, Cláudia et al. Tratamento Domiciliar de Lesão por Pressão: inclusão da família na prática do cuidar. **Editora Realize**, Paraíba, p. 1-9, maio. 2017. Disponível em: <https://editorarealize.com.br/revistas/conbracis/trabalhos/TRABALHO_EV071_MD4_SA4_ID944_11052017010611.pdf>. Acesso em: 26 abr. 2018.

BEZERRA, Sandra Marina Gonçalves¹; LUZ, Maria Helena Barros Araújo; ARAÚJO, Telma Maria Evangelista. Prevalência de Úlcera por Pressão em Pacientes Acamados no Domicílio. **Congresso Brasileiro de Enfermagem**, Ceará, 2009, p.5297-30. Disponível em: <http://www.abeneventos.com.br/anais_61cben/files/01596.pdf>. Acesso em: 08 mar. 2018.

BRASIL. Ministério do Trabalho. Classificação Brasileira de Ocupações. Brasília, 2002. Disponível em: <<http://www.mtecbo.gov.br/cbosite/pages/home.jsf>>. Acesso em: 09 de abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Domiciliar**. Brasília: MS, 2012. vol.1. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad_vol1.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional da Atenção Básica**. Brasília: MS, 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 09 mar. 2018.

Cunha CLF, Gama MEA. A visita domiciliar no âmbito da atenção primária em saúde. *Atualidades da Assistência de Enfermagem*, 2012, p.1-7. Disponível em: <http://www.uff.br/.../A_VISITA_DOMICILIAR_NO_MBITO_DA_ATENO_PRIMRIA_E_MSAUDE>. Acesso em: 09 mar. 2018.

DRULLA, Arlete et al. A Visita Domiciliar como Ferramenta ao Cuidado familiar. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, p. 667-674, out.2009. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/16380/10861>>. Acesso em: 18 abr. 2018.

SCORELL, Sarah et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**. Rio de Janeiro, v. 42, p. 164-176, 2007. Disponível em: <<https://scielosp.org/pdf/rpsp/2007.v21n2-3/164-176/pt>>. Acesso em: 10 abr. 2018.

FARIA, Ellen Brandão Leite; FRANZERO, Marco Antônio. O Papel da Equipe Multiprofissional nos Serviços de Saúde dos Servidores Públicos Civis Federais. **Revista Unilins**, São Paulo, n. 1, p. 1-6, out. 2013. Disponível em: <<http://revista.unilins.edu.br/index.php/cognitio/article/download/116/112>>. Acesso em: 09 maio 2018.

FARIA, Horácio Pereira de et al. Modelo assistencial e atenção básica à saúde da família. **Nescon UFMG**, Belo Horizonte, p. 1-68, jan. 2010. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1792.pdf>>. Acesso em: 09 dez. 2017.

FONTANA, Karine Cardoso; LACERDA, Josimari Terino de; MACHADO, Patricia Maria de Oliveira. O processo de trabalho na Atenção Básica à saúde: avaliação da gestão. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, p. 64-80, jul. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n110/0103-1104-sdeb-40-110-0064.pdf>>. Acesso em: 09 maio 2018.

GIACOMOZZI, Celia Mozara; LACERDA, Maria Ribeiro. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família. **Texto contexto - enferm**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 645-653, out. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a13.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2018.

LISE, Fernanda; SILVA, Lurdes Chiossi da. Prevenção da úlcera por pressão: instrumentalizando a enfermagem e orientando o familiar cuidador. **Acta Sci. Health Sci**, Maringá, v. 29, n. 2, p. 85-89, out. 2013. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/1072>>. Acesso em: 23 nov. 2017.

MARTINS, Josiane de Jesus et al. Necessidade de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. **Texto contexto - enferm. [online]**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 254-262, abr. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n2/a07v16n2.pdf>>. Acesso em: 24 abr. 2018.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. Trabalho em saúde. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (org.). **Dicionário da Educação e Trabalho em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2003. p 276 - 82

MORAES, Juliano Teixeira et al. Conceito e classificação de Lesão por Pressão: atualização do National Pressure Ulcer Advisory Panel. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v. 6, n. 2, p. 2292-06, maio. 2016. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1423/1111>>. Acesso em: 24 nov. 2017.

OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; PEREIRA, Iara Cristina. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, p.158-64, set. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea20.pdf>>. Acesso em: 07 dez. 2017.

PAVONI, Daniela Soccoloski; MEDEIROS, Cássia Regina Gloter. Processos de trabalho na Equipe Estratégia de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n.2, p. 265-71, mar.2009. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n2/a15v62n2.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2018.

PEREIRA, Tacilla Maria Rodrigues et al. Prevenção de Lesão por Pressão em acamados na Atenção Básica: Revisão Integrativa. **Editora Realize**, Paraíba, p. 1-6, 2017. Disponível em:<https://editorarealize.com.br/revistas/conbracis/trabalhos/TRABALHO_EV071_MD4_SA4_ID589_15052017222912.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2018.

REIS, Marcos Aurélio Seixas dos et al. Organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafios para mudanças de práticas. **Revista Interface**, v. 11, n. 23, p. 655-66, set. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v11n23/a22v1123.pdf>>. Acesso em: 09 mai.2009.

ROCHA, Michel Patrick Fonseca; VIEIRA, Maria Aparecida; SENA, Roseni Rosângela de. Desvelando o cotidiano dos cuidadores informais de idosos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n.6, p. 801-08, nov. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n6/a02v61n6>>. Acesso em: 12 abr. 2018.

YAVO, Ivete de Souza; CAMPOS, Elisa Maria Parahyba. Cuidador e cuidado: o sujeito e suas relações no contexto da assistência domiciliar. **Revista Psicologia: Teoria e Prática**, v. 18, n. 1, p. 20-32, jan-abr.2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872016000100002>. Acesso em: 09 mai. 2018

APÊNDICE A- Ficha Guia de Visita Domiciliar para Pacientes Acamados no Domicílio, com Risco de Desenvolvimento de LPP

ESF ÂNGELA FRANCISCA	Ficha-Guia de Visita Domiciliar
() Visita solicitada pela família/cuidador/ comunidade () Visita solicitada pelo ACS	Data da Visita Domiciliar:
Profissionais responsáveis pela Visita: () Enfermeiro () Médico () Tec. Enfermagem () ACS – Nome: _____	
Endereço:	Telefone:
Nº de pessoas que compõe a família	Nº de pessoas que contribuem para a renda familiar:
Quem necessita de cuidados?	Quem cuida?
Há quanto tempo está restrito ao leito?	Diagnóstico Inicial:
Apresenta LPP? () SIM () NÃO – Se sim: Classificação da LPP: _____	Descrição do aspecto, localização da LPP:
Classificação Escala de Braden: () Risco baixo () Risco moerado () Risco elevado () Muito elevado	
Doenças crônico degenerativas? () SIM () NÃO – Se SIM, qual (is)?:	
Impressão da equipe: Quanto a infraestrutura física do domicílio: _____ Quanto as relações interpessoais: _____ Quanto as condições socioeconômicas: _____	
Outras Observações:	Encaminhamentos:
Aspectos a serem observados nas visitas domiciliares subsequentes:	

Fonte: Criado pela autora com dados extraídos de Cunha e Gama (2012, p. 7)

ANEXO Ficha de Avaliação de Risco de Lesão por Pressão (Escala de Braden)

Nome do paciente: _____		Avaliado por: _____		Dias		
PERCEÇÃO SENSORIAL: Capacidade de reagir a pressão relacionada com desconforto	1- Totalmente limitado: não reage (não geme, não se esquivar nem se agarra) a estímulo doloroso devido redução do nível de consciência ou a sedação, ou capacidade limitada de sentir dor na maior parte do corpo.	2- Muito limitado: apenas reage a estímulos dolorosos, não é capaz de comunicar o desconforto exceto por gemidos ou agitação. Ou apresenta algum déficit sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais da metade do corpo	3- Levemente limitado: responde a comando verbal, mas nem sempre é capaz de comunicar desconforto ou necessidade de ser mudado de posição, ou tem certo grau de déficit sensorial que limita sua capacidade de sentir desconforto em uma ou ambas as extremidades	4- Nenhuma limitação: responde comandos verbais, não apresenta déficit sensorial que limitaria capacidade de andar, verbalizar dor ou desconforto		
UMIDADE: Nível ao qual a pele está exposta a umidade	1- Completamente molhado: a pele é mantida molhada quase constantemente por transpiração, urina, etc. Umidade é detectada ao movimentar-se do paciente.	2- Muito molhado: a pele está frequentemente, mas nem sempre molhada. A roupa de cama precisa ser trocada pelo menos uma vez por turno	3- Ocasionalmente molhado: a pele fica ocasionalmente molhada, requerendo uma troca extra de roupa de cama por dia	4- Raramente molhada: a pele geralmente está seca, e a troca de roupa de cama só é necessária nos horários de rotina		
ATIVIDADE: grau de atividade física	1- Acamado: confinado ao leito	2- Confinado a cadeira: capacidade de andar está seriamente limitada ou inexistente. Não é capaz de sustentar o próprio peso e/ou precisa de ajuda para sentar-se	3- Caminha ocasionalmente: anda ocasionalmente durante o dia, embora distâncias muito curtas com ou sem ajuda; passa a maior parte do tempo no leito ou na cadeira	4- Anda frequentemente: anda com frequência fora do quarto pelo menos duas vezes ao dia; dentro do quarto pelo menos 2h quando está acordado		
MOBILIDADE: capacidade de mudar e controlar a posição do corpo	1- Totalmente imóvel: não faz nem mesmo pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo e extremidades sem ajuda	2- Bastante limitado: faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou extremidades, mas é incapaz de fazer mudanças frequentes ou significativas na posição do corpo ou extremidades	3- Levemente limitado: faz mudanças frequentes, embora pequenas, na posição do corpo ou das extremidades, sem ajuda	4- Não apresenta limitação: mudanças importantes frequentes na posição, sem auxílio		
NUTRIÇÃO: pedido usual de consumo alimentar	Muito insatisfatório: nunca ingere uma refeição completa, raramente come 1/3 do alimento oferecido. Como 2 porções ou menos de proteínas (carne ou laticínios) por dia. Ingere pouco líquido ou é mantido em jejum e/ou com dieta líquida ou hidratação IV por mais de 5 dias	2- Provavelmente inadequado: raramente ingere uma refeição completa e em geral come cerca da metade do alimento oferecido. Ingestão de proteínas inclui somente porções de carne e laticínios por dia. Ocasionalmente aceita um suplemento alimentar ou recebe dieta líquida abaixo da quantidade satisfatória ou alimentação por sonda	3- Adequado: come mais de metade da maioria das refeições. Ingere um total de 4 porções de alimentos ricos em proteína (carne ou laticínios) todo dia. Às vezes recusa uma refeição, mas geralmente aceita um suplemento alimentar, é alimentado por sonda ou regime de nutrição parenteral total, o que provavelmente satisfaz a maior parte das necessidades nutricionais	4- Excelente: come a maior parte de cada refeição. Nunca recusa uma refeição. Geralmente ingere um total de 4 ou mais porções de carne e laticínios. Em geral come entre as refeições. Não necessita de suplemento alimentar		
FRICÇÃO E CISALHAMENTO	1- Problema: requer assistência moderada ou máxima para se mover. É impossível levantá-lo ou erguê-lo completamente sem que haja atrito da pele com os lençóis. Frequentemente escorrega no leito ou cadeira, necessitando de frequentes ajustes de posição com o máximo de assistência. Espasticidade, contratura ou agitação levam a quase somente fricção	2- Problema potencial: move-se sem vigor ou requer mínima assistência. Durante o movimento provavelmente ocorre um certo atrito da pele com o lençol, a cadeira, e outros. Na maior parte do tempo mantém posição relativamente boa no leito ou na cadeira, mas às vezes escorrega	3- Nenhum problema: move-se sozinho no leito ou na cadeira e tem força muscular suficiente para erguer o corpo completamente durante o movimento. Sempre mantém uma boa posição no leito ou cadeira	/		

Fonte: Adaptada de Paranhos e Santos *apud* Borges e Domansky (2014, p.179-180)

Classificação de risco	Pontuação
Risco baixo	15 a 18
Risco moderado	13 a 14
Risco elevado	10 a 12
Risco muito elevado	9 ou menos

Fonte: WONC apud Borges e Bomansky (2014, p.183)

