

Cuidados com feridas em pacientes domiciliares: uma análise sobre as condições dessas lesões e o procedimento realizado pelo cuidador

Wound care in-home patients: an analysis of the conditions of these injuries and the procedure performed by the caregiver

Michelle Maciel Pereira^a

Orcid: <http://orcid.org/0000-0002-9338-3148>

Rosangela Filipini^b

Orcid: <http://orcid.org/0000-0001-9749-9327>

Edimar Pereira^c

Orcid: <http://orcid.org/0000-0001-6136-3700>

Beatriz da Costa Aguiar Alves^d

Orcid: <http://orcid.org/0000-0001-9930-7747>

Glaucia Luciano da Veiga^e

Orcid: <http://orcid.org/0000-0002-6097-2341>

Fernando Luiz Affonso Fonseca^f

Orcid: <http://orcid.org/0000-0003-1223-1589>

Resumo

Objetivo: Avaliar a técnica de curativos em feridas realizadas em âmbito domiciliar de pacientes atendidos no *Programa Melhor em Casa*, do município de Santo André/Brasil. **Metodologia:** Pesquisa quantitativa, descritiva. Realizada com 30 pacientes, ambos os sexos, atendidos no Programa Melhor em Casa, acamados com presença de feridas. Dados foram coletados via entrevista e observação da técnica do curativo pelo cuidador, durante a visita domiciliar do Programa. Foi realizada coleta de fragmento da ferida, para análise do material em laboratório de análises clínicas da FMABC. Processamento e análise dos dados pelo software Epi Info, 3.5.2. com nível de significância em 5%. **Resultados:** A maioria dos doentes e cuidadores são do sexo feminino, com idade média de 66,6 anos. A higiene mostrou-se adequada em 56,7% dos casos; a falta de higiene está relacionada a maior tempo de existência da ferida ($p=0,061$). Feridas são mais frequentes em região sacrococcígea e membro inferior (36,7% e 43,3% respectivamente); 100% contaminadas por bactérias e 63,3% com presença de 2 bactérias, das quais destacam-se *Proteus*, *Pseudomonas* e *Stafilococcus aureus* (43,3%, 26,7% e 23,3% respectivamente); média escore da avaliação da técnica do curativo foi de 7,1 ($\pm 1,6$). **Conclusão:** A higienização é fundamental na prevenção e recuperação de feridas. O procedimento não está sendo realizado adequadamente, de forma que se recomenda que o Programa Melhor em Casa reveja esta estratégia.

Palavras-chave: ferida; cuidado domiciliar; curativo; infecção

^a Enfermagem oncológica. Laboratório de Análises Clínicas do Centro Universitário Saúde ABC/ Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, SP – Brasil. E-mail: michellepereira@uol.com.br

^b Professora Titular em Enfermagem em Saúde Pública da Faculdade de Medicina do ABC; Coordenadora do Curso de Enfermagem da FMABC; Curso de Especialização em Enfermagem Pediátrica e Neonatal da FMABC; Coordenadora de Enfermagem do Ambulatório de Especialidades da FMABC. Centro Universitário Saúde ABC/ Faculdade de Medicina do ABC, Santo André – SP – Brasil. E-mail: filipini@gmail.com

^c Departamento de Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP – Diadema. SP – Brasil Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brasil. E-mail: edimar_pereira@unifesp.br

^d Laboratório de Análises Clínicas. Centro Universitário Saúde ABC/ Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, SP – Brasil. E-mail: bcaalves@uol.com.br

^e Laboratório de Análises Clínicas. Centro Universitário Saúde ABC/ Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, SP – Brasil. E-mail: grlveiga@gmail.com

^f Laboratório de Análises Clínicas do Centro Universitário Saúde ABC da Faculdade de Medicina, Santo André, SP-Brasil e Departamento de Ciências Farmacêuticas, Universidade Federal de São Paulo-UNIFESP/ Diadema, SP, Brasil. E-mail: profferfonseca@gmail.com

Abstract

Objective: To evaluate the dressing technique in wounds performed at home in patients seen in the *Programa Melhor em Casa*, in the municipality of Santo André / Brazil. **Methodology:** This is a quantitative, descriptive research. It was performed with 30 patients, both sexes, attended in the Better at Home Program, bedridden with wounds present. Data were collected through interview and observation of the dressing technique by the caregiver during the home visit of the Program. A wound fragment was collected for analysis of the material in the clinical analysis laboratory of the FMABC. Processing and analysis of data by Epi Info software, 3.5.2. with significance level at 5%. **Results.** Most patients and caregivers are female, with a mean age of 66.6 years. Hygiene was adequate in 56.7% of the cases; the lack of hygiene is related to the longer time of existence of the wound ($p = 0.061$). Wounds are more frequent in the sacrococcygeal region and lower limb (36.7% and 43.3%, respectively); 100% contaminated by bacteria and 63.3% with presence of 2 bacteria, of which *Proteus*, *Pseudomonas* and *Staphylococcus aureus* (43.3%, 26.7% and 23.3%, respectively); The mean score of the evaluation of the dressing technique was 7.1 (± 1.6). **Conclusion:** Hygiene is critical in wound prevention and recovery. The procedure is not being performed properly, so it is recommended that the Better Home Program review this strategy.

Keywords: wound; home care; band aid; infection

Introdução

A pele, considerada o maior órgão de absorção do corpo, apresenta três camadas: a epiderme (camada mais externa da pele), a derme (camada mais profunda e composta por fibroblastos, fibras elásticas e colágeno) e a hipoderme, que é um tecido conjuntivo frouxo constituído de tecido adiposo^{1,2}.

Várias são as causas que levam à perda de integridade da pele, como invasão ou ferida por fatores extrínsecos e intrínsecos. O processo de invasão no organismo pode ocorrer por vírus, bactérias ou parasitas e é denominado infecção, que pode ser específica ou inespecífica. Os fatores extrínsecos causadores de feridas podem ser incisão cirúrgica, por corte ou trauma; os intrínsecos, por sua vez, podem ser causados por úlceras crônicas, defeitos metabólicos e neoplasias^{1,3}. Esses danos à integridade da pele podem ser classificados como uma lesão tecidual, uma deformidade ou solução de continuidade, podendo atingir e danificar de forma superficial até estruturas profundas, que variam de acordo com sua classificação de comprometimento em grau I, II, III e IV^{1,3}. A lesão pode ser moderada a grave, havendo, portanto, necessidade de intervenção e cuidado²⁻⁴.

A cicatrização da ferida consiste na restauração da perda tecidual, por isso é importante conhecer esse processo e como realizar o curativo de forma adequada⁴. A cicatrização possui três fases importantes. A primeira consiste na fase inflamatória, que inicia logo quando ocorre a lesão. O sistema de coagulação é ativado, fazendo agregação plaquetária e defesa contra infecção e ativando também o centro de cicatrização. A segunda fase é proliferativa; com a ação das células endoteliais, os fibroblastos e os queratinócitos, é desenvolvido um novo tecido de granulação composto de capilares, colágeno e proteoglicanos que crescem em direção à camada de células basais, proporcionado pelo aumento da concentração de oxigênio no leito da ferida⁴. A terceira fase é reparadora, quando se inicia a formação do tecido conjuntivo novo e de epitelização.

Para o acompanhamento da evolução da ferida, é necessário que o profissional tenha domínio das formas de avaliação e faça os seus registros das intervenções realizadas, incluindo a classificação segundo o grau de destruição de camada tecidual ou cor, localização anatômica, tamanho, especificando comprimento, largura e profundidade, aspecto do leito da ferida, dor ou

hipersensibilidade e temperatura^{3,4}. Outro aspecto importante para a cicatrização da ferida é a avaliação nutricional, para a qual é elaborado um plano terapêutico individualizado e monitorização periódica para analisar a efetividade do plano terapêutico⁴.

O curativo permite a proteção da lesão contra ação de agentes externos que possam prejudicar o processo de cicatrização, podendo causar um processo infeccioso ou facilitar a cicatrização. A escolha do tipo de curativo é de extrema importância, levando em consideração se há ou não um processo infeccioso². Existem algumas formas para que o curativo possa ser visualizado como ideal, tais como a umidade entre o curativo e a ferida, permitir a troca gasosa, remover excesso de secreção, ser isento de partículas, possibilitar a troca ou retirada do curativo sem causar traumas, sendo também importante avaliar o ponto de vista ecológico e econômico^{1,2}.

Dessa forma, este trabalho pretende identificar os riscos e as dificuldades dos indivíduos que realizam esses curativos em suas residências, contribuindo, assim, para a assistência de qualidade, favorecendo a prevenção e tratamento eficazes em pacientes com feridas.

Metodologia

Trata-se de estudo quantitativo de caráter descritivo, realizado no município de Santo André, SP, em região onde há pacientes cadastrados no Programa Melhor em Casa (programa federal de assistência domiciliar ao paciente acamado). Foram incluídos 30 indivíduos de ambos os sexos, maiores de 20 anos cadastrados no programa Melhor em Casa e portadores de feridas limpas e contaminadas resultantes de cirurgia, traumas e úlceras. Após aprovação da coordenadoria geral do Programa Melhor em Casa do Município de Santo André, do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da FMABC (parecer CONEP 812.364) e da Secretaria da Saúde

de Santo André, foi iniciada a coleta de dados. A entrevista consistiu em obter informações (variáveis do estudo) sobre características de identificação, condições socioeconômicas e de sua saúde, particularmente quanto à ferida, para avaliação do atendimento prestado pelo cuidador. Após a entrevista, houve a coleta do material biológico no leito da ferida. Esse material foi encaminhado para o laboratório da FMABC a fim de realização de análise de cultura para verificação de existência de processo infeccioso.

Coleta de material biológico das feridas

O procedimento do material biológico foi realizado conforme Protocolo do Laboratório de Análises Clínicas da FMABC e consistiu em lavagem da ferida com soro fisiológico 0,9% com gaze estéril e secagem e coleta do material por meio de uso de Swab estéril em movimentos circulares. O Swab colhido foi encaminhado ao setor de microbiologia do Laboratório de Análises Clínicas da FMABC para realização de cultura geral e identificação dos micro-organismos, seguindo as boas práticas em análises clínicas.

Os indivíduos portadores de feridas e os cuidadores foram informados sobre o resultado das análises e encaminhado para tratamento médico (UBS de referência) quando necessário.

Análise dos dados

O processamento e análise dos dados foram realizados por meio do software Epi-Info versão 3.5.2; para os testes de hipóteses, foi considerado o nível de significância em 5% ($p < 0,05$).

Resultados

Dos 30 pacientes incluídos neste estudo, 57% eram do sexo feminino; as mulheres correspondem à maioria dos cuidadores (97%) (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização do paciente do Programa Melhor em Casa e cuidador quanto ao sexo e condições socioeconômicas. Santo André, 2014.

Variável		n	%
Sexo do paciente	Masculino	13	43,3
	Feminino	17	57
Sexo do cuidador	Masculino	1	3
	Feminino	29	97
Tipo de casa	Alvenaria	25	83
	Mista	5	17
Vínculo do cuidador	Pai	1	3
	Mãe	1	3
	Outros*	28	93
Ocupação do cuidador	Desempregado	4	13
	Trabalho sem vínculo	1	3
	Trabalho com vínculo	2	7
	Cuidador sem remuneração	23	77
Escolaridade paciente (anos)	0 a 4	15	50
	5 a 11	15	50
Escolaridade cuidador (anos)	0 a 4	6	20
	5 a 11	24	80
Total		30	100

*Vínculo: filha, sobrinha e irmã

A média de idade dos pacientes observados foi de 66 \pm 20 anos. Quanto à idade do cuidador, uma média de 56 \pm 15 anos (Tabela 2). A minoria dos cuidadores era pai ou mãe e a maioria (93%) filha, sobrinha ou irmã dos pacientes; a maioria dos cuidadores exerce essa atividade como ocupação principal e sem remuneração

(77%). Quanto à escolaridade dos cuidadores, 80% possuem entre 8 a 11 anos de estudos, maior que a do doente, estes com 5 a 11 anos (50%). Quanto às condições de moradia dos pacientes, 83% residem em casa de alvenaria (Tabela 1) e com uma média de 2,8 moradores (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição de médias e medidas de dispersão das idades do paciente e cuidador, família e os cuidados com a ferida do Programa Melhor em casa. Santo André, 2014.

Variável	n	Média	Mediana	Min/max	dp*
Idade paciente (anos)	30	67	72	24/95	20
Idade cuidador (anos)	30	51	53	17/76	15
Número de moradores casa	30	3	3	1 e 6	1
Tempo gasto por dia com cuidado (hs)	30	1,3	1	0 e 2	0,6
Tempo de presença da ferida (meses)	30	9	5	2 e 48	10

*dp = desvio padrão; Min/max = mínimo e máximo.

O tempo gasto pelo cuidador para realização dos cuidados de higiene do paciente, incluindo técnica de curativo e alimentação, apresentou uma média de 1,3 horas (Tabela 2). Todos os cuidadores referiram que os pacientes apresentavam morbidades, sendo que 56,7% apresentavam Hipertensão Arterial

Sistêmica (HAS).

A ferida encontrada na maioria dos pacientes localizava-se em região de membro inferior esquerdo (43%) e região sacrococcígea (37%, Tabela 4). Em 60% das feridas, havia processo infeccioso; dessas, foram encontradas duas bactérias em 63% no resultado de cultura (Tabela 4).

Tabela 3. Caracterização do paciente do Programa Melhor em Casa quanto às condições de saúde. Santo André, 2014.

Variável		n	%	
Morbidades Referidas	HAS	Sim	17	57
		Não	13	43
	DM	Sim	5	17
		Não	25	17
	Cardiopatia	Sim	4	13
		Não	26	87
	Outros*	Sim	2	7
		Não	28	93
	TOTAL		30	100

Tabela 4. Caracterização do paciente do Programa Melhor em Casa quanto às condições da ferida. Santo André, 2014.

Variável		n	%
MSD	Sim	2	7
	Não	28	93
Íliada	Sim	1	3
	Não	29	97
Sacrococcígea	Sim	11	37
	Não	19	63
Trocanter	Sim	5	17
	Não	25	83
MID	Sim	7	23
	Não	23	77
MIE	Sim	13	43
	Não	17	57
Presença de bactéria	Sim	30	100
	Não	0	0
Frequência de bactéria pela cultura	Somente uma espécie bacteriana	11	37
	Duas espécies bacterianas	19	63
TOTAL		30	100

As bactérias mais encontradas nos resultados de cultura foram *Proteus mirabilis* 43,3%, *Pseudomonas aeruginosa* 26,7% e *Staphylococcus aureus* 23,3% (Tabela 5).

Tabela 5. Caracterização do paciente do Programa melhor em Casa quanto ao resultado de cultura do sítio da ferida. Santo André, 2014.

CULTURA GERAL	Sim		Não	
	N	%	n	%
<i>Staphylococcus</i> sp.	5	17	25	83
<i>Staphylococcus aureus</i>	7	23	23	77
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	8	27	22	73
<i>Enterococcus faecalis</i>	4	13	26	87
<i>Corynebacterium</i> sp	1	3,3	29	97
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	2	7	28	93
<i>Scherichia coli</i>	5	17	25	83
<i>Proteus mirabilis</i>	13	43	17	5
<i>Candida krusei</i>	1	3	29	97

Quanto ao escore da técnica de curativo realizado pelo cuidador, obteve-se uma média e mediana de acertos de 7,1 e 7,5

respectivamente, com nota máxima de 8,3 de acordo com cálculos efetuados no software Excel (Figura 1).

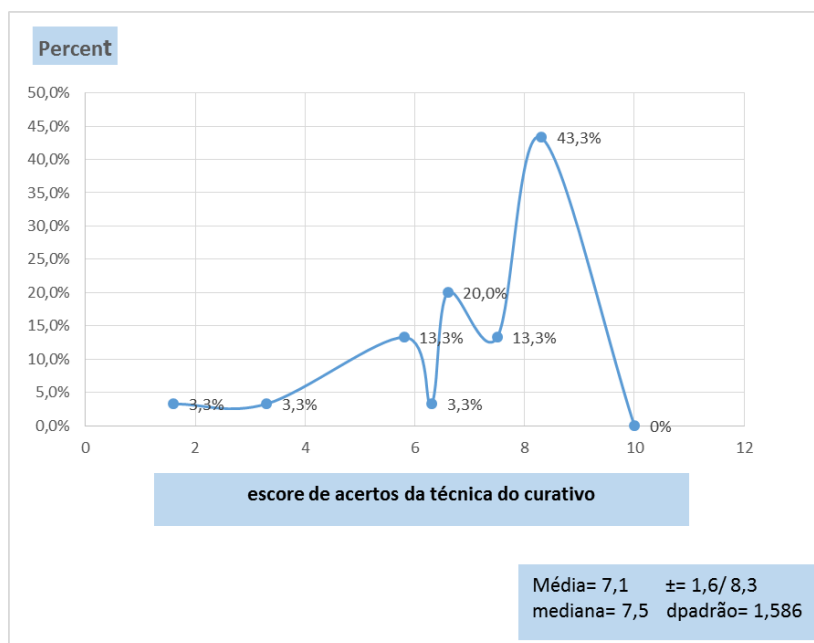


Figura 1. Distribuição do escore da técnica realizada pelo cuidador de paciente do Programa Melhor em Casa quanto às condições de saúde. Santo André, 2014. Dpadrão = desvio padrão.

Quanto aos testes e hipóteses, a variável escore do procedimento foi analisada com todas as variáveis, contudo não foi observada significância estatística. A média

de tempo da ferida é a maior entre os pacientes com higiene considerada inadequada (próximo da significância estatística, $p=0,061$) (Tabela 6).

Tabela 6. Distribuição de média e medidas de dispersão da higiene do paciente, tempo de presença da ferida e idade do paciente do Programa Melhor em casa. Santo André, 2014.

Variável		n	média	min/máx	dp	p
Higiene do paciente	Tempo de presença da ferida					
	adequada	13	7,4	2/ 48	12,2	0,061*
inadequada	17	8,6	2/ 36	8,6		
Higiene do paciente	Idade do paciente					
	adequada	13	68,1	27/ 95	21,4	0,557
inadequada	17	65,5	24/ 88	20		

*Teste de Kruskal-Wallis; dp = desvio padrão; min/ máx = mínimo e máximo.

Discussão

A pesquisa tratou de avaliar as feridas em pacientes domiciliares atendidos pelo Programa Melhor em Casa. Esse programa realiza visita domiciliar regular aos pacientes cadastrados, orientando os familiares quanto aos cuidados em geral

realizados e verificando a necessidade de insumos utilizados.

Neste estudo, foi possível identificar o perfil dos cuidadores; todos pertencem à família do paciente, são predominantemente mulheres e com uma variação significativa de idade (jovens e idosos). Ainda, esses cuidadores se dedicam apenas a prestar cuidados ao paciente sem

remuneração, portanto estão desempregados, mesmo que 80% deles apresentem escolaridade de 8 a 11 anos de estudo. Apenas os idosos possuem uma renda oriunda da aposentadoria; os jovens não possuem nenhuma perspectiva de trabalho.

Quando a rotina do cuidador idoso é avaliada, sabe-se que esses profissionais passam por sobrecarga, estresse, depressão e ansiedade⁵. Esse panorama pode se associar ao grupo deste estudo, tendo em vista que a população de cuidadores tem um perfil semelhante, inclusive na dinâmica familiar.

Ainda refletindo sobre o cuidador, o tempo referido de gasto com o cuidado foi baixo, em cerca de 1,3 horas por dia; assim, supondo-se que esse é o tempo médio de dedicação ao doente, o cuidador tem possibilidade de buscar outra ocupação que ofereça a possibilidade de renda, além de atividades de lazer. Contudo, durante a coleta foi observado que todos os pacientes demonstraram completa dependência do cuidador, evidenciando que o tempo gasto referido possa ser maior. O cuidador normalmente não realiza revezamento com outras pessoas, prestando cuidado em tempo integral, o que pode prejudicar sua vida pessoal e oferecer cuidado impróprio ao doente⁵.

Aprofundando-se um pouco mais nessa questão, sabe-se que todas as famílias que têm um doente dependente passam inicialmente por um processo de mudança que pode implicar um desequilíbrio em sua estrutura familiar, exigindo que haja um processo de reorganização. Assim, é evidente que todos os familiares são afetados pela condição do paciente, mas apenas um familiar, que é o cuidador principal e que possui todas as informações do paciente, tem um envolvimento muito maior e precisa sofrer ajustes em sua vida pessoal. Em pesquisa realizada sobre autocuidado do cuidador familiar após alta hospitalar, os autores concluíram que o cuidador necessita de apoio dos familiares

ou de alguém que seja mais próximo, contribuindo para o autocuidado⁶.

Na caracterização dos sujeitos estudados, além da ferida presente, eles possuíam comorbidades, em sua grande maioria Hipertensão Arterial Sistêmica, que resultou em complicações que os levaram à situação de acamados. Portanto, supõe-se que as feridas se originaram desse quadro de saúde. HAS pode trazer vários agravos e a soma desses acarreta consequências incapacitando o doente, resultando dependência parcial ou total do cuidador⁷.

Uma outra característica observada, e que reforça essa hipótese, diz respeito à localização das feridas. As mais encontradas foram em membros inferiores e região sacrococcígea, que pode estar relacionado à mudança de decúbito e que tem relação direta com o modo de cuidar.

Corroborando esse achado com relação à localização das feridas, sabe-se que a lesão ocorrida em proeminências ósseas é resultante de pressão isolada ou de pressão combinada com fricção e/ou cisalhamento, destacando a importância da mudança de decúbito⁸.

Durante as visitas domiciliares, observou-se que a higiene do ambiente não estava totalmente apropriada para acolher uma pessoa doente e acamada. Somado à presença de 100% das feridas infectadas por uma ou duas bactérias e a avaliação do procedimento realizado pelos cuidadores, o qual ninguém obteve a nota máxima pelo escore. Esse conjunto de resultados permite inferir que os cuidadores não têm exercido o cuidado com a ferida e com a higiene pessoal do paciente de modo adequado, apesar do treinamento, recursos materiais disponibilizados e acompanhamento pelo programa.

Estudo sobre a avaliação de úlceras por pressão em pacientes em cuidados paliativos domiciliares identificou que, nos sujeitos investigados, as orientações necessárias para a prevenção e cuidado das lesões não ocorreram⁹. Destacam que esse treinamento deve conter vários conteúdos, inclusive quanto à fisiopatologia. No estudo

em questão, observou-se o acompanhamento da equipe do Programa Melhor em Casa e suas estratégias de seguimento; embora não sendo objeto de estudo, não foi observado durante a coleta dos dados um trabalho efetivo sobre conteúdos teóricos, apenas treinamento da técnica do curativo.

Quanto aos tipos de bactérias encontradas durante o processo de análise laboratorial, uma delas foi o *Staphylococcus aureus*, que faz parte da microbiota normal¹⁰; são bactérias oportunistas que podem causar infecções simples ou graves. No caso deste estudo, podem estar associadas com a falta de higiene observada do cuidador com o paciente.

Além disso, também foram identificadas bactérias *Proteus mirabilis* que podem ser encontradas na microbiota intestinal, solo e água poluída; essa contaminação tem a mesma origem, portanto, da infecção pelo *Staphylococcus aureus*, isto é, podem estar relacionadas ao processo de higiene¹¹.

Para avaliação do procedimento de cuidado com a ferida, utilizou-se a estratégia de pontuação por score; essa conduta facilitou a identificação da qualidade da técnica do curativo pelo cuidador. A maioria dos cuidadores não narrou a lavagem das mãos ou o uso de luvas antes de realizar a técnica do curativo. Ao comparar a técnica limpa para realização do curativo com seus relatos, pode-se perceber que os cuidadores não umedecem o curativo sujo com solução fisiológica 0,9% e não limpam a ferida com jatos de solução fisiológica 0,9% da área limpa para suja, conforme recomendado.

Ainda, a nota de score da técnica do curativo deveria ter alcançado um melhor

resultado, levando-se em consideração que os pacientes e cuidadores são acompanhados e orientados periodicamente pela equipe multidisciplinar do Programa Melhor em Casa. O cuidador deve obter informações sobre as dificuldades que serão enfrentadas, procurando alternativas para que o impacto da doença seja minimizado. Os profissionais precisam orientar o cuidador quanto ao cuidado realizado, e oferecer apoio para que o cuidado seja eficiente, sem ocasionar danos ao doente e também ao cuidador¹².

Diante disso, pode-se indagar se o programa Melhor em Casa apresenta falhas, pois seu objetivo não tem sido alcançado em sua totalidade, dada a presença maciça de feridas contaminadas. Contudo, parece ser uma conclusão simplista, tendo em vista que a resistência na recuperação das feridas pode ter sua origem em múltiplos fatores. A exemplo, a relação familiar que possui uma dinâmica complexa, inclusive nessa população do estudo, somada à condição socioeconômica familiar desfavorável.

Conclusão

Tendo em vista que o programa realiza as visitas regularmente, faz o treinamento e oferece os materiais, o cuidador ainda não responde adequadamente ao programa proposto. Portanto, pode-se concluir que o procedimento não está sendo realizado adequadamente. Recomenda-se que o Programa Melhor em Casa reveja sua estratégia de seguimento com foco familiar e não somente ao doente. Pela excessiva contaminação por bactérias, pode-se concluir que a higienização é fundamental na prevenção e recuperação de feridas.

Referências

1. Guerra A, Belinha J, Jorge RN. Modelling skin wound healing angiogenesis: A review. *J Theor Biol.* 2018;459:1-17.

2. Machado RS, Viana S, Sbruzzi G. Low-level laser therapy in the treatment of pressure ulcers: systematic review. *Lasers Med Sci.* 2017;32(4):937-944.
3. Balan MAJ. Guia Terapêutico para tratamento de feridas. 2º ed. Difusão Editora. São Caetano do Sul, 2012. 99p.
4. Cappiello F, Casciaro B, Mangoni ML. A Novel In Vitro Wound Healing Assay to Evaluate Cell Migration. *J Vis Exp.* 2018;(133):56825. Published 2018 Mar 17. doi:10.3791/56825.
5. Oliveira DC, D'Elboux MJ. Estudos nacionais sobre cuidadores familiares de idosos: revisão integrativa. *Rev Bras Enferm.* 2012; 65(5): 829-38.
6. Costa SRD, Castro EAB. Autocuidado do cuidador familiar de adultos ou idosos dependentes após a alta hospitalar. *Rev Bras Enferm.* 2014; 67(6): 979-86.
7. Carvalho MV, Siqueira LB, Sousa ALL, Jardim PCBV. The influence of hypertension on quality of life. *Arq. Bras. Cardiol.* 2013; 100(2):164-174.
8. Galvão NS, Serique MAB, Santos VLCG, Nogueira PC. Knowledge of the nursing team on pressure ulcer prevention. *Rev Bras Enferm.* 2017; 70(2): 294-300.
9. Queiroz ACCM, Mota DDCF, Bachion MM, Ferreira ACM. Úlceras por pressão em pacientes em cuidados paliativos domiciliares: prevalência e características. *Rev Esc Enferm USP* 2014; 48(2): 264-71.
10. Santos ALS, Santos DO, Freitas CC, Ferreira BLA, Afonso IF, Rodrigues CR, et al. *Staphylococcus aureus*: visitando uma cepa de importância hospitalar. *J Bras Patol Med Lab.* 2007; 43(6): 413-23.
11. Motta MC, Spinelli MO, Godoy CMSC, Cruz RJ, Bortolatto J. Detecção de *Proteus mirabilis* nas fezes de camundongos SPF. *REBSCAL* 2012; 1(3): 246-50.
12. Brum AKR, Camacho ACLF, Valente GSC, Sá SPC, Lindolpho MC, Louredo DS. Programa para cuidadores de idosos com demência: relato de experiência. *Rev. Bras. Enferm.* 2013; 66(4): 619-24.

Como citar este artigo:

Pereira MM, Filipini R, Pereira E, Alves BCA, Veiga GL, Fonseca FLA. Cuidados com feridas em pacientes domiciliares: uma análise sobre as condições dessas lesões e o procedimento realizado pelo cuidador. *Rev. Aten. Saúde.* 2020; 18(65): 116-125