



Texto & Contexto - Enfermagem

ISSN: 0104-0707

ISSN: 1980-265X

Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós
Graduação em Enfermagem

Machado, Diani de Oliveira; Mahmud, Sati Jaber; Coelho, Rosane Pignones; Cecconi,
Cristina Oliveira; Jardim, Gislaiane Santos; Paskulin, Lisiane Manganelli Girardi

CICATRIZAÇÃO DE LESÕES POR PRESSÃO EM PACIENTES
ACOMPANHADOS POR UM SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR¹

Texto & Contexto - Enfermagem, vol. 27, núm. 2, e5180016, 2018

Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós Graduação em Enfermagem

DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072018005180016>

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71469378030>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em redalyc.org

UABEM redalyc.org

Sistema de Informação Científica Redalyc

Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal

Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa
acesso aberto

<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072018005180016>

CICATRIZAÇÃO DE LESÕES POR PRESSÃO EM PACIENTES ACOMPANHADOS POR UM SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR¹

Diani de Oliveira Machado², Sati Jaber Mahmud³, Rosane Pignones Coelho⁴, Cristina Oliveira Cecconi⁵, Gislaine Santos Jardim⁶, Lisiane Manganeli Girardi Paskulin⁷

¹ Manuscrito extraído da dissertação - Cicatrização de Úlceras por Pressão em Pacientes na Atenção Domiciliar, apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), em 2016.

² Mestre em Enfermagem. Enfermeira do Hospital Nossa Senhora da Conceição. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: dianimachado@hotmail.com

³ Mestre em Avaliação e Produção de Tecnologias em Saúde. Médico de Família e Comunidade e do Serviço de Atenção Domiciliar do Grupo Hospitalar Conceição. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: satijaber@gmail.com

⁴ Enfermeira do Serviço de Atenção Domiciliar do Grupo Hospitalar Conceição. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: rosanepig@bol.com.br

⁵ Enfermeira do Serviço de Atenção Domiciliar do Grupo Hospitalar Conceição. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: criscecconi@uol.com.br

⁶ Enfermeira do Serviço de Atenção Domiciliar do Grupo Hospitalar Conceição. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: nanejardim@yahoo.com.br

⁷ Doutora em Ciências. Professora da Escola de Enfermagem da UFRGS. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: paskulin@orion.ufrgs.br

RESUMO

Objetivo: avaliar a cicatrização de lesões por pressão em pacientes na atenção domiciliar.

Método: estudo longitudinal observacional com amostra intencional de 38 pacientes conduzido em um serviço de atenção domiciliar. Foram coletados dados sociodemográficos, clínicos e as características das lesões no período de abril a outubro de 2015. A cicatrização foi avaliada pelo instrumento *Pressure Ulcer Scale for Healing*, por planimetria e pela profundidade das lesões por pressão. A coleta de dados ocorreu durante as visitas domiciliares realizadas na admissão do paciente no serviço e após quatro e seis semanas. Dados em prontuário também foram coletados. A comparação das variáveis referentes à cicatrização foi realizada pelo Teste de Friedman e a probabilidade de cicatrização, pelo método Kaplan-Meier.

Resultados: dos pacientes, 50% eram mulheres e 60,5%, idosos. A mediana de lesões por paciente foi 2. Predominaram os estágios 2 (48,3%) e 3 (35,6%), e 47,1% das feridas cicatrizaram. O escore do *Pressure Ulcer Scale for Healing*, a planimetria e a profundidade variaram significativamente no período do estudo ($p < 0,05$). A probabilidade de cicatrização aumentou com o passar do tempo, sendo a mediana de cicatrização 44 dias.

Conclusão: houve evolução favorável na cicatrização de acordo com os métodos de mensuração utilizados.

DESCRIPTORES: Serviços de assistência domiciliar. Pacientes domiciliares. Úlcera por pressão. Cicatrização de feridas. Estudo longitudinal.

PRESSURE INJURY HEALING IN PATIENTS FOLLOWED UP BY A HOME CARE SERVICE

ABSTRACT

Objective: to evaluate the healing of pressure injuries in home care patients.

Method: longitudinal observational study with an intentional sample of 38 patients conducted in a home care service. Sociodemographic and clinical data were collected as well as the characteristics of the pressure injuries between April and October of 2015. Healing was evaluated by using the *Pressure Ulcer Scale for Healing* instrument, by measuring planimetry and depth of pressure injuries. Data were collected during home visits at the patient's admission to the service and then after four and six weeks. Data from patient records were also collected. The comparison of the variables related to healing was performed by using the Friedman test and the Kaplan-Meier method was used for the probability of healing.

Results: 50% of the patients were women and 60.5% were elderly. There was an average of 2 pressure injuries per patient. Pressure injury stage 2 (48.3%) and 3 (35.6%) predominated and 47.1% of the wounds healed. The *Pressure Ulcer Scale for Healing* score, planimetry and depth varied significantly over the study period ($p < 0.05$). The probability of healing increased over time, with the average time of healing being 44 days.

Conclusion: there was a favorable evolution in healing according to the measurement methods used.

DESCRIPTORS: Home care services. Home patients. Pressure ulcer. Wound healing. Longitudinal study.

CICATRIZACIÓN DE LESIONES POR PRESIÓN EN PACIENTES ACOMPAÑADOS POR UN SERVICIO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA

RESUMEN

Objetivo: evaluar la cicatrización de lesiones por presión en pacientes en la atención domiciliaria.

Método: estudio longitudinal y observacional con una muestra intencional de 38 pacientes, conducido en un servicio de atención domiciliaria. Fueron obtenidos datos sociodemográficos, clínicos y las características de las lesiones entre abril y octubre de 2015. La cicatrización fue evaluada por el instrumento *Pressure Ulcer Scale for Healing*, por planimetría y por la profundidad de las lesiones por presión. La recolección de datos ocurrió durante las visitas domiciliarias realizadas en la admisión del paciente en el servicio, después cuatro y seis semanas. Los datos en prontuario también fueron recolectados. La comparación de las variables referentes a la cicatrización fue realizada por el Test de Friedman y la probabilidad de cicatrización por el método Kaplan-Meier. El presente estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal de Rio Grande do Sul bajo el número 965.082. **Resultados:** entre los pacientes, el 50% eran mujeres y el 60,5% eran ancianos. El promedio de lesiones por paciente fue 2. Predominaron las categorías II (48,3%), III (35,6%) y 47,1% de las heridas cicatrizaron. El resultado del *Pressure Ulcer Scale for Healing*, la planimetría y la profundidad variaron significativamente en el período del estudio ($p < 0,05$). La probabilidad de cicatrización aumentó con el pasar del tiempo, siendo el promedio de cicatrización de 44 días.

Conclusión: hubo una evolución favorable en la cicatrización de acuerdo con los métodos de mensuración utilizados.

DESCRIPTORES: Servicios de asistencia domiciliaria. Pacientes domiciliarios. Úlcera por presión. Cicatrización de heridas. Estudio observacional.

INTRODUÇÃO

A Atenção Domiciliar (AD) é uma modalidade de atendimento integrada à rede de atenção à saúde, que visa à integralidade e às ações de promoção à saúde, cuidado paliativo, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação.¹ Em 2011, a AD foi reordenada dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), prevendo o atendimento domiciliar pela Estratégia de Saúde da Família e por serviços específicos denominados de Serviços de Atenção Domiciliar (SADs), de acordo com a complexidade de cuidado demandada pelos pacientes.¹ Existem, atualmente, cerca de 480 SADs e 930 equipes multiprofissionais de saúde implantadas em todo o Brasil.²

Uma prevalência considerável de pacientes com feridas acompanhados pelos SADs tem sido observada na prática clínica e em publicações. As feridas cirúrgicas, úlceras de perna e as lesões por pressão (LPs) são relatadas como as mais prevalentes.³⁻⁵ Quanto às LPs, estudos internacionais conduzidos no Japão, Estados Unidos e Canadá observaram uma prevalência entre 3,52 e 9% em pacientes acompanhados no domicílio.⁶⁻⁸ No Brasil, dados sobre ocorrência de LPs em AD são restritos. Pesquisa no Município de Ribeirão Preto/SP encontrou prevalência de 19,1%.⁹

As LPs estão relacionadas com a morbidade física, psicológica, mortalidade, aumento da permanência sob cuidados de saúde e elevação dos custos de atendimento. Em geral são lesões de cicatrização lenta e de tratamento dispendioso.¹⁰

A abordagem terapêutica das LPs envolve uma ampla avaliação do paciente, compreendendo os aspectos físicos e psicológicos, histórico de saúde, exame físico com ênfase em fatores que alteram a

cicatrização, estado nutricional, presença de dor, comportamento e cognição, capacidade funcional, uso de redistribuidores de pressão e manobras de reposicionamento, suporte social e financeiro, habilidade para aderir ao plano de prevenção e tratamento e as características da ferida. Os achados auxiliam o enfermeiro na elaboração do plano de cuidados e na escolha do curativo de cobertura, destacando-se o monitoramento cicatricial, que é fundamental para reavaliação e acompanhamento do tratamento.¹¹ A mensuração da lesão associada a instrumentos validados de monitoramento cicatricial são métodos a serem utilizados na prática clínica. Instrumentos de avaliação cicatricial validados ainda são escassos no país, ressalta-se o instrumento *Pressure Ulcer Scale for Healing* (PUSH), traduzido e validado no Brasil para avaliação de LPs¹² e úlceras de perna,¹³ e o instrumento *Bates-Jensen Wound Assessment Tool* (BWAT), traduzido e adaptado para a cultura brasileira recentemente. Estudos de verificação da validade e confiabilidade na versão brasileira do BWAT são recomendados.¹⁴

O atual modelo de AD no SUS prevê a instrumentalização do cuidador para realização do curativo no domicílio. Diante disso, o cuidado de enfermagem com feridas torna-se um desafio frente às limitações em proporcionar um ambiente adequado para a cicatrização e a adesão do paciente e da família ao tratamento.

Sendo a AD uma das principais estratégias para a desospitalização de pacientes e a oferta desse tipo de atendimento uma crescente no Brasil, pesquisas conduzidas neste contexto são fundamentais, uma vez que pouco se sabe sobre o comportamento cicatricial dessas feridas nessa modalidade de atenção. Considerando ainda a magnitude das LPs em

relação ao prognóstico do paciente e os custos de tratamento, percebeu-se a necessidade de conduzir estudos referentes à cicatrização de LPs. Diante disso, o estudo teve como objetivo avaliar a cicatrização de LPs em pacientes acompanhados por um SAD.

MÉTODO

Estudo longitudinal, observacional e analítico conduzido no SAD do Grupo Hospitalar Conceição (SAD/GHC), em Porto Alegre/RS. O Serviço atua com ênfase na transição do cuidado, na desospitalização e no término do tratamento de saúde no domicílio.¹⁵ As equipes multiprofissionais do SAD acompanham os pacientes em média por quatro semanas e, após, referenciam os mesmos para as unidades de atenção básica. As visitas domiciliares (VDs) ocorrem pelo menos uma vez por semana e os enfermeiros dispõem de protocolo institucional para orientar o tratamento das feridas. Durante as VDs os enfermeiros auxiliados pelos técnicos de enfermagem orientam, instrumentalizam e supervisionam a realização do curativo pelo cuidador, fornecendo o material necessário para realização dos curativos nos demais dias da semana.

O estudo acompanhou os pacientes por um período de seis semanas, a contar pela primeira VD do SAD/GHC. A amostra foi intencional e os pacientes foram inseridos sequencialmente no estudo, conforme eram admitidos no SAD/GHC.

Para o cálculo amostral, devido à escassez de estudos que abordassem a utilização de instrumentos para mensuração da cicatrização de LP em SADs com quantitativo amostral considerável, utilizou-se estudo conduzido em ambiente hospitalar. O mesmo avaliou a cicatrização de LPs por meio da variação do escore do instrumento PUSH. No período do estudo, as LPs que cicatrizaram tiveram uma variação de seis pontos na escala e as que não cicatrizaram apresentaram variação em torno de 1,2 pontos.¹⁶ Para a estimativa do tamanho amostral foram considerados uma diferença de 1,2 pontos, poder de 90% e nível de significância de 5%, sendo necessários 35 pacientes. O cálculo foi realizado por profissional estatístico no programa Winpepi, versão 3.13.

No período da coleta, entre abril e outubro de 2015, 59 pacientes com LPs foram admitidos no SAD/GHC. Foram excluídos do estudo oito pacientes, um por apresentar lesão tissular profunda e sete pela inviabilidade da coleta integral dos dados durante a primeira VD. Os sete pacientes necessitavam de múltiplos cuidados, possuíam cuidadores inseguros e residiam em territórios violentos, exigindo

da equipe de saúde a priorização das orientações aos cuidadores, a organização do cuidado domiciliar e inviabilizando que a pesquisadora retornasse após a VD para o término da coleta. Quanto às perdas, nove pacientes reinternaram no hospital e quatro foram a óbito antes de completar o período proposto para acompanhamento no estudo. Assim, 38 preencheram os critérios de inclusão: adultos com LPs estágios 2, 3, 4 e inclassificável. A classificação das feridas foi realizada conforme o preconizado pelo *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP) e o *European Pressure Ulcer Advisory Panel* (EPUAP).¹¹

Para coleta de dados empregou-se instrumento contendo variáveis sociodemográficas, econômicas, clínicas, características da LP relativas ao exsudato, às bordas, à localização, à cicatrização e à região perilesional. A mensuração da área da ferida por planimetria, a profundidade e o instrumento PUSH foram utilizados para avaliar a cicatrização. O PUSH foi desenvolvido em 1997 pela NPUAP e validado no Brasil por Santos e colaboradores em 2005.¹² O instrumento avalia a área da ferida, a quantidade de exsudato e aparência no leito da lesão. Cada item avaliado possui uma pontuação e o escore do instrumento pode variar de 0 a 17 pontos. Maiores escores indicam piores condições da ferida.¹² Para a mensuração por planimetria realizou-se o traçado da LP em papel acetato transparente e posterior aferição da área em papel quadriculado. A profundidade foi aferida com instrumento estéril de ponta romba. Optou-se por incluir a profundidade por esta medida não estar contemplada no PUSH e por influenciar na evolução cicatricial.

As características das LPs, planimetria, profundidade e o instrumento PUSH foram coletados durante a primeira VD do SAD/GHC pelos enfermeiros do SAD, os quais receberam treinamento para tal, e, novamente, em quatro e seis semanas. Diariamente, a pesquisadora responsável revisou os prontuários a fim de monitorar a cicatrização completa da ferida antes do período programado para a recoleta. Os demais dados foram coletados em prontuário.

A determinação do intervalo para recoleta dos dados se baseou no período médio de acompanhamento dos pacientes pelo SAD/GHC, em torno de quatro semanas, e no estudo utilizado para o cálculo amostral, o qual relata uma média de seis ($\pm 3,09$) semanas para a cicatrização completa das LPs.¹⁶ As recoletas foram realizadas preferencialmente pelo mesmo enfermeiro, com o paciente na mesma posição, de acordo com o preconizado pela EPUAP, NPUAP.¹¹

Os pacientes receberam o tratamento de rotina do serviço de acordo com o protocolo institucional de cuidados aos pacientes com lesões de pele do GHC. As coberturas especiais utilizadas foram alginato de cálcio, antimicrobiano com prata, gel transparente hidroativo e ácidos graxos essenciais com vitamina A e E.

As variáveis foram divididas em dois bancos de dados, sendo um referente às características dos sujeitos e outro, às características das LPs. Os dados foram digitados sob a forma de dupla entrada, para verificação da consistência interna dos mesmos.

Utilizou-se análise descritiva para caracterização da amostra. A normalidade das variáveis foi analisada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. A comparação das variáveis referentes à cicatrização foi realizada pelo Teste de Friedman complementado pelo Wilcoxon. Obteve-se o cálculo da probabilidade de cicatrização através do método de Kaplan-Meier e as curvas foram comparadas pelo Teste de Log-rank. A medida de efeito calculada foi o *Hazard Ratio* em conjunto com o intervalo de 95% de confiança. Realizou-se a análise estatística no *Statistical Package for the Social Sciences* 18.0. O nível de significância adotado foi de 5%.

Os pacientes participaram voluntariamente, obtendo-se o seu consentimento através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul sob o número 965.082 e CAAE 40080214.7.0000.5347. O Comitê de Ética em Pesquisa do GHC autorizou o estudo como instituição coparticipante no projeto.

RESULTADOS

Dentre os 38 participantes da pesquisa, a média de idade foi 61,6 anos ($\pm 21,3$), possuíam uma mediana de cinco anos de estudo (Percentis 25-75: 4-8) e renda com mediana de R\$780,00 (Percentis 25-75: R\$780,00-835,00). Residiam no domicílio em média três ($\pm 1,4$) pessoas e a renda *per capita* domiciliar foi de R\$883,40 ($\pm 425,20$). As demais características sociodemográficas dos participantes são descritas na Tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica dos pacientes com lesão por pressão acompanhados pelo SAD/Grupo Hospitalar Conceição. Porto Alegre, RS, Brasil, 2015. (n=38)

Variável	n	%
Sexo		
Feminino	19	50
Masculino	19	50

Variável	n	%
Estado conjugal		
Viúvo	14	36,8
Casado	13	34,2
Solteiro	7	18,5
Separado/divorciado	4	10,5
Situação de trabalho		
Aposentado/pensionista	25	65,8
Benefício de prestação continuada	8	21
Trabalhador informal	2	5,3
Outros	3	7,9

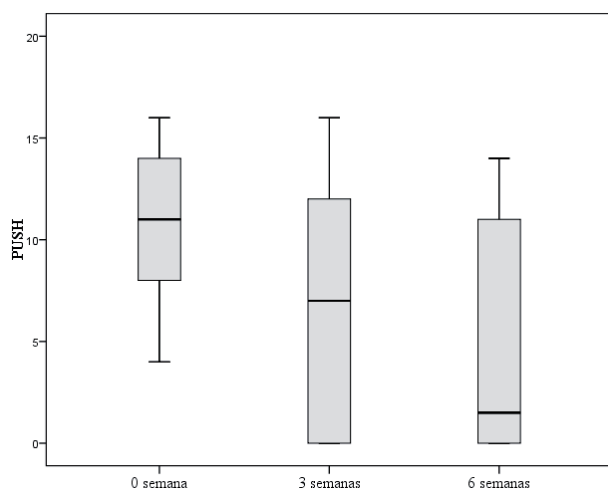
Os diagnósticos médicos (CID-10) mais prevalentes que justificaram o acompanhamento no SAD/GHC foram o acidente vascular encefálico (AVE) (28,9%), seguido da LP (18,4%), infecção bacteriana (7,9%) e neoplasia maligna (7,9%). Quanto a comorbidades, a mediana de doença por paciente foi de três doenças (Percentis 25-75: 2-4). A hipertensão arterial sistêmica (HAS) estava presente em 52,6% dos pacientes, seguida por depressão (36,8%), diabetes mellitus tipo 2 (DM) (28,9%), AVE (28,9%), insuficiência cardíaca (IC) (26,3%), hipotireoidismo (15,8%), paraplegia (15,8%), neoplasia maligna (13,2%), demência (10,5%), bexiga neurogênica (7,9%), fibrilação atrial (7,9%), entre outros.

Referente ao estado nutricional, 40,1% dos adultos estavam desnutridos e 26,7% apresentaram valores do índice de massa corporal (IMC) correspondentes a eutrofia. Dentre os idosos, 43,5% (n.10) eram eutróficos e 30,4% (n.7) tinham baixo peso.

A mediana de LP por paciente foi 2 (Percentis 25-75: 1-3), perfazendo um total de 87 LPs. O tempo de existência prévia ao ingresso no SAD das LPs foi de 33 dias (Percentis 25-75: 24,5-66). Os estágios e as localizações mais comuns foram os estágios 2 (48,3%), 3 (35,6%), 4 (10,3%), e as regiões sacral (52,9%), glútea (10,3%) e calcânea (9,2%).

As características mais prevalentes das LPs foram exsudato seroso (65,5%) e bordas saudáveis (63,2%). Já, na região perilesional, as características saudáveis (73,6%) e macerada (14,9%) eram as mais comuns.

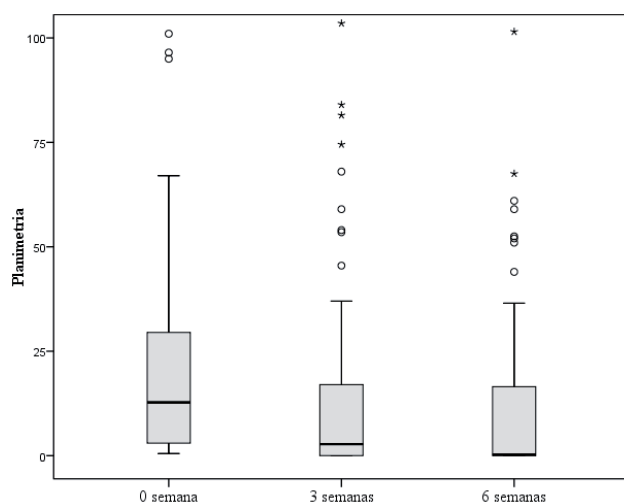
No período do estudo, 47,1% (n=41) das LPs cicatrizaram completamente, sendo o estágio 2 (70,7%) seguido do estágio 3 (24,4%) os com melhor resposta. Em relação à cicatrização, de acordo com o instrumento PUSH, houve diferença significativa entre os escores totais ao longo do tempo ($p < 0,001$). A mediana inicial foi de 11 (Percentis 25-75: 8-14) pontos, nas quatro semanas foi de 7 pontos (Percentis 25-75: 0-12) e 3 (Percentis 25-75: 0-11) pontos em seis semanas, demonstrando que havia feridas que não cicatrizaram ao final do estudo (Figura 1).



*†‡ Símbolos diferentes representam significância estatística ao nível de 5% através do teste de Wilcoxon.

Figura 1 - Escore do PUSH em pacientes com lesão por pressão acompanhados pelo SAD/Grupo Hospitalar Conceição. Porto Alegre, RS, Brasil. 2015

A cicatrização das LPs segundo a variação da planimetria apresentou diferença significativa ao longo do tempo ($p < 0,001$), a mediana inicial foi de 10,5 cm² (Percentis 25-75: 2,5-29), nas quatro semanas foi de 2,8 cm² (Percentis 25-75: 0-17,4) e ao final, 0,5 cm² (Percentis 25-75: 0-16,5), conforme apresentado na figura 2.



†, ‡, §. Símbolos diferentes representam significância estatística ao nível de 5% através do teste de Wilcoxon.

*, □, Outliers

Figura 2 - Variação da planimetria das lesões por pressão em pacientes acompanhados pelo SAD/Grupo Hospitalar Conceição. Porto Alegre, RS, Brasil. 2015

Quanto à profundidade das LPs, inicialmente 19 feridas apresentaram alguma profundidade, ne-

nhuma delas cicatrizou completamente no decorrer do estudo, mas observou-se diferença significativa na profundidade ao longo do tempo (teste de Friedman; $p = 0,034$). A mediana inicial foi de 2,5cm (Percentis 25-75: 1,9-4,8), nas quatro semanas foi de 1,7cm (Percentis 25-75: 0,5-2,8) e ao final estava em 1,7cm (Percentis 25-75: 0,8-3,1). O percentual de redução da profundidade ao longo do estudo foi de 32%.

A probabilidade de cicatrização aumentou com o passar do tempo, tendo uma mediana de cicatrização estimada em 44 dias (Figura 3).

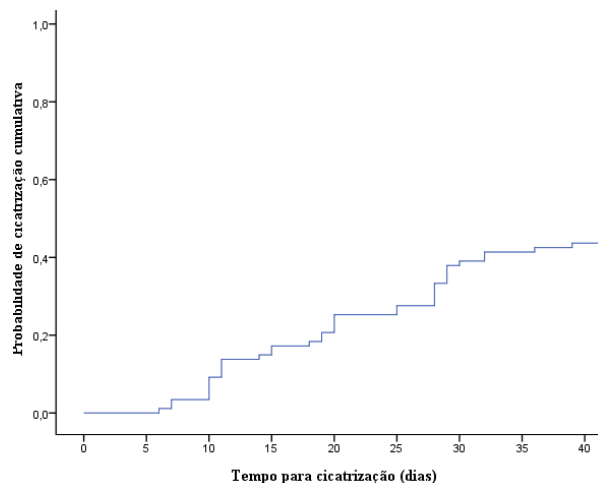


Figura 3 - Probabilidade cumulativa da cicatrização das lesões por pressão em pacientes acompanhados pelo Serviço de Atendimento Domiciliar/Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre, RS, Brasil. 2015

Houve diferença entre os estágios de LPs quanto ao tempo de cicatrização ($p = 0,001$), conforme a figura 4.

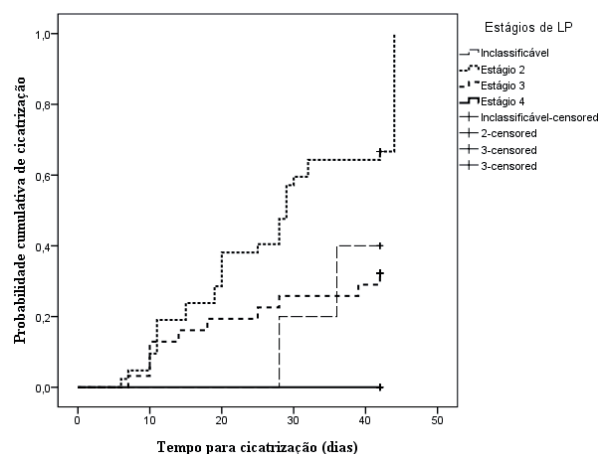


Figura 4 - Probabilidade cumulativa de cicatrização dos estágios das LPs em pacientes acompanhados pelo Serviço de Atendimento Domiciliar/Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre/RS, Brasil. 2015

O tempo de existência das LPs apresentou associação limítrofe com a cicatrização ($p=0,062$). Para um aumento de 1 dia de existência da LP, há uma tendência de redução na probabilidade de cicatrização em 0,6% ($HR=0,994$; IC 95%: 0,989-1,000). Para história de 30 dias de existência da LP, há uma tendência de redução de cicatrização em 16% ($HR=0,84$).

No período de seguimento, o tempo para cicatrização não foi modificado significativamente ($p>0,05$) pelo IMC, localização da LP, sexo, idade, estado conjugal, situação de trabalho, tabagismo, morbidades e medicamentos.

DISCUSSÃO

Na presente investigação observou-se predomínio de idosos, de modo semelhante pesquisas nacionais e internacionais sobre o perfil de pacientes com LP em AD.¹⁷⁻¹⁸ A predominância de idosos na AD pode ser justificada pelo envelhecimento populacional, pela maior ocorrência de doenças crônicas e, conseqüentemente, maior demanda de atendimento hospitalar e de utilização de outros serviços de saúde. Além disso, a idade avançada também é considerada um fator de risco para formação de LP e está associada à fragilidade da pele e à diminuição da mobilidade.

Verifica-se que apenas um terço da amostra tinha companheiro e o número de pessoas residentes no domicílio foi pequeno, o que pode comprometer a disponibilidade de cuidadores para auxiliar no cuidado ao paciente e na troca dos curativos.

Os achados referentes à renda e à escolaridade são similares aos encontrados em um estudo de caracterização do perfil dos pacientes de um SAD paulista, no qual cerca de 50% ($n=30$) recebiam um salário mínimo e boa parte possuía ensino fundamental incompleto.¹⁹ Sabe-se que a baixa renda pode estar associada à baixa escolaridade, dados observados no presente estudo. Tais condições são possíveis obstáculos a serem enfrentados pela equipe de saúde da AD durante o tratamento de feridas. As condições relacionadas à baixa renda exigem adaptação dos cuidados à realidade social do paciente e cuidador. Já a baixa escolaridade pode inviabilizar a compreensão do cuidado, a administração correta dos medicamentos, assim como a realização do curativo e aplicação das coberturas especiais. Fatos que, se bem observados pela equipe, podem ser levados em conta na construção do plano de cuidado adequado às particularidades do domicílio, do paciente e cuidador.

Quanto às morbidades mais comuns na amostra, observaram-se as doenças relacionadas ao apa-

relho circulatório (HAS, AVE, IC) e outras doenças crônicas (DM, hipotireoidismo, paraplegia, neoplasias). Fato também evidente em duas investigações transversais conduzidas em Brasília¹⁷ e Ribeirão Preto.⁹ Ademais, são doenças mais frequentes em idosos, faixa etária predominante na amostra que compôs o estudo.

A maior prevalência de LPs estágios 2 e 3 também esteve presente em estudo no âmbito domiciliar brasileiro (estágio 2 = 73-34,5%; estágio 3 = 51-14,4%).¹⁷ A maior prevalência de LPs estágio 2 pode indicar melhor qualidade na implantação de medidas preventivas para formação de LP.

Em relação à cicatrização, o instrumento PUSH apresentou variação significativa do escore em quatro e seis semanas, e um percentual de redução considerável. Resultado semelhante foi encontrado em estudo norte-americano, conduzido com 47 pacientes em Serviços de Cuidado de Longa Permanência e instituições hospitalares, o qual observou variação significativa ($p=0,000$) do escore PUSH do *baseline* ($12,1\pm 2,8$ pontos) e após quatro semanas ($9,4\pm 4,2$ pontos).²⁰ Os achados têm resultados semelhantes à presente investigação quanto à redução do escore final. No entanto, a pesquisa conduzida no SAD/GHC apresentou melhores resultados na redução da área da ferida. As discrepâncias podem estar relacionadas às diferenças entre a população dos estudos e às particularidades dos serviços nos diferentes países.

A variação significativa da planimetria foi compatível com os achados de estudo norte-americano, no qual foi observado uma redução significativa ($p<0,0001$) na média da planimetria na primeira coleta ($9,2 \pm 12,3\text{cm}^2$) para as quatro semanas do acompanhamento ($6,2\pm 10,8\text{cm}^2$).²⁰

A profundidade, no presente estudo, pode ser considerada fator contribuinte para o retardo da evolução cicatricial, uma vez que nenhuma ferida que apresentou profundidade na primeira coleta de dados cicatrizou no período do estudo. Mesmo assim, há que se considerar que houve redução significativa da profundidade, o que revela boa evolução das lesões.

A probabilidade de cicatrização foi maior para feridas estágios 2 e 3. Pode-se inferir que o resultado positivo se deve ao menor comprometimento tecidual desses estágios. Inferência semelhante é cabível quanto à probabilidade de cicatrização em 40 dias na presente investigação. Já um estudo internacional com LPs estágio 2 verificou uma probabilidade maior.²¹

Estudo de coorte dinamarquês investigou a cicatrização em feridas e a mortalidade na AD em 958 pacientes acompanhados por dois anos, e

constatou que a cicatrização das LPs passou a ser significativa após três semanas de acompanhamento ($p < 0,002$) e se manteve constante até a finalização do estudo (> 90 dias).²² O presente estudo trouxe resultados mais positivos quanto à cicatrização após as quatro semanas.

Segundo as diretrizes adotadas mundialmente, ainda não há respostas definitivas quanto aos fatores que influenciam e que determinam o tempo para cicatrização, uma vez que as variáveis contextuais diferem entre os estudos e entre os sujeitos. No entanto, alguns fatores são comuns, como o tamanho inicial e o estágio da lesão, a presença ou ausência de infecção, a adequação do plano de tratamento em relação à avaliação da ferida, comorbidades e estado nutricional. Além dos diversos fatores conhecidos que podem interferir no processo de cicatrização, a constante exposição da lesão à sua causa é um fator agravante, como ocorre em pacientes sem alívio da pressão.¹¹

A prática em AD permite inferir que o cuidado prestado pelo cuidador pode interferir na cicatrização, uma vez que não é possível para o enfermeiro estar presente em cada troca de curativo, nem garantir que medidas favoráveis à cicatrização estejam sendo executadas. As más condições socioeconômicas acarretam uma alimentação inadequada, higiene e moradia precárias, interferindo no cuidado. A construção do planejamento dos cuidados compartilhado com paciente e cuidador contribui na adesão ao plano proposto, permitindo o empoderamento desses. Os fatos anteriormente citados devem ser considerados ao avaliar as diferenças entre os achados do presente estudo e das investigações citadas.

Os resultados positivos da presente investigação demonstram as prováveis potencialidades da AD no cuidado às feridas. Neste contexto, também cabe destacar que no ambiente domiciliar as feridas parecem evoluir de maneira semelhante a outros estudos no meio, revelando-se feridas de cicatrização lenta, o que demanda maior tempo de acompanhamento na AD e justifica o uso de coberturas especiais adequadas para cada fase da cicatrização.

CONCLUSÃO

Observou-se predominância de idosos com doenças crônicas compatíveis com o perfil epidemiológico populacional e que devem ser levadas em consideração na avaliação da cicatrização das LPs.

Os métodos utilizados para avaliação da cicatrização demonstraram evolução cicatricial favorável, e cabe ressaltar que, mesmo com resultados positivos, a cicatrização mostrou-se lenta.

Diante dos resultados, estudos que avaliem os fatores que interferem na cicatrização das LPs no contexto da AD e que comparem a cicatrização das LPs em pacientes acompanhados em outros serviços de saúde e na AD também permitirão verificar similaridades e/ou divergências entre as características da amostra e a evolução cicatricial.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Portaria 825, de 25 de abril de 2016: redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde e atualiza as equipes habilitadas. 2016. [cited 2016 May 17]. Available from: <http://www.jusbrasil.com.br/diarios/113894163/dou-secao-1-26-04-2016-pg-33>
2. Ministério da Saúde (BR). Sala de Apoio à Gestão Estratégica. Melhor em Casa Brasília. [página na Internet]. Brasília (DF): MS; 2016 [cited 2016 Out 15]. Available from: <http://sage.saude.gov.br/#>
3. Adkins CL. Wound care dressings and choices for care of wounds in the home. Home Healthc Nurse [Internet]. 2013 May [cited 2014 Jun 20]; 31(5):259-67. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23652977>
4. Bezerra SMG, Barros KM, Brito JA, Santana WS, Moura ECC, Luz MHBA. Caracterização de feridas em pacientes acamados assistidos pela Estratégia Saúde da Família. Rev Internd [Internet]. 2013 [cited 2015 May 18]; 6(3):105-14. Available from: <http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/95>
5. Canadian Home Care Association. Evidence-based wound care: home care perspective. [Internet]. Canada: Canadian Home Care Association; 2012 [cited 2014 Jun 15]. Available from: <http://www.cdnhomocare.ca/content.php?doc=263>
6. Kamimura HM, Lee H, Take A, Mukaikubo S, Ogata S. Educational Strategies for Preventing Pressure Ulcer in Japan. Bull. Sch Health Sci [Internet]. 2012 [cited 2017 May 12]; 22(1):7-12
7. Asimus M, Li P. Pressure ulcers in home care settings: is it overlooked?. Wound Practice Rese [Internet]. 2011 May [cited 2014 Jun 01]; 19(2):88-97. Available from: <http://connection.ebscohost.com/c/articles/62819482/pressure-ulcers-home-care-settings-overlooked>
8. Woo KY, Sears K, Almost J, Wilson R, Whitehead M, VanDenKerkhof EG. Exploration of pressure ulcer and related skin problems across the spectrum of health care settings in Ontario using administrative data. Int Wound J [Internet]. 2015 Nov. [cited 2015 Jan 2]. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/iwj.12535/full>
9. Chayamiti E, Caliri MHL. Pressure ulcer in patients under home care. Acta Paul Enferm [Internet]. 2010 [cited 2014 Jan 03]; 23(1):29-34. Available from: <http://>

- www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000100005
10. Badia JG, Santos AB, Segura JCC, Teren CA, Gonzalez LC, Ramirez EL et al. Predictors of mortality among elderly dependent home care patients. *Bmc Health Serv Res* [Internet]. 2013 Aug [cited 2014 Jun 03]; 13(8):1-23. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3765804/>
 11. European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Ulcer Advisory Panel, Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and treatment of pressure ulcers: clinical practice guideline. Perth (AU): Cambridge Media; 2014.
 12. Santos VL, Azevedo MA, Silva TS, Carvalho VM, Carvalho VF. Crosscultural adaptation of the pressure ulcer scale for healing to the portuguese language. *Rev Latino-am Enfermagem* [Internet]. 2005 May-Jun [cited 2014 Jun 03]; 13(3):305-13. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000300004
 13. Santos VL, Sellmer D, Massulo MME. Inter rater reliability of Pressure Ulcer Scale for Healing (push) in patients with chronic leg ulcers. *Rev Latino-am Enfermagem* [Internet]. 2007 May-Jun [cited 2014 Jun 03]; 15(3):391-6. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-1692007000300005&lang=pt
 14. Alves DFS, Almeida AO, Silva JLG, Moraes FI, Dantas SRPE, Alexandre NMC. Translation and adaptation of the Bates-Jensen Wound Assessment Tool for the brazilian culture. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2015 Jul-Set [cited 2016 Jan 10]; 24(3):826-33. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015001990014>
 15. Machado DO, Moraes F, Mahmud SJ, Fengler F, Paskulin LMG. Care demands regarding home-care service: a descriptive study. *OBJN* [Internet]. 2014 Sep [cited 2015 Oct 14]; 13(3):353-61. Available from: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4397/html_173
 16. Günes UY. A prospective study evaluating the Pressure Ulcer Scale for Healing to assess stage II, stage III, and stage IV pressure ulcers. *Ostomy Wound Manage*. 2009 May; 55(5):48-52.
 17. Souza LL. Úlceras por pressão em pacientes da atenção domiciliar. [monografia Graduação em Enfermagem]. Brasília (DF): Universidade de Brasília; 2014.
 18. Stevenson R, Collinson M, Henderson V, Wilson L, Dealey C, McGinnis E et al. The prevalence of pressure ulcers in community settings: an observational study. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2013 Nov [cited 2014 Jun 03]; 50(11). Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748913001004>
 19. Maroldi MAC, Dal Ponte LCR, Figueiredo RM, Caliar JS. Internação domiciliar: caracterização de usuários e cuidadores. *Cuid Arte Enfermagem*. 2012 Jun; 6(1):24-9.
 20. Hon J, Lagden K, McLaren AM, O'Sullivan D, Orr L, Houghton PE, Woodbury MG. A prospective, multicenter study to validate use of the PUSH in patients with diabetic, venous, and pressure ulcers. *Ostomy Wound Management*. 2010 Feb; 56(2):26-36.
 21. Palese A, Luisa S, Ilenia P, Laquintana D, Stinco G, Di Giulio P. What is the healing time of stage II pressure ulcers? findings from a secondary analysis. *Adv Skin Wound Care*. [Internet]. 2016 Feb. [cited 2016 Feb]; 28(2):69-75. Available from: http://journals.lww.com/aswcjournal/Abstract/2015/02000/What_Is_the_Healing_Time_of_Stage_II_Pressure.5.aspx
 22. Zarchi K, Martinussen T, Jemec GBE. Wound healing and all-cause mortality in 958 wound patients treated in home care. *Wound Repair Regen*. 2015 Sep; 23(5):753-8.