



PESQUISA

PRESSURE ULCERS ASSESSMENT THROUGH THE PRESSURE ULCER SCALE FOR HEALING APPLICATION (PUSH)

AValiação das ÚlcERas por Pressão por Meio da Aplicação da Escala *PRESSURE ULCER SCALE FOR HEALING* (PUSH)

AVALUACIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN POR MEDIO DE LA APLICACIÓN DE LA ESCALA *PRESSURE ULCER SCALE FOR HEALING* (PUSH)

Stefy Letícia Pessoa Silveira¹, Grazielle Roberta Freitas da Silva², Elaine Cristina Carvalho Moura³, Elaine Maria Leite Rangel⁴, Jairo Edilson Rodrigues Barbosa de Sousa⁵

ABSTRACT

Objective: To assess pressure ulcers (PU) with focus on the PUSH scale application. **Methods:** It is a prospective longitudinal study, performed between September and October 2010, in the three Intensive Care Units (ICUs) of a hospital in Teresina city, with sample of 19 patients and 134 PUSH applications, non-probabilist by convenience. **Results:** it was featured by the predominance of PU in females (52,6%), aged ≥ 80 years old (36,8%) and mixed color (52,6%); the main caregivers were their grown-up children (73,7%). All patients had bladder probe, bowel incontinence and bed restriction with an average of 1,18 years ($\pm 5,18$). Such limitations in 73,68% were caused by the underlying disease, being that 84,2% of them were unaware. PUs prevalence was of 61,29%, from which 63,33% were in the sacral region, stage II, being that 29,6% of them were treated with AGE oil. The EFA was the predominant coverage (29,6%). There was a decline or maintenance of the scale scores. **Conclusions:** The PUSH scale is useful in the wound scarring, by allowing monitoring global results and being presented as valid to integrate protocols, in order to implement the nursing care. **Descriptors:** Nursing, Pressure ulcers, Measurement tools.

RESUMO

Objetivo: Avaliar úlceras por pressão (UPP) com enfoque na aplicação da escala PUSH. **Método:** Estudo longitudinal prospectivo, realizado entre setembro-outubro de 2010, em três Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) de um Hospital de Teresina, Piauí, com amostra de 19 pacientes e 134 aplicações da PUSH, não probabilística por conveniência. **Resultados:** caracterizou-se pelo predomínio de UPP no sexo feminino (52,6%), ≥ 80 anos (36,8%) e cor parda (52,6%); prevaleceram como cuidadores diretos os filhos (73,7%). Todos os pacientes apresentaram sonda vesical, incontinência intestinal e restrição ao leito com média de 1,18 anos ($\pm 5,18$). Limitações em 73,68% dos casos causadas pela doença de base, sendo que 84,2% estavam inconscientes. A prevalência de UPPs foi 61,29%, das quais 63,33% localizadas na região sacral, grau II, sendo que 29,6% eram tratadas com óleo AGE. A EFA foi a cobertura predominante (29,6%). Houve queda ou manutenção dos escores da escala. **Conclusão:** A PUSH é útil na avaliação da cicatrização de feridas, permitindo monitorar resultados globais e apresentando-se válida para integrar protocolos, a fim de implementar a assistência de enfermagem. **Descritores:** Enfermagem, Úlceras por pressão, Instrumentos de medida.

RESUMEN

Objetivo: Avaliar úlceras por presión (UPP) con enfoque en aplicación PUSH. **Método:** Se realizó, entre septiembre-octubre de 2010, estudio longitudinal prospectivo en tres Unidades de Terapia Intensiva de un Hospital, Teresina, Piauí, con muestra de 19 pacientes y 134 aplicaciones PUSH, non probabilística por conveniencia. **Resultados:** Predominando UPP en sexo femenino (52,6%), ≥ 80 años (36,8%) y color parda (52,6%). Prevalció cuidadores directos-hijos (73,7%). Todos los pacientes presentaron sonda vesical, incontinencia intestinal, restricción al lecho con media de 1,18 años ($\pm 5,18$), limitaciones en 73,68% causadas por la enfermedad de base y 84,2% inconscientes. La prevalencia de UPP fue 61,29% cuyo 63,33% están localizadas en la región sacral, grado II, 29,6% tratadas con óleo AGE. Hube queda o manutención de los escores. **Conclusiones:** La PUSH siendo útil en la evaluación cicatrizal de heridas, permitiendo estimar resultados globales y presentándose válida para integrar protocolos que implementan la asistencia de enfermería. **Descriptor:** Enfermería, Úlceras por presión, Instrumentos de medición.

^{1,5} Enfermeiros pela Universidade Federal do Piauí. E-mails: stefy@hotmail.com, jairoenf_ufpi@hotmail.com. ² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto II do Centro de Ciências da Saúde/UFPI. E-mail: grazielle_roberta@yahoo.com.br. ³ Enfermeira. Mestre em Educação. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem/UFPI-teresina. Doutoranda em Enfermagem do Programa DINTER USP. E-mail: elainecrism@bol.com.br. ⁴ Enfermeira. Doutora em Enfermagem Fundamental pela Escola de Enfermagem/EERP/USP. Professora Adjunto I, do Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da UFPI. E-mail: elairgel@gmail.com.

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento da úlcera por pressão (UPP) é um grande problema enfrentado no ambiente hospitalar. Apesar de ser um tema relevante entre as pesquisas na área de enfermagem, principalmente, quanto à prevenção e tratamento, diversos estudos mostram que a incidência e prevalência mundial ainda permanecem elevados^{1,2}, com predominância em pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva (UTI).³

Diante disso, várias escalas e instrumentos foram desenvolvidos com o objetivo inicial de identificar os pacientes suscetíveis a desenvolver UPP, como é o caso da escala de Braden. No entanto, o surgimento de úlceras pode ser inevitável principalmente em pacientes de UTI, de tal forma que o estadiamento e a cicatrização precisam ser monitorados de modo efetivo, proposta da escala *Pressure Ulcer Scale for Healing* (PUSH). Essa escala foi desenvolvida e validada pelo *Task Force* da *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPAUP)⁴ e traduzida para ser usada no Brasil por Santos *et al.*⁵

Existem muitas evidências clínicas para o uso de escalas validadas, tanto para prevenção quanto tratamento e acompanhamento da evolução das úlceras. Essas evidências¹⁻⁶ foram classificadas como as mais fortes sobre o assunto, ou seja, seus resultados são recomendados para intervenção.⁶ O uso dessas escalas tornam as avaliações mais eficientes, sendo úteis na validação das ações de enfermagem.

Assim, esse estudo teve como objetivos: avaliar as úlceras por pressão por meio da escala PUSH em Unidades de Terapia Intensiva de um hospital privado de Teresina, Piauí; traçar o perfil sociodemográfico e clínico desses pacientes e estimar a prevalência das úlceras nas unidades de terapia intensiva.

METODOLOGIA

Pesquisa longitudinal prospectiva realizada em três UTIs de um hospital privado de grande porte de Teresina, Piauí, no período de setembro a outubro de 2010. O hospital tem 4 UTIs a saber: UTI-A, atende pacientes provenientes do pronto atendimento; UTI-B, de pacientes cardíacos; UTI-C e UTI-D, destinadas a receber pacientes provenientes, principalmente dos postos de enfermagem ou do centro cirúrgico do referido hospital. O projeto foi devidamente apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí (CAAE nº 0184.0.045.000-10). A população foi constituída por todos os pacientes internados nas UTIs, sendo que a amostra foi composta por 19 pacientes selecionados de acordo com os seguintes critérios de inclusão: idade superior a 18 anos; de qualquer gênero; internação igual ou maior que 72 horas, período médio considerado pelas pesquisadoras para que o paciente se estabilize na unidade e se adapte a rotina, e ocorram efetivamente os cuidados de enfermagem; e concordância em participar voluntariamente da pesquisa, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Teve-se 19, com 134 avaliações por 60 dias.

Para a coleta de dados, foi aplicado um instrumento de avaliação do perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes e a escala PUSH, versão brasileira. Essa escala considera três parâmetros de avaliação, quais sejam: área da ferida, quantidade de exsudato e aparência do leito da ferida. Os subescores para esses parâmetros somados geram um escore que pode variar de 0 a 17. Escores maiores indicam piora da UPP e escores menores melhora.⁵ Não existe indicação mínima ou máxima para aplicação da escala; assim, optou-se em aplicá-la duas vezes na semana, para que fosse possível a identificação

Silveira SLP, Silva GRF, Moura ECC *et al.*

Assessment of pressure...

de diferenças entre a aplicação anterior da escala PUSH. Ressalta-se que os pacientes foram avaliados diariamente de setembro a outubro, até sua alta ou óbito, no período da manhã.

Seguiram-se todas as etapas para a avaliação das úlceras segundo escala PUSH.⁵ O estadiamento foi baseado na classificação internacional proposta pelo NPUAP.⁴ E as mensurações bidimensional (comprimento x largura), para as úlceras superficiais (estágios I e II), e tridimensional (comprimento x largura x profundidade), para as úlceras profundas (estágios III e IV), foram feitas como estabelecida na literatura.^{5, 7,8}

Ressalta-se que para a mensuração da área da úlcera, foram adotadas medidas já instituídas pelo hospital em pauta, a saber: colocou-se papel grau cirúrgico estéril sobre a ferida e, em seguida, o avaliador reproduz o mesmo desenho que foi produzido pelo contato do exsudado com o grau cirúrgico em papel A4, uma vez que a instituição ainda não disponibilizava de fitas métricas descartáveis, como é sugerido pelas normas internacionais. Em seguida, usou-se a mesma régua, padrão e graduada em centímetros todas as vezes que as lesões foram medidas. Como recomendado pela NPUAP, ao aplicar PUSH, foi realizada para uma única úlcera, em um total máximo de quatro lesões por paciente.

Para a prevalência foi considerado a fórmula:

$$\text{Prevalência de UPP} =$$

$$\frac{\text{número de pacientes com UPP na UTI}}{\text{número total pacientes com UPP}} \times 100$$

Com os dados coletados, fez-se a codificação e elaboração de um dicionário de dados, utilizou-se o processo de validação das informações coletadas, por meio de dupla digitação em planilhas do aplicativo Microsoft Excel. Uma vez corrigidos os erros de digitação, os dados foram exportados e analisados no programa

R. pesq.: cuid. fundam. online 2013. abr./jun. 5(2):3847-55

SPSS (Statistical Package for Social Science), para cálculo de frequências absolutas e porcentagens.

RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes com UPP (n=19). Teresina-PI, 2010

Variável	Nº	%
Idade		
20-35	01	5,30
36-50	02	10,50
51-65	05	26,30
66-80	04	21,10
81 ou mais	07	36,80
Sexo		
Masculino	09	47,40
Feminino	10	52,60
Cor da pele		
Branca	04	21,10
Negra	02	10,50
Parda	10	52,60
Amarela	03	15,80
Morbidade Referida		
Neoplasias	08	42,10
Doenças do sistema nervoso	04	21,10
Insuficiência cardíaca congestiva	04	21,10
Outras	03	15,70
Causa da Restrição ao Leito		
A própria doença	14	73,68
AVC	02	10,53
Cirúrgico	02	10,53
Queda	01	5,26
Tempo de Restrição		
0-15 dias	01	5,30
16-30 dias	10	52,60
Entre 1 e 12 meses	03	15,80
> 1 ano	05	26,30
Nível de Consciência alterado		
Sim	16	84,20
Não	03	15,80
Total	19	100

*SM= Salário Mínimo (R\$ 510,00).

Houve predominância de pacientes na faixa de 80 anos ou mais, totalizando 7 (36,8%). A maioria - 10 - (52,6%) era do sexo feminino e de cor parda. A média de idade foi de 69,16 anos. Ainda de acordo com a Tabela, o perfil clínico revela que 42,1% pacientes tinham diagnóstico de neoplasia, 21,1% igualmente doenças do sistema nervoso e insuficiência cardíaca congestiva e 15,7% apresentavam outras doenças. Em 100% constatou-se o uso de sonda vesical de demora;

Silveira SLP, Silva GRF, Moura ECC *et al.*

Assessment of pressure...

incontinência anal e restrição ao leito (73,68%) tinham como causa da restrição a doença base e causa da internação. O tempo médio de restrição no leito foi de 1,18 anos ($\pm 5,18$), sendo que 52,6% dos pacientes estavam restritos ao leito entre 16 e 30 dias. Quanto ao nível de consciência 84,2 encontravam-se inconscientes.

A prevalência total de UPPs nas UTIs foi de 61,29%, com total de 38 úlceras. Não foi identificado no período de coleta de dados, ao considerar as UTIs isoladamente: UTI - A= 6,45%; UTI - B = 0%; UTI - C = 19,35 %; UTI - D= 35,48%.

Das 38 UPPs identificadas, por conta de quatro óbitos (8 UPPs) no início da coleta, 30 UPPs puderam ser avaliadas sistematicamente (19 pacientes), com 134 avaliações sistemáticas advindas das aplicações da escala PUSH.

A caracterização das 30 úlceras avaliadas é apresentada na Tabela 2.

Tabela 2 - Localização e estágios das UPPs(n=30). Teresina-PI, 2010.

Local	Estágio I	Estágio II	Estágio III	Estágio IV	N	%
Sacral	3	9	3	4	19	63,33
Maléolo	-	1	-	-	01	3,33
Trocânter	1	2	-	-	03	10,00
Calcâneo	-	2	-	-	02	6,66
Ísquio D	-	2	-	-	02	6,66
Orelha E	-	3	-	-	03	10,00
Total	4	19	3	4	30	100,0

A região sacral foi a mais afetada, estando presente em 63,33% (19) da amostra estudada. Nessa região, todos os estágios foram encontrados, prevalecendo o estágio II em 9 úlceras. Na região trocântérica encontrou-se uma em estágio I e duas em estágio II.

Nas demais regiões foram encontradas apenas o estágio II, uma na região maleolar (a qual evoluiu para estágio IV), duas no calcâneo e ísquio e três na orelha.

Os escores totais médios encontrados nas aplicações da PUSH são apresentados no Gráfico 1.

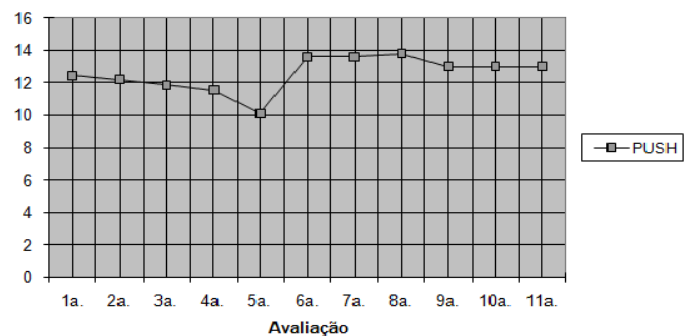


Gráfico 1- Relação entre a média do escore total da escala PUSH até a 11ª avaliação. Teresina-PI, 2010.

Foram realizadas 134 avaliações às 30 UPPs, nas quais cada indivíduo teve como média 4,4 ($\pm 6,06$) avaliações sucessivas. Por conta da média e desvio padrão, apresentou-se no gráfico o processo de cicatrização da primeira a 11ª avaliação. Apenas 3 (4,55%) evoluíram para cicatrização durante a coleta de dados (60 dias).

Ao utilizar o instrumento PUSH, obteve-se as seguintes pontuações das suas Médias de Escore Total(MET): na 1ª avaliação, MET= 12,45 ($\pm 2,52$); 2ª avaliação, MET=12,21 ($\pm 3,50$); 3ª avaliação, MET=11,85 ($\pm 2,81$); 4ª avaliação, MET=11,54 ($\pm 4,05$); 5ª avaliação, MET=10,11 ($\pm 5,71$); 6ª avaliação, MET=13,60 ($\pm 1,52$); 7ª avaliação, MET=13,60 ($\pm 1,14$); 8ª avaliação, MET=13,80 ($\pm 1,10$); 9ª avaliação MET=13,00 ($\pm 1,58$); 10ª avaliação, MET=13,00; 11ª avaliação, MET=13,00($\pm 1,58$).

Tabela 3 - Distribuição conforme domínios da escala PUSH das 30 UPPs avaliadas em 60 dias (n=134 avaliações). Teresina-PI, 2010.

Domínios PUSH	N	Média(DP)
Área da ferida(cm²)		
0 cm ²	-	12,3($\pm 2,1$)
< 0,3 cm ²	-	
0,3 - 0,6 cm ²	03	
0,7 - 1,0 cm ²	-	
1,1 - 2,0 cm ²	-	
2,1 - 3,0 cm ²	03	
3,1 - 4,0 cm ²	06	
4,1 - 8,0 cm ²	17	
8,1 - 12,0 cm ²	08	
12,1 - 24,0 cm ²	38	
>24 cm ²	59	
Quantidade de exudado		
Nenhum	21	
Escasso	73	
Moderado	30	

Abundante 10

Aparência do leito	
Tecido cicatrizado	03
Tecido de epitelização	16
Tecido de granulação	45
Tecido desvitalizado(esfacelo)	44
Tecido necrótico	26

DP=Desvio Padrão

Na Tabela seguem os parâmetros da escala PUSH encontrados nos 60 dias de avaliação. Teve-se uma média de área das UPP de 12,3 cm², com desvio padrão de 2,1, sendo a maioria maior que 24 cm². Em média, a quantidade de exudado encontrada em sua maioria foi escassa. E a aparência do leito da ferida mais encontrada foi o tecido de granulação, em 45 avaliações, seguida do tecido desvitalizado, em 44 avaliações.

Para demonstrar o processo de cicatrização, se classificou as UPPs em **estável**, quando o escore total de PUSH não foi alterado da primeira para última avaliação; **piora**, quando esse escore aumentava da primeira para última avaliação, e **melhora**, quando o escore de PUSH diminuía ao comparar essas duas avaliações. Dessa forma, distribui-se no gráfico abaixo a classificação das UPPs.

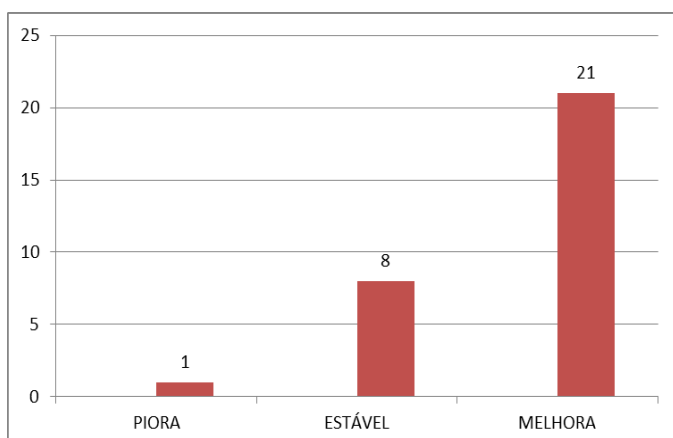


Gráfico 2 - Distribuição das UPPs segundo as condições do processo de cicatrização pela PUSH das 30 UPPs. Teresina-PI, 2010.

Pelo gráfico, uma úlcera teve piora, oito permaneceram estáveis e 21 tiveram melhora.

Estima-se que para o ano de 2025 existam, no Brasil, cerca de 30 milhões de pessoas com sessenta anos e mais. Da mesma forma, a R. pesq.: cuid. fundam. online 2013. abr./jun. 5(2):3847-55

proporção de pessoas com 80 anos ou mais também aumenta em ritmo acelerado. A maior parte da população idosa é do sexo feminino, o que caracteriza o processo de feminização da velhice.⁹ Houve predomínio da faixa etária de 80 anos ou mais, totalizando 36,8%, e do sexo feminino(52,6%) nesse estudo de Teresina.

Ainda sobre a caracterização da amostra, a maioria dos pacientes - 10 - (52,6%) era de cor parda. A pele negra é mais resistente à agressão externa causada pela umidade e fricção.¹⁰ De forma que apenas 2 (10,5%) dos sujeitos de pele negra apresentaram UPP.

Todos os pacientes - 19 - (100%) faziam uso de sonda vesical de demora, apresentavam incontinência anal e encontravam-se restritos ao leito. Sobre isso, é importante ressaltar que a umidade produzida pelo suor, urina, fezes ou drenagens, quando não controlada causa maceração da pele, tornando-a mais vulnerável à ruptura e infecção.¹¹ Toda incontinência é desfavorável para a cicatrização da UPP, principalmente as sacrais, consideradas as mais incidentes pelas evidências clínicas, juntamente com as dos calcanhares.¹²

Verificou-se que 10 (52,6%) pacientes estavam restritos ao leito entre 16 e 30 dias, tal situação é considerada um dos fatores mais relevantes para o desenvolvimento de UPP, porque assim como o paciente com diminuição do nível de consciência, o paciente imóvel não é capaz de aliviar as pressões das proeminências ósseas, mantendo desse modo os fatores de intensidade e duração da pressão.¹³ É importante assinalar que, em todas as UTIs pesquisadas, verificou-se presença de úlceras, com exceção da UTI-B, destinada a receber pacientes cardíacos. Nessa unidade, está sendo experimentado um protocolo médico sistematizado, conhecido como *Fast Hug*. O protocolo citado direciona a equipe médica às condutas do paciente crítico, a saber: nutrição, analgesia, sedação, profilaxia de

tromboembolia, elevação da cabeceira, prevenção de UPP, e o controle glicêmico.¹⁴

Os enfermeiros da UTI-B mostraram-se preocupados, especialmente com a orientação de elevação da cabeceira (Protocolo *Fast Hug*) concomitante às normas institucionais para mudança de decúbito a cada duas horas. Porém, ao final dos 60 dias de avaliação, percebe-se que a elevação da cabeceira não impossibilitou a mudança de decúbito.

A prevalência de UPP encontrada nas UTIs foi de 61,29 %. Ao considerar as UTI isoladamente, teve-se: UTI - A= 6,45%; UTI - B = 0%; UTI - C = 19,35 %; UTI - D= 35,48%. A UTI-A atende principalmente pacientes provenientes do pronto atendimento, as UTIs C e D atendem a pacientes provenientes principalmente dos postos ou centro cirúrgico do hospital, as quais tiveram destaque quanto à prevalência. As taxas de prevalência e incidência de UPP são importantes indicadores de avaliação da qualidade dos serviços hospitalares, por envolver fatores do paciente e fatores externos; Logo, incluem-se as condições institucionais para o desenvolvimento do agravo.

Assim, sugerem-se medidas específicas aos profissionais que atuam nessas unidades para se alcançar a excelência do cuidado de enfermagem, como o uso de escalas, apontado como fundamental para credibilidade assistencial.¹⁵ A região sacral foi a mais afetada, 19 casos (63,33%), todos os estágios foram encontrados nesse local, distribuindo-se igualmente entre os estágios I e III, 3 (15,79%). Estudos indicam que as regiões mais afetadas são, de fato, as sacrais, trocântérica, isquiática, os calcanhares e cotovelos.^{1,16}

Em relação à cicatrização, pode-se afirmar que, nos 60 dias de coleta de dados, apenas três UPPs tiveram cicatrização total. A cicatrização ocorre em três etapas¹⁷, na primeira, inflamatória, ocorre desde o momento da injúria até aproximadamente três dias; na seguinte, R. pesq.: cuid. fundam. online 2013. abr./jun. 5(2):3847-55

granulação, entre 2 e 20 dias; e a última etapa, a qual se inicia em torno de 21 dias após a lesão e pode se estender por anos. Porém, esse processo é multifatorial, o qual é influenciado pelos fatores intrínsecos e extrínsecos do paciente, além do gerenciamento do cuidado, aspectos individuais dos profissionais e também institucionais, e das técnicas e tecnologias utilizadas para realização dos curativos.

O tempo de cicatrização de uma ferida crônica pode ser calculado pelas fórmulas de Robnik-Sikonja *et al.*¹⁸ e Manios *et al.*¹⁹, desde que se tenha um valor do ritmo de cicatrização, os valores do perímetro e área da ferida. Nesse modelo, o perímetro e área da ferida devem ser obtidos pela imagem digitalizada da ferida e mediante a utilização de um software conhecido como Mouseyes.²⁰ Porém, no Brasil, estudos dessa natureza ainda são muito incipientes.

Inserindo alguns coeficientes de ponderação em função das características determinantes do paciente (idade, área e profundidade em graus e o tempo decorrido desde o aparecimento da ferida), considerados os principais preditores do ritmo de cicatrização^{18,19}, e em função dos impactos das opções de limpeza da ferida, escolha do material e procedimentos complementares à realização do curativo, o tempo (número de semanas) esperado para o tratamento da ferida crônica pode variar desde 50% até 200% em relação ao tempo total estimado para a cicatrização.²⁰

Quando se analisa o gráfico que acompanhou o processo de cicatrização da primeira avaliação à décima primeira (ao passo que se considerou a média de 4,4 avaliações com desvio padrão de 6,06), houve tendência pela estabilização do escore médio da PUSH.

Houve queda na linha do gráfico 1, entre a 4ª e 5ª avaliações, momento no qual, teve-se muitas altas, óbitos e curas, justificável até pelos

dois maiores valores do desvio padrão ($\pm 5,71$ e $\pm 4,05$).

Um dos fatores que possivelmente contribuiu para um aumento nos escores logo após a 5ª avaliação, a nosso ver, foi a utilização de coberturas para o debridamento químico (papaína 10 e 12%) como rotina nessas unidades. A papaína promove mudança no tipo de tecido (necrose para esfacelo) diminuindo assim o escore, entretanto, aumentam a quantidade de exsudato (de ausente para pequeno, moderado ou grande quantidade), aumentando o escore de PUSH. Porém, a cicatrização foi evidente nos registros, o que é evidenciado pelo início da queda dos escores médios a partir da 8ª avaliação e sua estabilização.

Nessa perspectiva, a maior utilidade da PUSH é a avaliação da cicatrização das feridas em um longo período de tempo, permitindo monitorar resultados do uso de coberturas e curativos em um programa de tratamento de feridas.^{11,13}

As UPPs encontradas tiveram uma área considerada grande, com média de 12,3 cm² e a maioria classificada na extensão maior que 24 cm² pela escala de PUSH. Porém, esse fato não pode ser analisado apenas no prisma da alta complexidade de cuidados das UTIs e, talvez, da própria debilidade dessa clientela, na qual a maioria era idoso portador de neoplasia, que requer, muitas vezes, cuidados domiciliares associados.

Aproximadamente 95% dessas lesões cutâneas são evitáveis, principalmente pela mudança de decúbito¹⁻⁴, mesmo naqueles pacientes que já desenvolveram UPP, essa conduta minimiza a hipóxia dos tecidos circundantes. Não se sabe ao certo se essa prescrição é executada de forma eficiente em domicílio. Acredita-se que a Enfermagem necessita intensificar suas ações de educação em saúde, com vistas a incluir o cuidador como partícipe na atenção domiciliar.¹²

R. pesq.: cuid. fundam. online 2013. abr./jun. 5(2):3847-55

Na escala de PUSH⁵, o tecido desvitalizado(esfacelo) é todo aquele de coloração amarela ou branca que adere ao leito da ferida e apresenta-se como cordões, ou crostas grossas, podendo ainda ser mucinoso. Já o tecido de granulação é aquele de cor-de-rosa ou vermelho-vivo com um aspecto brilhante, úmido e granuloso. Referente ao exsudado, encontrou-se em sua maioria o tecido de granulação seguida de tecido desvitalizado. Esses achados podem ser explicados pela própria extensão e complexidade da úlcera e também do prognóstico clínico do pacientes avaliados.

Apenas uma úlcera teve piora, enquanto a maioria teve melhora ou permaneceu estável. O que parece refletir em uma boa prática clínica nas unidades pesquisadas, referente ao tratamento das UPPs. Contudo, não se pode afirmar se o tempo de cicatrização poderia ter sido reduzido, se coberturas especializadas fossem utilizadas. O tratamento de feridas é um processo complexo, que necessita de avaliações sistematizadas e cuidados específicos, que envolvem desde as condições do paciente até a instituição e os profissionais envolvidos.

Muitas enfermeiras relatam dificuldades no cotidiano do cuidado com feridas, as quais são advindas da falta de experiência e de treinamento específico, o que confirma a possível insuficiência de conhecimentos a respeito desta temática em estudo.^{1,8,12} Não se pode inferir sobre a relação do tempo de cicatrização, o uso de coberturas específicas nessas UPPs, bem como os demais fatores intervenientes na cicatrização. O que remete a estudos mais específicos para compreensão desse fenômeno.

CONCLUSÃO

Dos 19 pacientes, verificou-se que o perfil sociodemográfico e clínico se assemelharam aos de estudos anteriores sobre essa temática. Destaca-se que a UTI cardíaca não apresentou

nenhuma UPP, onde são instituídas normatizações para sua prevenção. A elevação da cabeceira a 30° graus não interferiu na mudança de decúbito dos pacientes a cada duas horas. A região sacral foi a mais afetada em 19 casos (63,33%), com média de 12,3 cm², considerada extensa e complexa.

Teve-se 30 UPPs, as quais foram acompanhadas por 60 dias e um total de 134 aplicações de PUSH. Cada indivíduo apresentou média de 4,4(± 6,06) avaliações. A maioria teve melhora ou permaneceu estável, conforme se observou pela manutenção dos escores de PUSH, evidenciando cicatrização em curso.

O estudo apresentou como limitações: o restrito número de pacientes por amostra não probabilística; a impossibilidade de acompanhar todas as UPPs até o desfecho final, o que seria ideal, por se tratar de uma escala de cicatrização; a impossibilidade de acompanhamento de todos os banhos nos leitos para avaliar as úlceras dorsais, cuidados que são delegados a toda a equipe e ocorrem muitas vezes concomitantemente.

Foi possível atestar a eficiência da escala PUSH, sendo desse modo útil na avaliação da cicatrização de feridas, permitindo monitorar resultados globais e apresentando-se válida para integrar protocolos, a fim de implementar a assistência de enfermagem. Nesse sentido, sugere-se aplicar a escala em estudos do tipo experimental comparativo com uso das coberturas existentes no mercado brasileiro.

REFERÊNCIAS

1. Medeiros ABF, Lopes CHAF, Jorge MSB. Análise da prevenção e tratamento das úlceras por pressão propostos por enfermeiros. Rev. Esc. Enferm. USP. 2009 Mar; 43(1): 223- 228.
2. Keelaghan E, Margolis D, Zhan M, Baumgarten M. Prevalence of pressure ulcers on hospital admission among nursing home residents transferred to the hospital. NHI Public Access R. pesq.: cuid. fundam. online 2013. abr./jun. 5(2):3847-55

National Instituts of health. Wound Repair Regen. 2008 May-Jun;16(3):331-6.

3. Diccini S, Camaduro C, lida LIS. Incidência de UP em paciente neurocirúrgico de hospital universitário. Acta Paul. enferm. 2009 Març-Abril; 22(2): 205- 209.

4. National Pressure Ulcer Advisory Panel. Conceito e classificação de úlcera por pressão: atualização da NPUAP. Revista Estima. 2007; 5 (3): 43-44.

5. Santos VLCG, Azevedo MAJ, Silva TS, Carvalho VMJ, Carvalho VF. Adaptação Transcultural do Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH), para a língua portuguesa. Rev. latinoam. enferm . 2005 Maio-Jun; 13(3): 13-305.

6. Linee Guida prevenzione e trattamento delle lesioni da pressione. Centro Studi EBHC dell'Azienda Ospedaliera di Bologna S.Orsola Universitaria S.Orsola-Malpighi, Febbraio 2010, 121p. [Acesso em: 14 de maio de 2012]. Disponível em:

http://www.evidencebasednursing.it/progetti/LD/LG%20LDP%202010/LG_LDP_2010_sito.pdf.

7. Bergstrom N, Allman RM, Alvarez OM, Bennet MA, Carlson CE, Frantz RA, et al. Treatment of pressure ulcer. Clinical practice guideline. n.15. 1994; Rockville: Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Reserch, 1004 (AHCPR publication, n.95-0653)

8. Bryant RA, Bar BW, Beshara M, Broussard CI, Cooper DM, Doughy DB, Frantz RA, et al. Acute and chronic wounds: nursing management. 2nd ed. Missouri: Mosby 2000.

9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção Básica. Caderno de Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Brasília (DF): MS; 2006.

10. Blanes L, Duarte IS, Calil JA. Avaliação clínica e epidemiológica das úlceras por pressão em clientes internados no Hospital São Paulo. Rev assoc Med Bras. 2004 Jan-Abril; 50(2): 182-7.

11. Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL. Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-

Silveira SLP, Silva GRF, Moura ECC *et al.*

Assessment of pressure...

Cirúrgica. v. 1, 11. ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan, 2009.

12. Chayamiti EMPC, Caliri MHL. Úlcera por pressão em pacientes sob assistência domiciliar. *Acta paul. enferm.* 2010 Jan; 23(1): 29-34.

13. Jorge AS, Dantas SRPE. *Abordagem Multiprofissional do Tratamento de Feridas*. São Paulo (SP): Atheneu; 2005.

14. Vincent J. Give your patient a fast hug (at least) once a day. *Critical Care Medicine*. 2005 Jul; 33(6):1225-1229.

15. Bork AMT. *Enfermagem Baseada em Evidências*. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan, 2005.

16. Lima ACB, Guerra DM. Avaliação do custo do tratamento de úlceras por pressão em pacientes hospitalizados usando curativos industrializados. *Ciênc. saúde coletiva*. 2011 Jan; 16(1): 267-277.

17. Nettina S. M. *Prática de Enfermagem*. 8ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan. 2007; cap. 9, p. 179-182.

18. Robnik-Sikonj M, Cukjati D, Kononenko I. Comprehensible evaluation of prognostic factors and prediction of wound healing. *Artificial Intelligence in Medicine*. 2003 May; 29(1): 25-38.

19. Manios A, Tosca A, Volakakis E. Computer assisted evaluation of wound healing in chronic ulcers. *Computers in Biology and Medicine*. 2003 Jul; 33(4): 311-317.

20. Taylor RJ. Mouseyes revisited: upgrading a computer program that aids wound measurement. *Journal of Wound Care*. 2002 Jun; 11(6): 213-216.

Recebido em: 11/06/2012

Revisões Requeridas: Não

Aprovado em: 18/01/2013

Publicado em: 01/04/2013