

Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes com lesão por pressão no contexto hospitalar

Clinical-epidemiological profile of patients with pressure injuries in the hospital context

Perfil clínico-epidemiológico de pacientes con lesión por presión en el contexto hospitalario

Lidiane Souza Lima^{1,*}, Neylor Rodrigo Oliveira Aragão¹, Gleyce Kelly de Brito Brasileiro Santos², Eduesley Santana Santos³, Cátia Suely Palmeira⁴

ORCID IDs

Lima LS  <https://orcid.org/0000-0002-3615-2159>

Aragão NRO  <https://orcid.org/0000-0002-5283-511X>

Santos GKBB  <https://orcid.org/0000-0003-4578-5799>

Santos ES  <https://orcid.org/0000-0001-8545-5677>

Palmeira CS  <https://orcid.org/0000-0001-6328-8118>

COMO CITAR

Lima LS; Aragão NRO; Santos GKBB; Santos ES; Palmeira CS. Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes com lesão por pressão no contexto hospitalar. ESTIMA, Braz. J. Enterostomal Ther., 2020, 18: e2720. https://doi.org/10.30886/estima.v18.917_PT

RESUMO

Objetivo: descrever o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes com lesão por pressão internados em um hospital universitário.

Método: estudo descritivo com 122 pacientes com lesão por pressão internados em um hospital universitário, entre janeiro de 2018 e dezembro de 2019. Os dados foram coletados nos prontuários dos pacientes e no banco de dados do Serviço Assistencial de Cuidados com a Pele. Utilizou-se estatística descritiva para análise dos dados. **Resultados:** as lesões por pressão predominaram entre adultos e idosos, pardos, que estudaram até o ensino fundamental e não possuíam companheiro. Houve semelhança entre os sexos. Os pacientes possuíam, principalmente, doença infecciosa, uma ou mais comorbidades, alteração nutricional, incontinência mista e utilizavam terapia nutricional, mas não apresentavam dermatite associada à incontinência e histórico de tabagismo. A maioria dos pacientes foi classificada como risco alto de lesão por pressão. O estudo totalizou 237 lesões, sendo a maior parte adquirida antes da internação, não classificável, localizada na região sacrococcígea, tratada topicamente com hidrogel com alginato e hidrocoloide, e não cicatrizada no momento da alta hospitalar. **Conclusão:** o estudo descreveu aspectos importantes da caracterização das lesões por pressão, assim como das pessoas acometidas por esse grave problema de saúde, o que pode otimizar as ações de prevenção e tratamento.

DESCRITORES: Estomaterapia; Lesão por pressão; Epidemiologia; Hospitais.

1. Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública – Curso de Especialização em Enfermagem em Estomaterapia – Salvador (BA), Brasil.

2. Universidade Federal de Sergipe – Departamento de Enfermagem – Lagarto (SE), Brasil.

3. Universidade Federal de Sergipe – Departamento de Enfermagem da – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Aracaju (SE), Brasil.

4. Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública – Curso de Graduação em Enfermagem – Salvador (BA), Brasil.

*Autora correspondente: lidi_lima88@hotmail.com

Recebido: Jul. 06, 2020 | Aceito: Out. 08, 2020

ABSTRACT

Objective: describe the clinical-epidemiological profile of patients with pressure injuries admitted to a university hospital. **Method:** descriptive study with 122 patients with pressure injuries admitted to a university hospital between January 2018 and December 2019. Data were collected from patients' medical records and from the Serviço Assistencial de Cuidados com a Pele (Skin Care Assistance Service) database. Descriptive statistics were used for data analysis. **Results:** pressure injuries predominated among adults and the elderly, browns, who studied up to elementary school and had no partner. There was a similarity between the sexes. The patients had, mainly, infectious disease, one or more comorbidities, nutritional alteration, mixed incontinence and used nutritional therapy, but did not present dermatitis associated with incontinence and smoking history. Most patients were classified as high risk of pressure injury. The study totaled 237 lesions, most of which were acquired before admission, not classifiable, located in the sacrococcygeal region, treated topically with hydrogel with alginate and hydrocolloid, and not healed at the time of hospital discharge. **Conclusion:** the study described important aspects of the characterization of pressure injuries, as well as the people affected by this serious health problem, which can optimize prevention and treatment actions.

DESCRIPTORS: Stomatherapy; Pressure injury; Epidemiology; Hospitals.

RESUMEN

Objetivo: Describir el perfil clínico-epidemiológico de los pacientes con lesiones por presión ingresados en un hospital universitario. **Métodos:** Estudio descriptivo con 122 pacientes con lesiones por presión ingresados en un Hospital Universitario, entre enero / 2018 y diciembre / 2019. Los datos se obtuvieron de los registros médicos de los pacientes y de la base de datos del Servicio de Asistencia para el Cuidado de la Piel. Se utilizó estadística descriptiva para el análisis de datos. **Resultados:** Predominaron las lesiones por presión entre adultos y ancianos, pardos, que cursaron estudios hasta la primaria y no tenían pareja. Hubo similitud entre los sexos. Los pacientes presentaban, principalmente, enfermedad infecciosa, una o más comorbilidades, alteración nutricional, incontinencia mixta y utilizaban terapia nutricional, pero no presentaban dermatitis asociada a incontinencia y antecedentes de tabaquismo. La mayoría de los pacientes se clasificaron como de alto riesgo de lesión por presión. El estudio totalizó 237 lesiones, la mayoría de ellas adquiridas antes del ingreso, no clasificables, ubicadas en la región sacrococcígea, tratadas tópicamente con hidrogel con alginato e hidrocoloide y no cicatrizadas al momento del alta hospitalaria. **Conclusión:** El estudio describió aspectos importantes de la caracterización de las lesiones por presión, así como de las personas afectadas por este grave problema de salud, que pueden optimizar las acciones de prevención y tratamiento.

DESCRIPTORES: Úlcera Varicosa; Epidemiología; Perfil de Salud; Estomaterapia.

INTRODUÇÃO

As lesões por pressão (LP) são um fenômeno frequente nas instituições de saúde de todos os níveis assistenciais. No Brasil, em 2017, houve 13.834 casos de LP e 5 óbitos, por esse motivo, notificados pelas instituições de saúde, correspondendo a 18,37% das notificações de eventos adversos e 1,14% dos óbitos decorrentes desse tipo de evento. No entanto, a real extensão desse problema ainda é desconhecida, uma vez que a Agência Nacional de Vigilância Sanitária admite a ocorrência de subnotificações¹.

A *National Pressure Injury Advisory Panel* (NPIAP), organização reconhecida internacionalmente pelo compromisso com a prevenção e o gerenciamento das LP, define-as como dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionada ao uso de dispositivo médico ou a outro artefato. A lesão pode se apresentar em pele íntegra ou como úlcera aberta e ocorre como resultado da pressão intensa e/ou prolongada em combinação com o cisalhamento².

De maneira geral, as LP resultam de uma combinação complexa de fatores de risco intrínsecos e extrínsecos ao paciente. O déficit de mobilidade, atividade e perfusão são os preditores mais frequentes no desenvolvimento dessas lesões, assim como a presença de uma área de hiperemia não branqueável na pele (LP estágio 1). Outros fatores ainda podem ser citados: nutrição, estado geral de saúde, alterações hematológicas, idade, umidade da pele, temperatura corporal, imunidade, uso de drogas vasoativas, sedação e comorbidades (ex. diabetes *mellitus* e doença vascular)³.

Como consequência das LP, tem-se o aumento do tempo de internação hospitalar e da taxa de morbimortalidade, o que resulta em aumento considerável dos custos assistenciais referente aos recursos humanos, materiais e físicos do sistema de saúde^{4,5}.

No Brasil, estudo realizado em uma unidade de cuidados paliativos em Minas Gerais calculou um custo anual de cerca de R\$445.664,38 para o tratamento de LP e concluiu que a prevalência dessas lesões e o uso inadequado dos materiais têm associação diretamente proporcional ao custo assistencial⁵.

As LP são classificadas em estágios de acordo com a camada da pele que foi acometida. A LP estágio 1 refere-se a uma área delimitada de hiperemia não branqueável na pele; na LP estágio 2 há exposição da derme; a LP estágio 3 atinge o tecido subcutâneo; a LP estágio 4 acomete os tecidos mais profundos, como fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem ou osso; no estágio não classificável, uma capa de necrose recobre o leito da ferida, não sendo possível classificá-la; a LP tissular profunda trata-se de uma área de descoloração vermelho escura, marrom ou púrpura, persistente e que não embranquece. A LP pode ainda ocorrer em membrana mucosa e/ou em associação a dispositivo médico².

Ao se avaliar o risco de um paciente desenvolver LP diversos fatores de risco conhecidos devem ser considerados. Para nortear essa avaliação existem instrumentos preditivos específicos e cientificamente comprovados, a exemplo da Escala de Braden. O paciente é classificado como sem risco ou com risco baixo, moderado ou alto, de acordo com o escore obtido nas subescalas: percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, nutrição e fricção/cisalhamento⁶.

A assistência à saúde, quando bem gerida, pode resultar em impacto positivo na segurança e qualidade do serviço oferecido, na qualidade de vida e nível de satisfação dos profissionais e clientes. Diante disso, esse estudo justifica-se por agregar conhecimento sobre a população mais acometida pelas LP, assim como as características dessas lesões, de forma a auxiliar os profissionais de saúde a planejar uma assistência à saúde baseada em evidências científicas e na realidade local, otimizando a alocação dos recursos físicos, humanos e financeiros.

OBJETIVO

Descrever o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes com LP internados em um hospital universitário.

MÉTODO

Estudo descritivo, documental, realizado no Hospital Universitário de Sergipe, campus Aracaju, um hospital de ensino, totalmente integrado ao Sistema Único de Saúde e referência na assistência médico-hospitalar de média e alta complexidade no estado. O hospital possui capacidade física instalada de 111 leitos de internação, sendo 36 pertencentes

à Clínica Médica, 36 à Clínica Cirúrgica, 11 à Pediatria, 10 à Unidade de Terapia Intensiva e 18 à Oncologia.

Todos os pacientes admitidos no local do estudo com LP ou que a desenvolveram durante o internamento, no período de janeiro de 2018 a dezembro de 2019, compuseram a população do estudo, que foi constituída de 122 participantes, dessa forma não foi extraída amostra.

Os dados foram coletados no período de fevereiro a março de 2020, nos prontuários dos pacientes e no banco de dados do Serviço Assistencial de Cuidados com a Pele (SACP) no qual são registradas as lesões de pele de todos os pacientes em acompanhamento, assim como o tratamento instituído. Ressalta-se que devido à pandemia da Doença do Coronavírus (COVID-19), em que se recomendava o isolamento social, não foi possível coletar os dados referentes às variáveis clínicas de todos os participantes, uma vez que o acesso aos prontuários dos pacientes tornou-se restrito.

Para a coleta dos dados, utilizou-se instrumento específico elaborado pelos autores, composto por variáveis sociodemográficas e clínicas, como: idade, sexo, escolaridade, estado civil, raça, diagnóstico na admissão, unidade de internação, comorbidades (diabetes mellitus, hipertensão arterial, insuficiência cardíaca, anemia ou depressão), alteração nutricional (obesidade ou desnutrição), uso de terapia nutricional (enteral e/ou parenteral), presença de incontinência, dermatite associada à incontinência e tabagismo. As classificações da escolaridade e do estado civil utilizadas correspondem àquelas adotadas pelo local de estudo para fins de cadastro de internamento.

O instrumento de coleta de dados apresentava, ainda, a classificação do risco para desenvolver LP, segundo a Escala de Braden⁶, e variáveis relativas às lesões: classificação – conforme NPIAP (2019) –, localização anatômica, origem, tratamento tópico inicial e situação da lesão no momento da alta hospitalar.

Os dados coletados foram armazenados em banco de dados no Microsoft Office Excel e posteriormente exportados para *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 20.0, para serem processados e analisados. As variáveis categóricas foram descritas por frequências absolutas e relativas e os itens de escala e somatória do total de resultados por medidas de tendência central e dispersão (média e desvio).

A pesquisa foi autorizada pela Gerência de Ensino e Pesquisa do local de estudo e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe conforme o CAAE nº 09946119.40000.5546.

RESULTADOS

Participaram da pesquisa 122 pacientes com média de idade de 54 ± 24 anos e predomínio de adultos (43,3%) e idosos (45,1%). Homens e mulheres tiveram participação igualitária no estudo (50,0% cada). A maior parte dos participantes estudou até o ensino fundamental (47,5%), declarou não possuir companheiro (59,0%) e ser da cor parda (95,9%) (Tabela 1).

Tabela 1. Aspectos sociodemográficos da população do estudo (n=122). Aracaju (SE), Brasil

Faixa etária	n (%)
Idosos (60 ou mais anos)	55 (45,1)
Adultos (20 - 59 anos)	53 (43,3)
Adolescente (11 - 19 anos)	6 (4,9)
Escolar (5 - 10 anos)	3 (2,5)
Lactente (0 - 2 anos)	3 (2,5)
Pré-escolar (2 - 4 anos)	2 (1,6)
Gênero	n (%)
Masculino	61 (50,0)
Feminino	61 (50,0)
Escolaridade	n (%)
Ensino Fundamental	58 (47,5)
Nenhum/Ignorado	34 (27,8)
Ensino Médio	27 (22,1)
Ensino Superior	3 (2,4)
Estado civil	n (%)
Solteiro / Viúvo / Separado	72 (59,0)
Casado / União estável	38 (31,1)
Outros	12 (9,9)
Raça	n (%)
Parda	117 (95,9)
Preta	3 (2,5)
Sem declaração	2 (1,6)

As doenças infecciosas apresentaram maior frequência (35,2%) dentre as causas de internação dos participantes da pesquisa. Assim como as unidades de clínica médica (54,1%) e terapia intensiva (21,3%) foram aquelas com maior número de pacientes internados com LP (Tabela 2).

Em relação às demais variáveis clínicas, grande parte dos sujeitos possuía uma ou mais comorbidades (68,9%),

apresentava alteração do estado nutricional (56,6%) e fazia uso de terapia nutricional (45,9%) (Tabela 2).

A maioria dos sujeitos pesquisados apresentava incontinência urinária, fecal e/ou mista (60,7%). No entanto, não apresentava dermatite associada à incontinência (51,6%), assim como histórico de tabagismo (84,4%) (Tabela 2).

Tabela 2. Aspectos clínicos da população do estudo. Aracaju (SE), Brasil – 2020.

Unidade de internação (n=122)	n (%)
Unidade de Clínica Médica	66 (54,1)
Unidade de Terapia Intensiva	26 (21,3)
Unidade de Oncologia	12 (9,8)
Unidade de Clínica Cirúrgica	10 (8,2)
Unidade de Pediatria	8 (6,6)
Diagnóstico na admissão (n=122)	n (%)
Doença Infecciosa	43 (35,2)
Outras ⁽¹⁾	42 (34,4)
Doença Pulmonar	19 (15,6)
Doença Gastrointestinal	18 (14,8)
Comorbidades (n=113)	n (%)
Uma ou mais comorbidades	84 (68,9)
Sem comorbidades	29 (23,8)
Alteração nutricional (n=118)	n (%)
Sim	69 (56,6)
Não	49 (40,2)
Terapia nutricional (n=96)	n (%)
Sim	56 (45,9)
Não	40 (32,8)
Incontinência (n=117)	n (%)
Mista (urinária e fecal)	66 (54,1)
Sem incontinência	43 (35,2)
Urinária	5 (4,1)
Fecal	3 (2,5)
Dermatite associada à incontinência (n=107)	n (%)
Não	63 (51,6)
Sim	44 (36,1)
Tabagismo (n=113)	n (%)
Não	103 (84,4)
Sim	10 (8,2)

⁽¹⁾ Inclui doença geniturinária, neuromotora, neoplásica, hematológica, vascular, cardíaca, metabólica, autoimune, dermatológica.

A maioria dos participantes da pesquisa foi classificada com risco alto (68,9%) para desenvolver LP, seguido pelo risco moderado (18,0%), conforme a Escala de Braden (Tabela 3).

O total de LP apresentadas pelos 122 pacientes foi 237, uma média de 1,9 lesões por pacientes e a maioria dos participantes (63,1%) apresentou apenas uma lesão. Majoritariamente, as lesões estudadas foram adquiridas previamente à internação no local de estudo (79,3%) (Tabela 3).

Quanto à classificação das lesões, 25,3% correspondeu à lesão não classificável, seguida pelas lesões em estágio 2 (22,4%) e tissular profunda (12,2%). As localizações anatômicas predominantes para o surgimento das referidas lesões foi a região sacrococcígea (36,3%) e calcâneos (21,1%). Com relação ao tratamento, o hidrogel com alginato (20,7%) e o hidrocoloide (19,8%) foram os tratamentos tópicos iniciais mais utilizados. A maior parte das lesões não estava cicatrizada no momento da alta hospitalar (46,5%) (Tabela 3).

Tabela 3. Caracterização das lesões por pressão e do risco de desenvolvê-las. Aracaju (SE), Brasil – 2020.

Risco de LP (n=122)	n (%)
Risco Alto	84 (68,9)
Risco Moderado	22 (18,0)
Risco Baixo	11 (9,0)
Sem Risco	5 (4,1)
Origem (n=237)	n (%)
Prévia à internação	188 (79,3)
Adquirida na instituição	49 (20,7)
Classificação da LP (n=237)	n (%)
LP Não Classificável	60 (25,3)
Estágio 2	53 (22,4)
Tissular Profunda	29 (12,2)
Estágio 3	27 (11,4)
Estágio 4	27 (11,4)
Estágio 1	20 (8,4)
LP Associada à Dispositivo Médico	20 (8,4)
LP em membrana mucosa	1 (0,4)
Localização anatômica (n=237)	n (%)
Sacrococcígeo	86 (36,3)
Outras ⁽¹⁾	70 (29,5)
Calcâneos	50 (21,1)
Ísquios	31 (13,1)

continua...

Tabela 3. Continuação...

Tratamento tópico inicial (n=237)	n (%)
Outros ⁽²⁾	65 (27,4)
Hidrogel com alginato	49 (20,7)
Hidrocoloide	47 (19,8)
Papaína	22 (9,3)
Espuma hidrocelular para região sacral	18 (7,6)
Colagenase	14 (5,9)
Gaze de rayon com AGE	12 (5,1)
Nenhum tratamento tópico	10 (4,2)
Condição da LP na alta hospitalar (n=237)	n (%)
Não cicatrizada COM orientação do SACP	94 (39,7)
Não se aplica (óbito)	65 (27,4)
Cicatrizada	62 (26,2)
Não cicatrizada SEM orientação do SACP	16 (6,8)

LP = Lesão por pressão; ⁽¹⁾Inclui trocânteres, dorso, cotovelos, occipito, escápulas, glúteos, costelas, maléolos, orelha, nariz, boca, espinha dorsal; ⁽²⁾Inclui espuma de poliuretano com e sem prata, placa de alginato com e sem prata, sulfadiazina de prata, gaze impregnada com Polihexametileno de Biguanida (PHMB), óleo de AGE, barbatimão e gel de PHMB; AGE = Ácidos Graxos Essenciais; SACP = Serviço Assistencial de Cuidados com a Pele.

No que concerne somente às LP adquiridas no local de estudo, grande parte foi classificada como estágio 2 (40,8%), seguida pela não classificável (24,5%), e a maioria acometeu a região sacrococcígea (55,1%). Os tratamentos mais utilizados também foram hidrocoloide (36,7%) e hidrogel com alginato (26,5%). Apenas 18,4% das lesões não estavam cicatrizadas no momento da alta hospitalar (Tabela 4).

Tabela 4. Caracterização das lesões por pressão adquiridas no local de estudo e condição da lesão na alta hospitalar (n=49). Aracaju (SE), Brasil – 2020.

Classificação da LP	n (%)
Estágio 2	20 (40,8)
LP Não Classificável	12 (24,5)
LP Associada a dispositivo médico	6 (12,2)
Estágio 1	5 (10,2)
Tissular Profunda	4 (8,2)
Estágio 3	1 (2,0)
LP em membrana mucosa	1 (2,0)

continua...

Tabela 4. Continuação...

Localização anatômica	n (%)
Sacroccígeo	27 (55,1)
Outras ⁽¹⁾	9 (18,3)
Calcâneos	6 (12,2)
Trocânteres	5 (10,2)
Dorso	2 (4,1)
Tratamento tópico inicial	n (%)
Hidrocoloide	18 (36,7)
Hidrogel com alginato	13 (26,5)
Espuma hidrocélular para região sacral	7 (14,3)
Outros ⁽²⁾	6 (12,2)
Nenhum tratamento tópico	5 (10,2)
Condição da LP na alta hospitalar	n (%)
Não se aplica (óbito)	22 (44,9)
Cicatrizada	18 (36,7)
Não cicatrizada COM orientação do SACP	7 (14,3)
Não cicatrizada SEM orientação do SACP	2 (4,1)

LP = Lesão por pressão; ⁽¹⁾ Inclui cotovelos, occipito, escápulas, glúteos, costelas, maléolos, orelha, nariz, boca, espinha dorsal; ⁽²⁾ Inclui gaze de rayon com AGE, colagenase, papaína, espuma de poliuretano sem prata e espuma siliconizada; SACP = Serviço Assistencial de Cuidados com a Pele.

DISCUSSÃO

No presente estudo foi identificado um maior número de lesões em pessoas idosas, o que corrobora a literatura^{3,7,8}. Esse fato pode ter relação com as alterações fisiológicas próprias do envelhecimento, tais como turgor e elasticidade da pele diminuídos; presença de comorbidades, como hipertensão e acidente vascular encefálico, mais frequentes nesta faixa etária; e ainda ao uso de medicamentos, a exemplo de analgésicos, anti-hipertensivos e anticoagulantes^{9,10}.

Nos idosos, o acometimento por doenças crônicas não transmissíveis não só pode afetar a capacidade perceptiva, circulação sanguínea, oxigenação, mobilidade, nível de consciência, níveis de eletrólitos e proteínas, como também aumentar a probabilidade de complicações decorrentes do longo período de permanência hospitalar, inclusive risco de LP. Por isso, a importância de atender às necessidades e manter a capacidade funcional dessa população a fim de prevenir complicações⁹.

Neste estudo não se observou diferença no número de pacientes de acordo com o sexo para ocorrência de LP.

Estudo realizado com pacientes internados por causas externas apontam maior incidência do sexo masculino^{7,9}. No entanto, pesquisa desenvolvida em Unidade de Terapia Intensiva de hospital geral indica predominância do sexo feminino¹¹ ou incidência semelhante entre os sexos⁸, o que demonstra ausência de consenso sobre o tema.

As doenças infecciosas foram o principal diagnóstico que justificou a internação dos participantes da pesquisa, seguidas pelas doenças pulmonares. Dentre as doenças infecciosas, as infecções especificamente do trato respiratório aparecem dentre as patologias predominantes nos pacientes com LP^{5,7}. Sabe-se que frente à dispneia os pacientes tornam-se restritos ao leito e sentem-se mais confortáveis com a cabeceira do leito com elevação superior a 30°. Isso reduz a capacidade de alívio de pressão nas proeminências ósseas e aumenta a intensidade e duração da pressão na região sacral^{2,11}.

As unidades de clínica médica e terapia intensiva tiveram maior frequência de LP, o que corrobora outros estudos^{7,12}. Esse achado pode ter associação com o perfil clínico dos pacientes atendidos nesses locais, pois apresentam com maior frequência condições de debilitação, idade avançada, comorbidades, imobilidade, incontinência, além do uso de medicamentos que interferem na capacidade de manutenção e recuperação tecidual da pele, prejudicam a mobilidade e a percepção sensorial, como os sedativos e analgésicos¹².

Outro achado importante neste estudo foi o alto percentual de pessoas internadas com comorbidades, como diabetes *mellitus*, hipertensão arterial sistêmica e insuficiência cardíaca, o que reflete a complexidade das condições clínicas dos participantes da pesquisa. Essas doenças são consideradas importantes fatores de risco para LP, uma vez que as diferentes fisiopatologias alteram a perfusão sanguínea da pele com possibilidade de isquemia tecidual³. Além disso, as suas terapêuticas farmacológicas também podem afetar o fluxo sanguíneo e tornar os tecidos mais suscetíveis à pressão¹².

Ainda em relação às condições clínicas, vale mencionar que mais da metade dos participantes deste estudo encontrava-se com alterações nutricionais no momento da admissão. O déficit nutricional e a desidratação têm participação na gênese e na cicatrização das LP, uma vez que podem causar perda de massa muscular, exposição de proeminências ósseas, edema, redução da mobilidade e do fluxo sanguíneo cutâneo, além de outras alterações fisiopatológicas que resultam em lesões isquêmicas na pele. A ingesta adequada de calorias, proteínas, vitaminas, minerais e líquidos é imprescindível para a reparação e manutenção da integridade tecidual¹³.

Por outro lado, a obesidade não só contribui para a imobilidade, maior exposição à umidade e dificuldade de inspeção e instituição de cuidados com a pele, como também torna difícil a mudança de decúbito pela equipe de saúde para alívio da pressão nos locais de proeminência óssea. Embora a literatura aponte que tanto os pacientes malnutridos como os obesos extremos têm probabilidade duas vezes maior de desenvolver lesões cutâneas do que pessoas eutróficas, parece que os pacientes com sobrepeso e obesidade leve possuem algum fator protetor contra o surgimento de LP¹⁴.

Assim, considera-se primordial que os profissionais de saúde estejam capacitados para avaliar o estado nutricional, hidratação e aceitação de dieta dos pacientes assistidos, dada a sua importância no desenvolvimento de LP, assim como ajam precocemente quanto às estratégias de prevenção e tratamento dessas lesões.

Apesar do tabagismo representar importante fator de risco para o surgimento de LP devido à alteração na resposta vascular¹⁵, neste estudo o percentual de fumantes foi muito pequeno.

As incontínências urinária e/ou fecal também são consideradas fatores de risco importantes para LP devido ao excesso de umidade oferecido à pele associado aos efeitos das enzimas proteolíticas presentes nas fezes e do pH ácido da urina. Ambos agredem o tegumento e prejudicam sua integridade, o que favorece o surgimento de maceração, irritação física e química e dermatites¹⁶. Assim, pacientes com incontínência mista possuem maior probabilidade de desenvolver LP, especialmente na região sacral, quando comparados àqueles sem incontínência ou com incontínência urinária ou fecal isolada¹⁷.

Por outro lado, pacientes incontinentes por demandarem reiterada limpeza da genitália e região anal devem ter a região sacrococcígea e nádegas inspecionadas frequentemente, o que possibilita a detecção precoce dos primeiros sinais de LP¹⁸. Em razão dessas situações, faz-se necessária uma atenção especial aos cuidados de higiene durante a permanência hospitalar e orientação do paciente e família quando em âmbito domiciliar.

Mesmo ante os cuidados de higiene é possível o aparecimento da dermatite associada à incontínência (DAI), que é fator de risco independente para LP, principalmente nas regiões citadas acima e na população idosa^{17,19}. Cabe salientar que um dos desafios dos profissionais de enfermagem é reconhecer a DAI, que em muitas situações é confundida com a LP nos seus estágios iniciais²⁰.

Em relação ao risco de LP, avaliado conforme a Escala de Braden, observou-se que a maioria dos pacientes foi classificada com risco moderado ou alto, embora pacientes sem risco ou com risco baixo também tenham desenvolvido LP. Observa-se que essa escala tem validade preditiva moderada e poderia ser aprimorada se considerasse os atributos dos sujeitos do estudo, ou seja, outros importantes fatores de risco de LP, tais como idade, uso de medicamentos, nível de consciência, comorbidades, dentre outros²¹. No entanto, a facilidade na aplicação da escala justifica sua ampla utilização²².

Vale ressaltar que o número de pacientes admitidos com LP foi superior ao daqueles que a desenvolveram após a internação no local pesquisado. Achado semelhante é observado em outros estudos⁵. Acredita-se que o advento do Programa Nacional de Segurança do Paciente, em 2013, que prevê ações preventivas para LP, tenha tido importância na redução das taxas de incidência de LP em instituições de saúde.

Quando se considera apenas as lesões adquiridas no local de estudo, observa-se a predominância das LP estágio 2, o que coincide com a literatura^{7,8}. Isso pode significar que em ambiente hospitalar há maior vigilância das condições da pele, fazendo com que os primeiros sinais de LP sejam detectados precocemente, levando a uma menor frequência de lesões mais graves. É preciso considerar também o fato de que no local de estudo existem protocolos de avaliação da pele e prevenção de LP, o que auxilia os profissionais nas tomadas de decisão e, por conseguinte, um cuidado mais efetivo.

Os protocolos referidos anteriormente são realizados pelo SACP, que é responsável por planejar ações e elaborar documentos institucionais dentro do programa de prevenção e tratamento de LP; realizar treinamento e atualização das equipes assistências; solicitar padronização e compra de produtos e materiais destinados à prevenção e tratamento dessas lesões; e supervisionar a assistência. Pesquisa realizada em 2016 constatou redução na incidência de LP de 69% após aplicação de um programa de prevenção, com economia potencial de custos de aproximadamente US\$ 1 milhão²².

Quando avaliada a localização anatômica das LP dos participantes desta pesquisa, observa-se maior frequência na região sacrococcígea, coincidindo com outros estudos^{3,7,8,11}. Essa região é mais frequentemente acometida em idosos e em pacientes com diagnóstico adicional de incontínência urinária e/ou fecal devido à fragilidade da pele com o envelhecimento e à ação da umidade, da acidez da urina e das enzimas proteolíticas presentes nas fezes, como discutido anteriormente^{2,16,17,19}.

O tratamento das LP baseia-se na redução ou eliminação da fonte de pressão e cuidados gerais com a ferida, isto é, limpeza, controle de umidade, temperatura e carga microbiana e desbridamento de tecido necrótico²³. Para isso, utilizam-se produtos tópicos que favoreçam o meio ideal para a cicatrização. O hidrocoloide e hidrogel com alginato, principais coberturas adotadas no local pesquisado, são produtos capazes de fornecer retenção de umidade, proteção mecânica, isolamento, barreira contra bactérias e desbridamento autolítico²⁴.

Embora espumas, colágeno e fator de crescimento sejam as opções mais eficazes para o tratamento das LP, há ausência de pesquisas robustas que consigam considerar a ampla heterogeneidade das coberturas, a dinamicidade do processo cicatricial e os demais fatores influenciadores da cicatrização. Assim, não é possível determinar de maneira segura quais coberturas são mais propensas a cicatrizar a LP²⁵. Nesse contexto, ao selecionar uma cobertura deve-se analisar as características da lesão e sua localização anatômica, além das funções específicas de cada produto, sua disponibilidade e o custo-benefício²³.

Pode-se destacar como limitações do estudo: (1) dificuldade de acesso aos prontuários dos participantes da pesquisa, o que impossibilitou considerar a totalidade dos dados referentes às variáveis clínicas; (2) forma como os dados estavam registrados no banco de dados do SACP, que não permitiu a utilização de uma abordagem transversal; (3) estudo unicêntrico. Portanto, recomenda-se a realização de estudos multicêntricos sobre a temática.

Apesar das limitações, o estudo permitiu conhecer aspectos importantes das LP, assim como das pessoas que são acometidas por esse grave problema de saúde. A despeito dos achados refletirem uma realidade local, acredita-se que possam nortear a tomada de decisão das equipes assistenciais

e gestores quanto à prevenção e tratamento de LP, além de auxiliar na previsão de recursos humanos, físicos, materiais e custos assistenciais em diversos cenários do setor saúde.

CONCLUSÃO

As LP acometeram, principalmente, adultos e idosos com doenças infecciosas, comorbidades, alteração nutricional, algum tipo de incontinência e classificados com risco alto de LP. As lesões, majoritariamente, localizaram-se na região sacrococcígea, encontravam-se em estágio não classificável, foram tratadas com hidrogel com alginato e hidrocoloide e não estavam cicatrizadas no momento da alta hospitalar.

Por serem condição multifatorial e poderem atingir diversas topografias corporais, as LP devem sempre ser investigadas, prevenidas e tratadas precoce e regularmente durante a internação. Para isso, é fundamental a formação de uma equipe multidisciplinar de trabalho, conhecida genericamente como Comissão de Pele, com foco em definir os padrões e protocolos institucionais de prevenção e tratamento de LP, assim como apoiar as equipes assistenciais na prática clínica.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Conceitualização: Lima LS, Aragão NRO e Santos GKBB; Análise formal: Santos ES e Palmeira CS; Investigação: Lima LS e Aragão NRO; Metodologia: Lima LS, Aragão NRO, Santos GKBB, Santos ES e Palmeira CS; Redação – Primeira versão: Lima LS e Aragão NRO; Redação – Revisão & Edição: Lima LS, Aragão NRO e Palmeira CS.

REFERÊNCIAS

1. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Boletim segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde n. 18: incidentes relacionados à assistência à saúde – 2017. [citado 3 jan 2020], Portal ANVISA 2018. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/boletim-seguranca-do-paciente-e-qualidade-em-servicos-de-saude-n-18-avaliacao-dos-indicadores-nacionais-das-infeccoes-relacionadas-a-assistencia-a-saude-irar-e-resistencia-microbiana-do-ano-de-2017>
2. European pressure ulcer advisory panel, National pressure injury advisory panel, Pan pacific pressure injury alliance. Prevention and treatment of pressure ulcers/injuries: clinical practice guideline. 3ª ed; [citado 2020 fev 6]; 2019:408. Disponível em: https://www.biosanas.com.br/uploads/outros/artigos_cientificos/127/956e02196892d7140b9bb3cdf116d13b.pdf
3. Rocha SS, Falcone APM, Pontes EDS, Rocha SRS. Análise da presença de lesão por pressão em pacientes hospitalizados

- e as principais comorbidades associadas. *Res Soc Dev* 2020;9(4):e150943009. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i4.3009>
4. Qaseem A, Mir TP, Starkey M, Denberg TD. Risk assessment and prevention of pressure ulcers: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 2015 Mar;162(5):359-69. <https://doi.org/10.7326/M14-1567>
 5. Costa AM, Matozinhos ACS, Trigueiro PS, Cunha RCG, Moreira LR. Custos do tratamento de úlceras por pressão em unidade de cuidados prolongados em uma instituição hospitalar de Minas Gerais. *Enfermagem Revista* 2015 jan/abr; [citado 2020 mar 6]; 18(1):58-74. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/9378#:~:text=O%20custo%20com%20material%20para,recursos%20dispon%C3%ADveis%20forem%20usados%20inadequadamente>
 6. Braden BJ, Maklebust J. Preventing pressure ulcers with the Braden scale: an update on this easy-to-use tool that assesses a patient's risk. *Am J Nurs* 2005 Jun;105(6):70-2. <https://doi.org/10.1097/00000446-200506000-00031>
 7. Sanders LSC, Pinto FJM. Ocorrência de úlcera por pressão em pacientes internados em um hospital público de Fortaleza-CE. *Rev Min Enferm* 2012 abr/jun; [citado 2020 abr 4]; 16(2):166-70. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/v16n2a03.pdf>
 8. Teixeira AKS, Nascimento TS, Sousa ITL, Sampaio LRL, Pinheiro ARM. Incidência de lesões por pressão em Unidade de Terapia Intensiva em hospital com acreditação. *ESTIMA Braz J Enterostomal Ther* 2017 jul/set;15(3):152-60. <https://doi.org/10.5327/Z1806-3144201700030006>
 9. Freitas MC, Medeiros ABF, Guedes MVC, Almeida PC, Galiza FT, Nogueira JM. Úlcera por pressão em idosos institucionalizados: análise da prevalência e fatores de risco. *Rev Gaúcha Enferm* 2011 mar;32(1):143-50. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472011000100019>
 10. Guimarães RVA. Prevalência e caracterização das lesões crônicas no município da região metropolitana de Belo Horizonte – MG [monografia]. Belo Horizonte (MG): Curso de Especialização em Estratégia do Cuidar em Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais; 2019.
 11. Silva DRA, Bezerra SMG, Costa JP, Luz MHBA, Lopes VCA, Nogueira LT. Pressure ulcer dressings in critical patients: a cost analysis. *Rev esc enferm USP* 2017;51:e03231. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2016014803231>
 12. Leites AWR, Almeida TQR, Arrué AM, Ribeiro GPR, Danski VRR, Reichembach MT. Pressure injury in adult patients hospitalized and served by a specialized skin service in the largest hospital in Paraná. *Res Soc Dev* 2020;9(9):e168996924. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i9.6924>
 13. Kennerly S, Boss L, Yap TL, Batchelor-Murphy M, Horn SD, Barrett R et al. Utility of braden scale nutrition subscale ratings as an indicator of dietary intake and weight outcomes among nursing home residents at risk for pressure ulcers. *Healthcare*. 2015;3(4):879-97. <https://doi.org/10.3390/healthcare3040879>
 14. Hyun S, Li X, Vermillion B, Newton C, Fall M, Kaewprag P et al. Body mass index and pressure ulcers: improved predictability of pressure ulcers in intensive care patients. *Am J Crit Care* 2014 Nov;23(6):494-501. <https://doi.org/10.4037/ajcc2014535>
 15. Li C, DiPiro ND, Cao Y, Szlachcic Y, Krause J. The association between metabolic syndrome and pressure ulcers among individuals living with spinal cord injury. *Spinal Cord* 2016 Nov;54(11):967-72. <https://doi.org/10.1038/sc.2016.53>
 16. Beeckman D. A decade of research on incontinence-associated dermatitis (IAD): evidence, knowledge gaps and next steps. *J Tissue Viability* 2017 Feb;26(1):47-56. <https://doi.org/10.1016/j.jtv.2016.02.004>
 17. Gray M, Giuliano KK. Incontinence-Associated Dermatitis, characteristics and relationship to pressure injury: a multisite epidemiologic analysis. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2018 Jan;45(1):63-67. <https://doi.org/10.1097/WON.0000000000000390>
 18. Sousa Júnior BS, Mendonça AEO, Duarte FHS, Silva CC. Riscos para o desenvolvimento de úlceras por pressão em idosos utilizando as subescalas de Braden. *Rev Enferm Atual In Derme* 2016;77(15):37-43. <https://doi.org/10.31011/reaid-2016-v.77-n.15-art.372>
 19. Hödl M, Blanař V, Amir Y, Lohrmann C. Association between incontinence, incontinence-associated dermatitis and pressure injuries: a multisite study among hospitalised patients 65 years or older. *Australas J Dermatol* 2020 Feb;61(1):e144-e46. <https://doi.org/10.1111/ajd.13163>
 20. Chianca TCM, Gonçalves PC, Salgado PO, Machado BO, Amorim GL, Alcoforado CLGC. Dermatite associada à incontinência: estudo de coorte em pacientes críticos. *Rev Gaúcha Enferm* 2016;37(espe):e68075. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.68075>
 21. Park S-H, Choi Y-K, Kang C-B. Predictive validity of the Braden Scale for pressure ulcer risk in hospitalized patients. *J Tissue Viability* 2015 Aug;24(3):102-13. <https://doi.org/10.1016/j.jtv.2015.05.001>
 22. Swafford K, Culpepper R, Dunn C. Use of a comprehensive program to reduce the incidence of hospital-acquired pressure ulcers in an intensive care unit. *Am J Crit Care* 2016 Mar;25(2):152-5. <https://doi.org/10.4037/ajcc2016963>
 23. Boyko TV, Longaker MT, Yang GP. Review of the current management of pressure ulcers. *Adv Wound Care* 2018 Feb;7(2):57-67. <https://doi.org/10.1089/wound.2016.0697>
 24. Lionelli GT, Lawrence WT. Wound dressings. *Surg Clin North Am* 2003 Jun;83(3):617-38. [https://doi.org/10.1016/S0039-6109\(02\)00192-5](https://doi.org/10.1016/S0039-6109(02)00192-5)
 25. Furuya-Kanamori L, Walker RM, Gillespie BM, Clark J, Doi SAR, Thalib L. Effectiveness of different topical treatments in the healing of pressure injuries: a network meta-analysis. *J Am Med Dir Assoc* 2019 Apr;20(4):399-407. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2018.10.010>