

Lesão por pressão: incidência em unidades críticas de um hospital regional

Pressure injury: incidence in critical units of a regional hospital

Lesión por presión: incidencia en unidades críticas de un hospital regional

Stefany Ariadley Martins da Silva¹, Patrícia da Silva Pires¹, Maiara Pimentel Macedo¹,
Laudice Santos Oliveira¹, Josicélia Estrela Tuy Batista², Jocélio Matos Amaral¹

ORCID IDs

Silva SAM  <https://orcid.org/0000-0001-9637-4485>

Pires PS  <https://orcid.org/0000-0002-2537-3909>

Macedo MP  <https://orcid.org/0000-0002-0611-6034>

Oliveira LS  <https://orcid.org/0000-0002-8747-4625>

Batista JET  <https://orcid.org/0000-0003-3826-3570>

Amaral JM  <https://orcid.org/0000-0001-9347-0498>

COMO CITAR

Silva SAM; Pires PS; Macedo MP; Oliveira LS; Batista JET; Amaral JM. Lesão por pressão: incidência em unidades críticas de um hospital regional. ESTIMA, Braz. J. Enterostomal Ther., 16:e4318. https://doi.org/10.30886/estima.v16.655_PT

RESUMO

Objetivo: Mensurar a incidência de lesão por pressão (LP) em usuários internados em unidades críticas de uma instituição pública de referência no sudoeste da Bahia. **Método:** Estudo longitudinal prospectivo. Os dados foram coletados entre junho e agosto de 2017, por meio de entrevista direta, prontuário, prescrição médica e inspeção da pele do participante. **Resultados:** Dos 83 participantes, 39 (47%) desenvolveram LP. A média de permanência no estudo foi de 6,8 dias. A maioria era do sexo masculino, de cor preta ou parda e tinha baixa escolaridade. A média de idade foi de 47,6 anos ($\pm 19,8$). Foi evidenciado que o uso contínuo de drogas vasoativas e sedoanalgesia está associado à LP. Trinta e dois (38,55%) participantes apresentaram alto risco para desenvolvimento de LP. A região calcânea (44%) foi a mais acometida. O número de lesões por participante foi de 1,28, em média, predominando lesões no estágio 1 (68%). A ocorrência de desfecho desfavorável (óbito) foi estatisticamente significativa. **Conclusão:** O caráter multifatorial de surgimento das LP requer a adoção de medidas institucionais focadas na prevenção deste evento adverso, devendo fazer parte do processo de educação permanente dos profissionais.

DESCRITORES: Lesão por pressão; Cuidados críticos; Estomaterapia; Pesquisa sobre serviços de saúde.

¹Universidade Federal da Bahia – Instituto Multidisciplinar em Saúde – Campus Anísio Teixeira – Vitória da Conquista/BA – Brasil.

²Universidade Estadual de Feira de Santana – Departamento de Saúde Coletiva – Feira de Santana/BA – Brasil.

Autor correspondente: Stefany Ariadley Martins da Silva | Rua Boa Ideia, 21. Apart. 02 – General Dutra | CEP: 48609-999 – Paulo Afonso/BA – Brasil | E-mail: ariadley@gmail.com

Recebido: Out 17 2018 | Aceito: Dez 18 2018

ABSTRACT

Objectives: Measuring the incidence of pressure injury (PI) in users hospitalized in critical units of a public reference institution in southwestern Bahia. **Method:** Prospective longitudinal study. Data were collected between June and August of 2017, through a direct interview, medical records, medical prescription and inspection of the participant's skin. **Results:** Of the 83 participants, 39 (47%) developed PI. The medium stay in the study was 6.8 days. Most of them were male, black or brown and had low schooling. The mean age was 47.6 years (± 19.8). It was evidenced that the continuous use of vasoactive drugs and sedoanalgesia is associated with PI. Thirty-two (38.55%) participants presented a high risk for PI development. The calcaneal region (44%) was the most affected. The number of lesions per participant was 1.28, on average, with lesions in stage 1 (68%) predominating. The occurrence of an unfavorable outcome (death) was statistically significant. **Conclusion:** The multifactorial character of the emergence of PI requires the adoption of institutional measures focused on the prevention of this adverse event, and should be part of the process of permanent education of professionals.

DESCRIPTORS: Pressure injury; Critical care; Stomatherapy; Research on health services.

RESUMEN

Objetivo: Mensurar la incidencia de lesión por presión (LP) en usuarios internados en unidades críticas de una instituida pública de referencia en el sudoeste de Bahia. **Método:** Estudio longitudinal prospectivo. Los datos fueron recolectados entre junio y agosto de 2017, por medio de entrevista directa, prontuario, prescripción médica e inspección de la piel del participante. **Resultados:** De los 83 participantes, 39 (47 %) desarrollaron LP. El promedio de permanencia en el estudio fue de 6,8 días. La mayoría era de sexo masculino, de color negro o pardo y tenía baja escolaridad. El promedio de edad fue de 47,6 años ($\pm 19,8$). Se evidenció que el uso continuo de drogas vasoactivas y sedoanalgesia está asociado a la LP. Treinta y dos (38,55 %) participantes presentaron alto riesgo de desarrollar LP. La región calcánea (44 %) fue la más acometida. El número de lesiones por participante fue, en promedio, de 1,28, predominando lesiones de nivel 1 (68 %). La existencia de desenlace desfavorable (óbito) fue estadísticamente significativa. **Conclusión:** El carácter multifactorial de surgimiento de las LP requiere la adopción de medidas institucionales centralizadas en la prevención de este evento adverso, debiendo formar parte del proceso de educación permanente de los profesionales.

DESCRIPTORES: Lesión por presión; Cuidados críticos; Estomaterapia; Investigación sobre servicios de salud.

INTRODUÇÃO

As lesões por pressão (LP) são definidas como “um dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionada ao uso de dispositivo médico ou a outro artefato”¹. As LP têm se destacado como problema de saúde pública por serem um dos principais eventos adversos relacionados à assistência em unidades e instituições de saúde.

A ocorrência de LP varia de acordo com as condições clínicas dos indivíduos e o ambiente onde estão inseridos, especialmente aqueles que necessitam de um período de internação prolongada. O mecanismo de desenvolvimento da lesão é multifatorial e inclui fatores intrínsecos, tais como: idade, comorbidades, estado nutricional, hidratação, condições de mobilidade e nível de consciência; e extrínsecos, como: pressão, cisalhamento, fricção e umidade².

Nas unidades de tratamento intensivo as LP são um problema frequente. Os indivíduos normalmente apresentam um quadro clínico grave, associado à restrição de mobilidade, à perda de massa muscular e a um maior

período de internação, sendo ainda submetidos a múltiplas intervenções terapêuticas, e tais fatores os tornam mais susceptíveis ao surgimento da lesão³.

O uso contínuo de certos medicamentos também pode levar ao aparecimento e/ou à progressão da lesão, a exemplo dos sedativos e analgésicos, por reduzirem a sensação de dor e prejudicarem a mobilidade, e dos hipotensores, pois podem gerar a redução do fluxo sanguíneo, reduzindo assim a perfusão dos tecidos e tornando-os mais susceptíveis à pressão; além disso, são fatores predisponentes: estado geral comprometido, idade, peso corpóreo alterado, incontinência urinária e inadequação de cuidados a pacientes acamados ou com mobilidade prejudicada, dentre outros^{4,5}.

Em 2015, o Instituto Brasileiro para Segurança do Paciente (IBSP) ressaltou que a avaliação do risco, a avaliação da pele e o tratamento precoce, a sobrecarga mecânica (mudança de decúbito) e o uso de superfícies de suporte e a educação para os profissionais/família e o paciente são as diretrizes para a prevenção dessas lesões⁶.

Os fatores de risco para o desenvolvimento das LP podem ser identificados a partir da utilização de escalas já validadas e empregadas mundialmente, sendo a escala de Braden⁷ a mais aplicada para este fim. Ela é composta de seis subescalas: percepção sensorial, atividade, mobilidade, umidade, nutrição e fricção e cisalhamento, variando entre seis e 23 pontos e classificando o indivíduo em risco severo, alto, médio ou baixo.

No Brasil, existem poucas investigações sobre incidência e prevalência de LP, sendo que trabalhos pontuais apontam uma alta taxa de acometimento, especialmente na rede hospitalar, com índices que variam de 10,62 a 44,1%⁸. Não há dados na literatura nacional em relação aos gastos gerados pelas LP para o sistema de saúde. Pesquisas internacionais demonstram que o tratamento de cada lesão pode custar de 2 mil a 30 mil dólares, podendo o custo anual do tratamento de LP nas instituições de saúde chegar a 1,3 bilhão de dólares⁹.

Considerando as implicações para o usuário e para as instituições, a prevenção das LP associadas ao cuidado em saúde faz parte de um conjunto de metas nacionais e internacionais, objetivando assim prevenir danos, promover a segurança do paciente e qualificar a assistência oferecida nos serviços de saúde^{10,11}.

Diante do exposto, esta investigação surge pela necessidade de identificar a amplitude do problema e os aspectos relacionados às LP, considerando os altos índices de acometimento e seus efeitos deletérios. Esta pesquisa poderá alertar profissionais e gestores, bem como direcionar as ações e serviços para prevenção e controle deste evento de caráter iatrogênico, além de servir de instrumento de avaliação das práticas envolvidas no processo de trabalho.

OBJETIVO

Mensurar a incidência de LP em usuários internados em unidades críticas de uma instituição pública de referência no sudoeste da Bahia (Brasil).

MÉTODOS

Trata-se de um estudo longitudinal prospectivo.

A pesquisa foi realizada na sala de estabilização (SE) e nas duas unidades de terapia intensiva (UTI)

para adultos, consideradas como unidades críticas, de um hospital de referência no sudoeste da Bahia. A SE é um dos setores que compõem a emergência do hospital e sua estrutura conta com seis leitos, onde a assistência é prestada por uma equipe multiprofissional composta por um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem, um fisioterapeuta e o médico prescritor; as duas UTI para adultos dispõem de um total de 18 leitos e contam com a presença de dois enfermeiros, quatro técnicos de enfermagem, um médico e um fisioterapeuta em tempo integral. Por se tratarem de unidades de atendimento geral, o perfil de pacientes é bastante variável, incluindo principalmente jovens politraumatizados, adultos vítimas de eventos cerebrovasculares, pacientes oncológicos e pacientes em pós-operatório de grandes cirurgias.

A amostra compreendeu o universo dos pacientes elegíveis internados nas referidas unidades, totalizando 83 participantes. Os critérios de inclusão no estudo adotados foram: idade igual ou superior a 18 anos; presença de pele íntegra no momento da admissão; permanecer internado na unidade por, no mínimo, 48 horas; e consentir em participar voluntariamente do estudo ou ter sua participação autorizada pelo responsável. Foram excluídos os pacientes considerados grandes queimados (superfície corporal queimada superior a 20%), pela dificuldade de avaliação da pele e identificação da LP.

A coleta foi realizada por um período de 90 dias, entre os meses de junho e agosto de 2017. Foram utilizados como fonte de dados entrevista direta, prontuário, prescrição médica e inspeção da pele do participante no momento da admissão e, subsequentemente, durante o período de participação. A coleta foi realizada por uma equipe de enfermeiros devidamente treinados pela pesquisadora principal.

Durante o período de realização da pesquisa, o participante ou seu responsável foi abordado durante as primeiras 24 horas de admissão nas unidades de referência, momento da solicitação de consentimento e inclusão no estudo. Consecutivamente, foi aplicado o formulário de pesquisa e foi realizada a primeira inspeção da pele. As avaliações subsequentes aconteceram em dias alternados, respeitando o protocolo institucional local, e ocorreram até detecção da LP, alta ou óbito do participante.

Os 83 participantes foram avaliados utilizando-se um formulário de pesquisa desenvolvido pelos pesquisadores, baseado nos estudos de Bernardes⁸ e Costa¹², sendo este

submetido a pré-teste de validação. O instrumento foi composto por duas partes: a primeira, que contemplou os dados demográficos e clínicos, e a segunda, que continha questões referentes aos dados obtidos após a inspeção da pele do participante.

Para fins de diagnóstico e estadiamento da LP, foram adotados os critérios estabelecidos pelo National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) (2016). A avaliação de risco para desenvolvimento da lesão foi mensurada por meio da escala de Braden, internacionalmente reconhecida e validada para a língua portuguesa.

Os dados demográficos investigados foram: idade, sexo, cor e escolaridade. Os clínicos incluíram comorbidades prévias, diagnóstico médico, uso de dispositivos invasivos, uso de dieta, uso de drogas vasoativas e sedoanalgesia contínua, tipo de colchão utilizado, registro da mudança sistemática de decúbito e proteção de proeminências ósseas. As variáveis peso e estatura, quando não puderam ser referidas, foram obtidas por meio do prontuário; para o índice de massa corporal (IMC) foi utilizada a recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS) (1995). Em participantes cuja altura não pôde ser referida ou não estava disponível no prontuário, esta foi estimada a partir da fórmula de Chumlea¹³.

Foram transcritos do prontuário para o instrumento de pesquisa os dados demográficos, os diagnósticos e comorbidades prévias e o registro de mudança sistemática de decúbito a cada 2 horas. As informações referentes à farmacoterapia foram obtidas na prescrição médica.

Os dados foram armazenados no software estatístico SPSS Statistics 23 e analisados no software Stata¹¹.

Os resultados foram descritos por meio de média e desvio-padrão para as variáveis contínuas e frequências absolutas e relativas para as categóricas. A associação da incidência de LP com as variáveis demográficas e clínicas foi feita utilizando o teste t de Student para comparar as variáveis quantitativas; para as variáveis qualitativas nominais, utilizou-se o teste qui-quadrado de Pearson, adotando-se $p \leq 0,05$ e intervalo de confiança de 95%. O coeficiente de incidência absoluta se deu por meio do número de indivíduos acometidos por LP em relação ao total de participantes expostos durante o período de investigação.

A pesquisa respeita as disposições da resolução 466/12 e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto Multidisciplinar em Saúde – Campus Anísio Teixeira – da Universidade

Federal da Bahia (CEP-IMS-CAT-UFBA), sob o CAAE 64654117.0.0000.5556.

RESULTADOS

A incidência de LP foi de 47% (39). Considerando o setor de alocação, 23,08% (nove) dos participantes estiveram na SE; 20,51% (oito), na UTI I; e 56,41% (22), na UTI II. A média de permanência no estudo foi de 6,8 dias ($\pm 5,5$), com o mínimo de três e o máximo de 31 dias.

A Tabela 1 representa o agrupamento das variáveis relacionadas às características sociodemográficas dos participantes. A média de idade encontrada foi de 47,6 anos ($\pm 19,8$), variando entre 19 e 87 anos.

Tabela 1. Características sociodemográficas dos usuários de unidades críticas de um hospital regional. Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2017.

| Variável | Categoria | n (%) |
|--------------|--|-------------|
| Idade (anos) | 18 a 34 | 27 (32,53%) |
| | 35 a 60 | 30 (36,14%) |
| | > 60 | 26 (31,33%) |
| Sexo | Feminino | 26 (31,33%) |
| | Masculino | 57 (68,67%) |
| Cor | Branco/Amarelo | 22 (26,51%) |
| | Preto/Pardo | 61 (73,49%) |
| Escolaridade | Letrado/fundamental incompleto/sabe ler e escrever | 43 (51,81%) |
| | Fundamental completo/médio incompleto | 29 (34,94%) |
| | Médio completo/superior completo, incompleto ou mais | 11 (13,25%) |
| | Total | 83 (100%) |

O grupo de estudo foi composto por 56,63% (47) de indivíduos previamente saudáveis, 31,33% (26) de hipertensos, 2,40% (dois) de diabéticos e 9,64% (oito) de acometidos por outras afecções. No que se refere ao diagnóstico médico principal, 34,94% (29) dos participantes eram politraumatizados, seguidos pelos com doenças neurológicas 28,92% (24). Foram verificadas também neoplasias (10,84%), doenças cardiovasculares (4,82%), doenças do aparelho digestivo (3,61%), doenças respiratórias (2,41%) e outras doenças 14,46% (incluindo as causas externas).

Na análise dos fatores associados à condição clínica (Tabela 2), associaram-se ao desfecho as variáveis sobre

o uso de drogas vasoativas e o de sedoanalgesia contínua, resultado estatisticamente significativo. Uso de dieta, mudança sistemática de decúbito, uso de colchão com pressão alternada e IMC não mostraram associação com LP.

A classificação de risco dos participantes realizada por meio da escala de Braden revelou que 20,48% (17) deles apresentou baixo risco para o desenvolvimento de LP; 10,85% (nove), risco moderado; 38,55% (32), alto risco; e 30,12% (25), risco severo. Nenhum participante considerado de baixo risco desenvolveu LP, não sendo possível estabelecer diferença estatística desta variável com o desfecho. Acerca da variável proteção de proeminências ósseas, nenhum participante foi exposto, não sendo possível estabelecer relação com o desfecho.

A Tabela 3 apresenta a distribuição das LP segundo a localização anatômica.

Os 39 participantes que desenvolveram LP apresentaram um total de 50 lesões. O número de lesões por participante variou entre uma e três, com média de 1,28 por pessoa. A média de tempo para surgimento da lesão foi de 5,87 dias, com o mínimo de três e o máximo de 13 dias.

Em relação ao estadiamento, 68% (34) das lesões diagnosticadas se apresentaram no estágio 1; 30% (15), no estágio 2; e 2% (uma) foram classificadas como não estadiáveis. Dos 39 indivíduos que desenvolveram LP, 2,56% (um) evoluíram para óbito, com associação estatisticamente significativa.

Tabela 2. Características relacionadas à condição clínica dos usuários de unidades críticas de um hospital regional. Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2017.

| Características relacionadas à condição clínica | Presença de LP n (%) | Ausência de LP n (%) | Total | p* |
|---|-------------------------|-------------------------|-----------|-------|
| Drogas vasoativas | | | | |
| Sim | 22 (68,75%) | 10 (31,25%) | 32 (100%) | 0,002 |
| Não | 17 (33,33%) | 34 (66,67%) | 51 (100%) | |
| Uso de sedativo/analgésico contínuo | | | | |
| Sim | 33 (62,26%) | 20 (37,74%) | 53 (100%) | 0,000 |
| Não | 6 (20%) | 24 (80%) | 30 (100%) | |
| Uso de dieta | | | | |
| Sim | 17 (48,57%) | 18 (51,43%) | 35 (100%) | 0,805 |
| Não | 22 (45,83%) | 26 (54,17%) | 48 (100%) | |
| Mudança sistemática de decúbito | | | | |
| Sim | 4 (44,44%) | 5 (55,56%) | 9 (100%) | 0,871 |
| Não | 35 (47,30%) | 39 (52,70%) | 74 (100%) | |
| Proteção de proeminências ósseas | | | | |
| Sim | 0 | 0 | 0 | - |
| Não | 39 (47%) | 44 (53%) | 83 (100%) | |
| Uso de colchão com pressão alternada | | | | |
| Sim | 8 (36,36%) | 14 (63,64%) | 22 (100%) | 0,244 |
| Não | 31 (50,82%) | 30 (49,18%) | 61 (100%) | |
| Comorbidades prévias | | | | |
| Sim | 16 (44,44%) | 20 (55,56%) | 36 (100%) | 0,684 |
| Não | 23 (48,94%) | 24 (51,06%) | 47 (100%) | |
| IMC** | | | | |
| Eutrofia | 20 (45,5%) | 24 (54,5%) | 44 (100%) | 0,766 |
| Baixo peso/sobrepeso/obesidade | 19 (48,72%) | 20 (51,28%) | 39 (100%) | |

* Teste qui-quadrado de Pearson ($p < 0,05$); **Valores de acordo com as Diretrizes Brasileiras de Obesidade (ABESO, 2016)¹⁴; IMC = Índice de massa corporal; LP = Lesão por pressão.

Tabela 3. Distribuição das lesões por pressão, segundo a localização anatômica, em unidades críticas de um hospital regional. Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2017.

| Local da lesão | Frequência (%) |
|------------------|----------------|
| Calcâneo | 22 (44%) |
| Cotovelo | 1 (2%) |
| Escápula | 1 (2%) |
| Glúteo | 2 (4%) |
| Interglúteo | 4 (8%) |
| Maléolo | 4 (8%) |
| Occipital | 2 (4%) |
| Orelha | 3 (6%) |
| Sacral | 11 (22%) |
| Total: 50 (100%) | |

DISCUSSÃO

A incidência de LP nesta investigação foi superior à observada em outros estudos^{3,15,16}. Os resultados apontam para a associação entre o uso de drogas vasoativas e LP. A justificativa para tal achado encontra-se na gravidade do participante crítico, que em decorrência da instabilidade hemodinâmica, pode requerer o uso dessas drogas como medida prioritária para manutenção da vida. Tais medidas interferem, uma vez que os profissionais podem postergar ações de manutenção da integridade da pele, como, por exemplo, a mudança sistemática de decúbito¹⁷.

As incidências de LP na SE e na UTI I foram semelhantes; é importante ressaltar que o tempo de permanência na SE é inferior ao dos demais setores, considerando que esta fica alocada na emergência e os usuários são enviados aos demais setores do hospital posteriormente. A diferença considerável entre as UTI I e II se dá pelo fato de a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) ser implementada apenas na UTI I, o que destaca a importância da enfermagem qualificada para identificar os fatores de risco, planejar e implementar medidas preventivas eficazes.

Em relação às características sociodemográficas, houve predomínio do sexo masculino, sendo que estes representaram 68,6% da amostra. O achado se assemelha com o de um estudo realizado no estado de São Paulo (Brasil), no qual a maioria dos participantes era do sexo masculino¹⁵. Acerca da idade, a média encontrada

nesta pesquisa foi discretamente menor que a de outras investigações^{15,17}. Essa diferença pode estar relacionada ao perfil dos participantes atendidos, considerando que o diagnóstico médico principal mais frequente foi o politrauma, frequentemente associado a indivíduos jovens.

A maioria dos participantes era parda ou negra. Cumpre ressaltar que a LP estágio 1 pode ser de difícil identificação entre indivíduos com pele escura, podendo este ser um indicativo de risco, embora haja controvérsias na literatura acerca destas variáveis^{18,19}.

As doenças crônicas favorecem o desenvolvimento de LP quando afetam a percepção sensorial, circulação, oxigenação e mobilidade dos participantes²⁰. Ao analisar a presença de comorbidades, não se observou associação estatisticamente significativa.

Neste estudo, também foi verificado que o uso de sedoanalgesia contínua está associado a LP. Esses medicamentos podem ocasionar diminuição da percepção sensorial, diminuição da mobilidade e aumento de fricção e cisalhamento, sendo estes fatores predisponentes ao surgimento de lesões^{17,18}.

É sabido na literatura que as alterações nutricionais podem levar ao surgimento de alterações tissulares, uma vez que influenciam nos fatores metabólicos e imunológicos. O uso de dieta e a classificação do IMC dos participantes não demonstraram associação estatística significativa. Este resultado corrobora com achados de outros estudos nacionais^{17,18}. A coorte realizada com 77 participantes por Borghardt et al. em um hospital universitário em Vitória (Espírito Santo, Brasil), em 2016, também não apresentou diferença estatística significativa entre IMC e o desenvolvimento de LP¹⁷.

Concernente à localização das lesões, a maior frequência nesta investigação foi na região calcânea, seguida da região sacral, divergindo de outros estudos que apontam a região sacral como a mais acometida^{3,9,16-18,21}. O desenvolvimento das lesões provavelmente decorre de ações inadequadas durante o manuseio dos indivíduos, bem como da inobservância das recomendações de medidas preventivas segundo a classificação de risco de LP pela escala de Braden^{3,18}.

O estadiamento é um aspecto que apresenta diferença entre outros estudos. Alguns corroboram com o achado desta investigação na qual há predomínio de lesões estágio I¹⁷, a exemplo da coorte prospectiva realizada no Espírito Santo, na qual 72% das LP foram classificadas no estágio I.

Outros estudos apontam maior frequência de lesões estágio II^{3,15,16,22}. Cumpre salientar que a metodologia do presente estudo não incluiu o acompanhamento da evolução das LP, não sendo possível conhecer se as lesões progrediram para categorias mais avançadas.

A mudança sistemática de decúbito e o uso de colchão com pressão alternada foram verificados em um número restrito de participantes, cumprindo ressaltar que apenas uma das unidades estudadas conta com o colchão pneumático em todos os leitos. A proteção de proeminências ósseas não foi verificada em nenhum participante, o que interfere na análise dos dados. As variáveis supracitadas não tiveram associação significativa nesta pesquisa.

A falta de mobilidade consiste em um dos principais fatores de risco para surgimento de LP, pois predispõe a lesões teciduais devido à pressão em locais de proeminências ósseas³. A manutenção da integridade da pele dos clientes restritos ao leito está relacionada ao conhecimento e à aplicação de medidas de cuidado, que precisam ser sistematicamente realizadas¹⁹.

A utilização de escalas de avaliação de risco para o desenvolvimento de LP proporciona um planejamento sistematizado, o que facilita o processo de diagnóstico, tratamento e prevenção dessas lesões²¹. O escore médio da escala de Braden neste estudo foi similar ao de outras investigações^{7,15,17,21}. Embora esta variável não tenha apresentado associação estatisticamente significativa com o desfecho, cumpre ressaltar sua sensibilidade e especificidade para usuários de unidades críticas, permitindo a adoção de medidas preventivas.

A ocorrência de desfecho desfavorável (óbito) foi estatisticamente significativa em relação às LP (p 0,007). Embora tratando-se de valor absoluto, a frequência seja diminuta, este achado revela a manutenção da integridade da pele como fator que diminui o sofrimento

dos usuários e os custos institucionais, reduzindo os índices de morbimortalidade³.

Como limitação do estudo têm-se a utilização de fontes secundárias de dados, considerando o caráter documental, e o intervalo de avaliação baseado no protocolo institucional, o que pode ter contribuído para algum viés na pesquisa.

CONCLUSÃO

A incidência de LP foi de 47%. Os achados demonstraram a existência de associação entre o uso de drogas vasoativas, de sedoanalgesia contínua e o óbito com LP, sendo que a maioria dos participantes apresentou alto risco para o desenvolvimento de LP de acordo com a escala de Braden.

Os participantes desenvolveram um total de 50 lesões, com média de 1,28 por pessoa, especialmente na região dos calcâneos e do sacro. Destas, 68% estavam no estágio I e as demais foram classificadas como estágio II ou não estadiáveis.

Esses dados revelam que, considerando o caráter multifatorial de surgimento das LP, é imprescindível a coparticipação de todos os agentes envolvidos no processo do cuidado e a adoção de medidas institucionais com enfoque na prevenção deste evento adverso.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Conceitualização, Silva SAM e Pires PS; Metodologia, Silva SAM; Investigação, Silva SAM; Macedo MP; Oliveira LS; Batista JET e Amaral JM; Redação – Primeira versão, Silva SAM e Pires PS; Redação – Revisão & Edição, Silva SAM; Supervisão, Silva SAM.

REFERÊNCIAS

1. Pressure Ulcer Stages Revised [Internet]. Washington: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2016 [citado 05 Jan 2017]. Disponível em: <http://www.npuap.org/>
2. Araújo TM, Araújo MFM, Caetano JA. Using the Braden scale and photographs to assess pressure ulcer risk. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(4):858-64. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000400011>
3. Silva MLN, Caminha RTO, Oliveira SHS, Diniz ERS, Oliveira JL, Neves VSN. Úlcera por pressão em unidade de terapia intensiva: análise da incidência e lesões instaladas. *Rev Rene*. 2013;14(5):938-44
4. Carmo MCL, Rosa COB. Úlcera de pressão em pacientes hospitalizados. *Nutrição Brasil*. 2015;14(2):34-5.
5. Medeiros FAL, França ISX, Sousa FS, Baptista RS. Processo clínico caritativo aplicado a cliente paraplégico com úlcera por pressão. *Rev Rene*. 2013;13(5):1197-207.
6. Úlcera por pressão é indicador de qualidade da assistência [Internet]. São Paulo: Instituto Brasileiro para Segurança do Paciente; 2015 [citado 05 Jan 2017]. Disponível em: https://www.segurancaadopaciente.com.br/central_conteudo/ulcera-por-pressao-indicador-qualidade-assistencia-diz-enfermeira/

7. Paranhos WY, Santos VLCCG. Avaliação de risco para úlceras de pressão por meio da Escala de Braden, na língua portuguesa. *Rev Esc Enferm USP*. 1999;33 (Nº Espec):191-206.
8. Bernardes RM, Caliri MHL. Pressure ulcer prevalence in emergency hospitals: a cross-sectional study. *Online Braz J Nurs*. 2016;15(2):236-44. <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20165391>
9. Pini LRQ. Prevalência, riscos e prevenção de úlcera de pressão em unidades de cuidados de longa duração [dissertação]. Portugal: Universidade Católica Portuguesa, Instituto Ciências da Saúde; 2012.
10. Lainseck FGT, Rodrigues LHN, Ramos TM, Silva KCC, Muniz CF, Barcellos VM. Incidência de úlceras de pressão no hospital regional de Gurupi-TO. *Rev Cereus* [Internet]. 2016;1(1):182-99. <https://doi.org/10.18605/2175-7275/cereus.v8n1p182-199>
11. Joint Commission International. *Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals*. 5th ed. Illinois: Joint Commission International; 2014.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Portaria n. 529, 1 abril 2013. Brasília, 2013.
13. Costa IG. Incidência de úlceras por pressão e fatores de risco relacionados em pacientes de um centro de terapia intensiva [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2003.
14. Chumlea WC, Guo S, Roche AF, Steinbaugh ML. Prediction of body weight for the non-ambulatory elderly from anthropometry. *J Am Diet Assoc*. 1988;88(5):564-8.
15. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. *Diretrizes brasileiras de obesidade 2016/ABESO - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica*. 4a ed. São Paulo; 2016.
16. Borghardt AT, Prado TN, Bicudo SDS, Castro DS, Bringuente MEO. Úlcera por pressão em pacientes críticos: incidência e fatores associados. *Rev Bras Enferm*. 2016;69(3):460-7. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.20166903071>
17. Palhares VC, Palhares Neto AA. Prevalência e incidência de úlcera por pressão em uma unidade de terapia intensiva. *Rev Enferm UFPE on line*. 2014;8(Suppl 2):3647-53.
18. Silva RB, Loureiro MDR, Frota OP, Ortega FB, Ferraz CCB. Qualidade da assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva de um hospital escola. *Rev Gaúcha Enferm*. 2013;34(4):114-20. <https://doi.org/10.1590/s1983-14472013000400015>
19. Medonça PK. Lesão por pressão: fatores de risco e ocorrências em Centros de terapia intensiva [dissertação]. Campo Grande: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2017.
20. National Pressure Ulcer Advisory Panel; European Pressure Ulcer Advisory Panel; Pan Pacific Pressure Injury Alliance. *Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide*. Emily Haesler, editor. Osborne Park (Australia): Cambridge Media; 2014.
21. Sales MCM, Borges EL, Donoso MTV. Risco e prevalência de úlceras por pressão em uma unidade de internação de um hospital universitário de Belo Horizonte. *REME Rev Min Enferm*. 2010;14(4):566-75.
22. Soares PO, Machado TMG, Bezerra SMG. Using the Braden Scale and characterization of pressure ulcers in hospitalized bedridden. *Rev Enferm UFPI*. 2015;4(3):18-23. <https://doi.org/10.26694/reufpi.v4i3.3437>

