

# Incidência de lesão por pressão em unidade de terapia intensiva para adultos

*Incidence of pressure injury in an adult intensive care unit*

*Incidencia de lesión por presión en unidad de terapia intensiva para adultos*

Andressa Godões Constantin<sup>1</sup>, Ana Paula Pereira Moreira<sup>1</sup>, João Lucas Campos de Oliveira<sup>1</sup>, Lili Marlene Hofstätter<sup>1</sup>, Luciana Magnani Fernandes<sup>1</sup>

## ORCID IDs

Constantin AG  <https://orcid.org/0000-0001-7127-9959>

Moreira APP  <https://orcid.org/0000-0003-3122-1685>

Oliveira JLC  <https://orcid.org/0000-0002-1822-2360>

Hofstätter LM  <https://orcid.org/0000-0002-9852-1300>

Fernandes LM  <https://orcid.org/0000-0001-5182-6986>

## COMO CITAR

Constantin AG; Moreira APP; Oliveira JLC; Hofstätter LM; Fernandes LM. Incidência de lesão por pressão em unidade de terapia intensiva para adultos. ESTIMA, Braz. J. Enterostomal Ther., 16: e1118. doi: 10.1030886/estima.v16.454\_PT.

## RESUMO

**Objetivo:** Identificar a incidência de lesão por pressão (LP) em adultos internados em terapia intensiva, bem como os fatores de risco e características do seu desenvolvimento. **Método:** Pesquisa descritiva, prospectiva e observacional. Entre junho e setembro de 2016, de uma amostra (n = 58) elegível de pacientes, procedeu-se a coleta de dados demográficos e clínicos, do escore da escala de Braden e de fatores de risco intrínsecos e extrínsecos, além de ter se realizado a observação diária de toda a superfície da pele quanto ao desenvolvimento de LP. Dos dados tabulados, fez-se análise estatística descritiva. **Resultados:** A amostra era predominantemente do sexo masculino (55,1%), internada por condições neurológicas (32,8%) e com muito alto risco de LP na admissão (94,8%). A incidência de LP foi de 20,6%, sendo a região sacral a mais acometida por essas lesões (76,5%). **Conclusão:** A incidência de LP foi de 20,6%, em uma clientela com alto risco para o desenvolvimento deste evento adverso, que acometeu principalmente a região sacral.

**DESCRIPTORIOS:** Lesão por pressão; Unidades de terapia intensiva; Segurança do paciente; Cuidados de enfermagem; Estomaterapia

<sup>1</sup>Universidade Estadual do Oeste do Paraná – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde – Colegiado do Curso de Graduação em Enfermagem – Cascavel/PR – Brasil.

Autor correspondente: João Lucas Campos de Oliveira | Universidade Estadual do Oeste do Paraná – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde – Colegiado do Curso de Graduação em Enfermagem | Rua Universitária, 2069 – Jardim Universitário | CEP: 858119-110 – Cascavel/PR – Brasil | E-mail: enfjoalcampos@yahoo.com.br

Recebido: Jan 23 2017 | Aceito: Sept 01 2017

## ABSTRACT

**Objective:** To identify the incidence of pressure injury (PI) in adults hospitalized in an intensive care, as well as the risk factors and characteristics of their development. **Method:** Descriptive, prospective and observational research. Between June and September 2016, with a sample (n=58) eligible patients, demographic and clinical data were collected, the Braden scale score and intrinsic and extrinsic risk factors, besides having performed the daily observation of the entire surface of the skin regarding the development of PI. From the tabulated data, descriptive statistical analysis was performed. **Results:** The sample was predominantly men (55.1%), hospitalized for neurological conditions (32.8%) and with a very high risk of PI at admission (94.8%). The incidence of PI was 20.6%, and the sacral region was the most affected by these injuries (76.5%). **Conclusion:** The incidence of PI was 20.6%, in a clientele with a high risk for the development of this adverse event, which mainly affected the sacral region.

**DESCRIPTORS:** Pressure injury; Intensive care units; Patient safety; Nursing care; Stomatherapy

## RESUMEN

**Objetivo:** Identificar la incidencia de lesión por presión (LP) en adultos internados en terapia intensiva, así como también los factores de riesgo y características de su desarrollo. **Método:** Investigación descriptiva, prospectiva y de observación. Entre junio y septiembre de 2016, de una muestra (n = 58) elegible de pacientes, se procedió a la recolección de datos demográficos y clínicos, de la puntuación de la escala de Braden y de factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos, además de haberse realizado observación diaria de toda la superficie de la piel, así como el desarrollo de LP. De los datos estipulados, se hacen análisis estadísticos descriptivos. **Resultados:** La muestra era predominantemente de sexo masculino (55,1 %), internado por condiciones neurológicas (32,8 %) y con muy alto riesgo de LP en la admisión (94,8 %). La incidencia de LP fue del 20,6 %, siendo la región del sacro la más aquejada por estas lesiones (76,5%). **Conclusión:** La incidencia de LP fue del 20,6 %, en una clientela con alto riesgo para el desarrollo de este evento adverso, que afectó principalmente la región del sacro.

**DESCRIPTORES:** Lesión por presión; Unidades de terapia intensiva; Seguridad del paciente; Cuidados de enfermería; Estomaterapia

## INTRODUÇÃO

Face às constantes mudanças sociais, epidemiológicas e organizacionais, a qualidade no setor saúde é um fenômeno que se transforma de acordo com as ondulações das necessidades do homem e do mercado. Neste aspecto, em resposta à evolução das práticas assistenciais e ao reconhecimento do risco atrelado ao cuidado, não há como dissociar qualidade na saúde da segurança do paciente<sup>1</sup>.

A segurança do paciente deve ser foco das ações gerenciais e assistenciais nas organizações de saúde, refletindo-se em estratégias que entornam o compromisso profissional individual e institucional sistêmico em prol deste bem<sup>1,2</sup>. Atualmente, no Brasil, estratégias para a segurança do paciente têm sido recomendadas, inclusive, na forma de protocolos de ação, com destaque para os seguintes eixos: identificação do paciente; cirurgia segura; higienização das mãos; segurança no uso, prescrição e administração de medicamentos; melhoria da comunicação; e redução de quedas e lesões por pressão (LP)<sup>1</sup>.

A LP é compreendida como qualquer lesão que se manifesta a partir da exposição dos tecidos moles à pressão tecidual prolongada, o que desencadeia danos de magnitude diversa, sobretudo, em locais de proeminências ósseas<sup>3</sup>. Deste modo, a extensão e a gravidade da LP são fatores diretamente relacionados ao tempo de exposição e à intensidade de pressão do tecido lesado<sup>3,4</sup>.

A LP pode ser classificada em quatro estágios, que se relacionam basicamente à gravidade/profundidade da lesão. Neste aspecto, a evolução gradativa da LP inicia-se com a pele íntegra, com presença de eritema que não embranquece (Estágio I); avança à perda da pele em sua espessura parcial, com exposição da derme (Estágio II); à perda da pele em sua espessura total, na qual a gordura é visível, e, frequentemente, há tecido de granulação e epíbole (Estágio III); até a perda da pele em sua espessura total, com exposição ou palpação direta de fásia muscular, músculo, tendão, ligamento e/ou osso (Estágio IV)<sup>5</sup>. Além da profundidade da lesão, cada estágio pode apresentar características clínicas próprias<sup>3</sup>.

Cumprе ressaltar que a LP enquanto classificação pode ainda ser denominada como lesão não classificável, quando há perda da pele em sua espessura total e perda tissular na qual a extensão do dano não pode ser confirmada porque está encoberta por esfacelo ou escara<sup>3</sup>. Existe também a lesão tissular profunda, em que a pele pode estar intacta ou não, com área localizada e persistente de descoloração vermelha escura, marrom ou púrpura que não embranquece ou há separação epidérmica que mostra lesão com leito escurecido ou bolha com exsudato sanguinolento<sup>3</sup>.

Ainda que a classificação da LP seja essencialmente válida para o planejamento do seu melhor tratamento, postula-se que conhecer os fatores de risco e as medidas de prevenção

deste evento adverso é aspecto fundamental na elaboração do cuidado qualificado e individualizado, emergindo aí a importância do enfermeiro, que deve reafirmar sua autonomia profissional nestas ações<sup>6,7</sup>. Neste contexto, sabe-se que o ambiente de internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um local que merece atenção ainda mais salientada na prevenção da LP, uma vez que os fatores de risco intrínsecos ao paciente internado em UTI e as intervenções diagnóstico-terapêuticas próprias ao cuidado intensivo podem favorecer a predisposição a este evento indesejável<sup>8</sup>.

O cuidado hospitalar intensivo é um fator de preocupação ao desenvolvimento de LP devido à própria gravidade clínica dos pacientes, o que normalmente incorre no uso de sedativos para ventilação mecânica que favorece a plena imobilização senão a realizada pela equipe de saúde, com enfoque na enfermagem; à perda de massa muscular; e à média de permanência prolongada na internação<sup>7</sup>. Ainda, o desequilíbrio nutricional, especialmente no contexto da albumina – que favorece o crescimento celular e, por consequência, o processo de cicatrização –, também é um fator de risco de LP constatado em UTI<sup>8</sup>.

Mesmo que a literatura já tenha apontado mais de cem fatores de risco de LP, tem-se que 90% dessas lesões poderiam ser prevenidas com o estabelecimento rigoroso de cuidados adequados<sup>4</sup>. Internacionalmente, as recomendações – que variam à sua eficácia – para os cuidados de prevenção de LP englobam a mobilização do paciente, com destaque à mudança de decúbito controlada por no máximo 2 horas; a nutrição e a hidratação (enteral e tópica da pele); o uso de materiais/dispositivos de proteção da pele e minimização da pressão em áreas de proeminência óssea; e a educação de profissionais e familiares; entre outras de cunho mais individualizado, a depender das condições clínicas de cada paciente<sup>3</sup>.

Apesar da evolução do conhecimento dos fatores de risco e medidas de prevenção da LP, a sua incidência – que é um indicador de qualidade assistencial<sup>9</sup> –, em especial em UTI, tem sido um problema persistente, sendo necessário ainda ser posta como objeto de pesquisa<sup>10-12</sup>. Isso porque a incidência de LP se vale da mensuração de casos novos do evento adverso, ou seja, é uma medida de cunho epidemiológico que pode favorecer o (re)planejamento de ações assistenciais com foco na prevenção racional de novas lesões, conforme diagnóstico situacional cientificamente respaldado<sup>9</sup>.

Acredita-se que investigar acerca da incidência da LP e seus fatores relacionados é valioso ao conhecimento do perfil

institucional, com posterior possibilidade de comparação/*benchmarking* do indicador a outras realidades. No cenário de UTI, isso talvez seja ainda mais evidente, uma vez reconhecido o alto risco próprio a este ambiente assistencial<sup>7</sup>, o que impera que as medidas epidemiológicas, como a incidência de LP, sejam utilizadas diretamente para o melhor planejamento do cuidado intensivo.

Considerando a justificativa para os estudos científicos da problemática apresentada, emergiu a inquietação acerca desta pesquisa, a qual se norteou pela seguinte pergunta: Qual é a incidência de LP em uma UTI para adultos de um hospital universitário e quais são suas características e fatores de risco relacionados?

## OBJETIVO

Identificar a incidência de LP em adultos internados em terapia intensiva, bem como os fatores de risco e características ao seu desenvolvimento.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, prospectivo, observacional e de abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada na UTI para adultos de um hospital universitário público do interior do estado do Paraná, Brasil. O hospital conta com 210 leitos ativos exclusivamente destinados ao Sistema Único de Saúde (SUS) e é referência para atendimento ao trauma, gestação de alto risco e tratamento do vírus da imunodeficiência humana (HIV). Por sua vez, a UTI pesquisada tem capacidade operacional de 14 leitos.

A população do estudo foi constituída da totalidade dos pacientes internados nesta UTI no período de junho a setembro de 2016. A amostra foi composta pelos pacientes que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: não apresentar LP na admissão na UTI, permanecer internado na unidade por no mínimo 24 horas e submeter-se a pelo menos duas avaliações da condição da pele.

A coleta de dados ocorreu de forma prospectiva, diariamente, durante o recorte temporal estabelecido. Para isso, utilizou-se um formulário, adaptado de instrumento de estudo prévio<sup>13</sup> para guia de observação dos pacientes, contendo as seguintes variáveis: dados demográficos (sexo e idade); dados clínicos (problema de saúde referente à

internação na UTI e tempo de internação); fatores de risco intrínsecos e extrínsecos ao desenvolvimento de LP; presença de LP, local e estágio; e escore da escala de Braden na primeira e última avaliação do paciente.

Devido à amplitude dos fatores de risco de LP já descrita, que ultrapassa a quantidade de cem<sup>4</sup>, estes foram escolhidos de acordo com a predeterminação da literatura de apoio, que determinou os seguintes predisponentes à LP, sendo as condições e/ou intervenções clínicas: diabetes; insuficiência renal; doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC); insuficiência cardíaca congestiva; acidente vascular encefálico (AVE); uso de sedativos e/ou drogas vasoativas; e ventilação mecânica<sup>13</sup>.

Quanto aos fatores de risco de LP intrínsecos ao paciente, foram observados: turgor e elasticidade da pele (pele “murcha” e que se desfaz lentamente: > 3 segundos); pele lisa, fina ou delicada; pele áspera, apresentando pregueamento; edema discreto a moderado (escala de uma “+” a três “+++”); edema intenso (“+++” a “+++++”); pele úmida; e sepse. Já os fatores de risco extrínsecos considerados para LP foram: colchão hospitalar tradicional (comum) e elevação da cabeceira do leito < 45 graus<sup>13</sup>. A elevação da cabeceira entre 30 a 45 graus foi considerada como proteção, assim como a observação de colchão de ar<sup>14</sup>.

O escore total pode variar de 6 a 23 pontos, sendo os pacientes classificados da seguinte forma: risco muito alto (escores iguais ou menores a 9), risco alto (escores de 10 a 12 pontos), risco moderado (escores de 13 a 14 pontos), baixo risco (escores de 15 a 18 pontos) e sem risco (escores de 19 a 23 pontos)<sup>15</sup>. Neste estudo, a pontuação da escala de Braden foi descrita na primeira e última observação de cada paciente participante. Em caso de óbito, a pontuação da escala repetia a da última avaliação, para que o paciente não fosse excluído da amostra.

O preenchimento do instrumento se deu no primeiro dia de observação/internação de cada paciente, que foi acompanhado diariamente durante o período de coleta de dados. A cada dia, visando atenuar os vieses comuns aos estudos observacionais, conforme recomendação<sup>2</sup>, uma única pesquisadora inspecionava toda a pele dos pacientes incluídos na pesquisa.

A observação dos pacientes ocorreu preferencialmente durante o banho e/ou cuidado desses e aconteceu majoritariamente no período vespertino. A pesquisadora que realizou a coleta de dados, acadêmica de enfermagem do último semestre de graduação, foi previamente treinada para tal fim por uma enfermeira, Professora Doutora da

área de terapia intensiva e pesquisadora sobre LP. A docente capacitou a graduanda para que esta procedesse toda a coleta de dados e, posteriormente, auxiliou na descrição dos achados. A qualquer sinal de eritema e/ou perda de espessura da pele, o enfermeiro do setor e turno era comunicado, a fim de tomar as providências cabíveis ao cuidado do paciente.

Todos os dados oriundos das observações e preenchimento dos formulários foram transpostos para planilhas eletrônicas do *software* Microsoft Office Excel® 2010. Dos dados tabulados, procedeu-se análise estatística descritiva em medidas de proporção. A taxa de incidência de LP foi calculada utilizando-se fórmula própria recomendada pelo Núcleo de Apoio à Gestão Hospitalar (NAGEH)<sup>16</sup>, na qual adaptou-se apenas a substituição da taxonomia “UP” para “LP”:

$$\text{Incidência de LP em UTI-Adulto} = (\text{n}^\circ \text{ de casos novos de pacientes com LP em determinado período} / \text{n}^\circ \text{ de pessoas expostas ao risco de adquirir LP no período}) \times 100$$

O número de casos novos foi aquele de pacientes que desenvolveram LP, independentemente do estágio ou local da lesão identificada. Conforme o método proposto, a incidência se deu sobre o número de pacientes com LP, e não de lesões. O número de pessoas expostas ao risco para a lesão foi o total de pacientes que participaram do estudo<sup>16</sup>. Ou seja, o método de mensuração escolhido trata de um cálculo de incidência de LP nos pacientes da UTI, uma vez compilada a proporção de casos novos sobre o total de pacientes internados e elegíveis em um determinado período de tempo na mesma unidade<sup>9,16</sup>.

Todos os preceitos éticos que regem as pesquisas com seres humanos foram cumpridos. Acerca disso, o projeto de pesquisa que fomentou este estudo foi submetido à e aprovado pela apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, sob protocolo nº 571.801/2014 e CAAE: 25175014.7.0000.0107.

## RESULTADOS

Participaram 58 (100%) pacientes que foram internados na UTI aptos à inclusão no estudo. Houve a perda de 12 pacientes pelo fato de estes ingressarem na unidade já apresentando LP, e de outros quatro, pois não foi possível

realizar uma segunda avaliação da pele, uma vez que a alta deles se deu antes da visita de observação.

A maior parcela (55,1%) da amostra era do sexo masculino em comparação à proporção (44,9%) de mulheres. A idade dos pacientes variou de 17 a 83 anos, com média de 50 anos (DP = 18,1). Já a média de internação na UTI foi de 18,2 dias (DP = 17,4). A Tabela 1 sumariza os achados dos motivos de internação no tratamento intensivo, segundo base de diagnóstico médico.

As seguintes condições e/ou intervenções clínicas predisponentes à LP foram observadas: diabetes (n = 5; 8,6%), insuficiência renal (n = 21; 36,2%), DPOC (n = 6; 10,3%), insuficiência cardíaca congestiva (n = 5; 8,6%), AVE (n = 10; 17,2%), uso de sedativos (n = 49; 84,4%), uso de drogas vasoativas (n = 45; 77,5%) e ventilação mecânica (n = 53; 91,3%).

Por sua vez, os fatores de risco de LP intrínsecos ao paciente, no que concerne às condições de pele e edema, são demonstrados na Tabela 2. Mais de um fator pode ter sido observado em um mesmo paciente, por isso a diferença do total observado em comparação ao número de participantes (n = 58). Contudo, a

**Tabela 1.** Frequência dos motivos de internação dos pacientes (n = 58) na Unidade de Terapia Intensiva, segundo base de diagnóstico médico. Cascavel, Paraná, Brasil, 2016.

Base diagnóstica	n	%
Gastrointestinal	11	18,9
Respiratória	14	24,2
Neurológica	19	32,8
Cardiovascular	3	5,2
Trauma	11	18,9
Total	58	100

**Tabela 2.** Fatores intrínsecos ao paciente observados para o risco de lesão por pressão, segundo condições de pele e edema. Cascavel, Paraná, Brasil, 2016.

Fatores de risco intrínsecos	n	%
Turgor e elasticidade da pele diminuídos	17	29,3
Pele lisa, fina ou delicada	34	58,6
Pele áspera	19	32,7
Edema discreto	29	50,0
Edema intenso	20	34,4
Anasarca	2	3,4
Pele seca	5	8,6

proporção relativa foi calculada com base neste total. Em relação aos fatores de risco (ou proteção) para LP extrínsecos ao paciente, obtiveram-se os seguintes achados: presença de colchão hospitalar tradicional associado ao colchão de ar (sobreposto) em todos (n = 58; 100%) os pacientes nas avaliações e elevação da cabeceira do leito de 30 a 45 graus (n = 21; 36,2%). Nenhum paciente apresentou elevação da cabeceira > 45 graus.

A Tabela 3 ilustra os achados pertinentes ao escore da escala de Braden avaliado no primeiro e último dia de internação/observação dos pacientes.

Do total (n = 58) de pacientes acompanhados, 12 desenvolveram LP. Portanto, a incidência do evento adverso encontrada no estudo foi de 20,6%. Destes, alguns apresentaram mais de uma lesão. O total de LP foi de 17 lesões. Neste aspecto, a Tabela 4 sumariza os resultados

**Tabela 3.** Escore da escala de Braden dos pacientes (n = 58) no primeiro e último dia de internação (DI). Cascavel, Paraná, Brasil, 2016.

Variável	Categorias (Braden)	n	%
Primeiro DI	Sem risco	-	-
	Baixo	-	-
	Moderado	-	-
	Alto	3	5,2
	Muito alto	55	94,8
Último DI*	Sem risco	-	-
	Baixo	7	12,1
	Moderado	11	18,9
	Alto	22	37,9
	Muito alto	18	31,1

\*Compreende alta ou óbito. Se o paciente não foi avaliado antes da alta ou óbito, repetiu-se a pontuação da última avaliação.

**Tabela 4.** Local de acometimento e estágio de desenvolvimento das lesões por pressão (LP) (n = 17) nos pacientes da Unidade de Terapia Intensiva. Cascavel, Paraná, Brasil, 2016.

Variável	Categorias	n	%
Local da LP	Face	1	5,9
	Escápulas	2	11,7
	Seios (mamas)	1	5,9
Estágio da LP	Sacro	13	76,5
	I	4	23,5
	II	10	58,9
	III	3	17,6
	VI	-	-



das LP apresentadas em relação ao local de acometimento e grau/estágio da lesão.

## DISCUSSÃO

Nota-se que a amostra investigada era predominantemente do sexo masculino, com idade média de 50 anos. Em relação ao sexo, este dado corrobora com diversas outras pesquisas realizadas sobre a clientela de UTI, tanto no Brasil<sup>6,8,13</sup> como em outras realidades internacionais e contextos assistenciais, ao exemplo de um estudo com a inclusão de 12 hospitais na China<sup>17</sup>, além de uma metanálise de pesquisadores no Irã que afirmou que a incidência de LP no período pós-operatório tem relação com o sexo masculino<sup>18</sup>.

Outro estudo recente identificou que há associação estatística significativa entre o sexo masculino e o desenvolvimento de LP em uma UTI para pacientes com doenças de ordem cardíaca e respiratória<sup>11</sup>. A respeito disso, percebe-se que o perfil clínico da amostra desta pesquisa possivelmente voltou-se ao tratamento cirúrgico, uma vez que a maior parcela das bases para o diagnóstico médico de internação na UTI atrelou-se ao trauma e a problemas neurológicos (Tabela 1). Destarte, isso provavelmente está relacionado com o próprio perfil do hospital investigado, que é referência para o trauma, o que, não raras vezes, inclui a neurocirurgia nas intervenções ao paciente politraumatizado.

A média de idade dos pacientes contrapõe-se a uma pesquisa do mesmo escopo em que 85% da clientela em tratamento intensivo tinha mais do que 60 anos de idade<sup>13</sup>. Novamente, atenta-se para o fato de que o perfil de internação da amostra investigada não era majoritariamente de ordem clínica, ou seja, o perfil comum da população idosa em regime hospitalar. Portanto, interpreta-se que a maior parcela dos pacientes atendidos no serviço pesquisado não era idosa, esses foram atendidos na UTI por conta do trauma e de causas externas, o que talvez tenha refletido também na média de tempo de permanência na UTI inferior a outros estudos, nos quais a idade média dos pacientes foi maior<sup>10,13</sup>.

Em relação às condições e intervenções clínicas predisponentes à LP observadas, dados esperados, devido ao contexto investigado (UTI), foram: alta proporção de pacientes em uso sedativos (84,4%), drogas vasoativas (77,5%) e ventilação mecânica (91,3%). Devido à própria característica do cuidado intensivo, estas são intervenções comuns ao tratamento em UTI, que, sabidamente, tem o

objetivo de assistir pacientes gravemente enfermos no intuito primordial da manutenção de condições favoráveis à vida. Dito isso, considera-se elementar que a equipe de saúde esteja preparada para atender harmonicamente as necessidades de intervenções clínico-terapêuticas associando-se à prevenção de iatrogenias comuns em UTI, como a LP e a pneumonia associada à ventilação mecânica<sup>7</sup>.

Quanto ao uso de drogas vasoativas, este é um fator que merece atenção especial da equipe de enfermagem, incumbida dos cuidados diretos aos pacientes. Isso porque, esta intervenção farmacológica não raras vezes pode estar acompanhada da instabilidade hemodinâmica do paciente, o que, por consequência, pode vir a se tornar um fator de contraindicação à movimentação no leito, que é uma das principais medidas de prevenção da LP<sup>1,3</sup>.

O enfermeiro, enquanto gestor do cuidado, em conjunto com a equipe de saúde deve estar atento à assistência individualizada na busca por alternativas que sejam capazes de minimizar a pressão caso o paciente não possa ser movimentado com frequência. Neste sentido, têm-se orientado estratégias como o uso de materiais/dispositivos protetores posicionados previamente ao aparecimento de qualquer sinal de lesão nas proeminências ósseas; a busca máxima e controlada pela redistribuição da pressão corporal do paciente contra o leito; além de, se possível, o uso de colchões especiais com movimentação dinâmica do ar<sup>3,19</sup>.

No que concerne aos fatores de risco extrínsecos ao paciente de desenvolvimento de LP, obteve-se que todos eles usavam colchões de ar associados (sobrepostos) aos colchões hospitalares tradicionais. Isso é um fator positivo do local pesquisado, uma vez que o uso destes dispositivos em detrimento do uso do colchão comum é considerado um fator protetor<sup>13</sup>.

Um estudo<sup>14</sup> com o objetivo de avaliar o uso do colchão que fazia a insuflação e desinsuflação programada e redistribuída de ar comprimido em bolsões na redução de LP, em unidades coronarianas de um hospital de referência em cardiologia, demonstrou que houve uma redução de 55,4% na taxa geral de incidência da LP no período posterior à aquisição dos colchões pelo hospital. Destarte, isso remete à reflexão de que a prevenção de LP, apesar de ser calcada essencialmente no cuidado, pode ser favorecida com o uso racional da tecnologia disponível à assistência.

Nenhum paciente tinha a elevação da cabeceira > 45 graus, fator que favorece o acometimento de LP, uma vez que a pressão na região sacral, principalmente,

pode ser muito aumentada<sup>3,5</sup>. Obteve-se proporção de 36,2% de posicionamento em 30 a 45 graus da cabeceira do leito, o que, apesar de não ser ideal à prevenção de LP, talvez possa ser uma medida adotada a fim de atenuar o risco de outros eventos adversos ou complicações, como a pneumonia associada à ventilação mecânica<sup>20</sup>. Diante disso, reafirma-se a importância do enfermeiro junto à equipe de saúde por viabilizar o cuidado individualizado, planejado e continuamente reavaliado, já que os desafios postos ao tratamento do paciente gravemente enfermo são evidentes.

É comum e esperado que os pacientes recém-admitidos em UTI apresentem condições clínicas críticas, o que demanda intervenções terapêuticas como a sedação, que isenta o nível de consciência e inviabiliza a mobilização autônoma e, portanto, qualquer capacidade para o autocuidado, como a nutrição e a higiene corporal<sup>7</sup>. Neste sentido, os resultados da Tabela 3 demonstram alta proporção (94,8%) de risco muito alto de LP mensurado pela escala de Braden na admissão dos pacientes, que, apesar de não ser uma escala de gravidade clínica e/ou nível de sedação, é distribuída em variáveis de percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, nutrição e fricção e cisalhamento<sup>15</sup>.

Ainda acerca da Tabela 3, apesar de ter sido necessário repetir o escore da escala de Braden da última avaliação de alguns pacientes na pontuação do dia de sua alta e/ou óbito, a proporção de pacientes avaliados como de alto e muito alto risco no último dia de observação correspondia a mais da metade da amostra (69%). Este é um dado que denota que a LP, apesar de ser mais incidente em UTI<sup>4</sup>, não é um problema exclusivo deste setor, ou seja, as unidades de internação não críticas ou semicríticas também precisam atentar-se à busca pela redução da incidência do evento e a suas medidas de prevenção, uma vez que recebem o paciente antes de ser internado em UTI, ainda com risco para o agravamento.

A taxa de incidência de LP constatada foi de 20,6%. Este achado, por si só, é extremamente valioso ao contexto investigado e, possivelmente, ao construto do conhecimento em LP porque permite comparações internas e externas a fim do estabelecimento mais assertivo para metas de melhorias. Neste aspecto, a incidência obtida foi discretamente inferior àquela de um estudo realizado em UTI de Vitória, no Espírito Santo, que determinou a taxa em 22%<sup>10</sup>; à de outra pesquisa realizada em duas unidades do mesmo escopo em Natal, que identificou incidência de 50% na observação de 40 pacientes em terapia intensiva<sup>13</sup>; e também foi menor que um estudo realizado em três hospitais do estado do Mato

Grosso, que constatou a incidência do evento entre 25% a 66,6%<sup>12</sup>. Ainda, também no contexto de UTI de hospital público, outro estudo demonstrou incidência maior (37,03%) que a apresentada nesta<sup>21</sup>.

Apesar do que foi exposto, o resultado de incidência encontrado neste estudo foi superior ao de pesquisa<sup>22</sup> realizada em UTI no interior de São Paulo, que definiu a taxa em 13,95%; e ao de outro estudo que encontrou incidência de 11,0%, na capital paulista, em UTI cardiopneumológica<sup>11</sup>. Ademais, a incidência encontrada neste estudo também foi maior do que o dobro do resultado médio (10,1%) de pesquisa realizada, também em São Paulo, com a participação de três hospitais de ensino<sup>9</sup>. Todavia, cumpre destacar que o estudo citado não incluiu UTI na sua amostra, portanto, possivelmente não pode ser considerado um padrão fidedigno de comparação, mas, certamente pode ser interpretado como um norte para melhorias.

A comparação de resultados assistenciais internos ou externos às instituições é uma dificuldade entre pesquisadores, gestores e profissionais de saúde. A respeito disso, o programa de Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH) estabelece uma metodologia de avaliação e certificação de hospitais que o aderem voluntariamente e, dentre outras ações, possibilita a comparação/*benchmarking* entre instituições do mesmo porte ou tipo de atendimento<sup>16,23</sup>.

No contexto de LP em UTI, o primeiro relatório mensal de avaliação do ano de 2015 de hospitais aderentes ao CQH para o indicador de incidência do evento resultou no máximo de 26,53%<sup>23</sup>, ou seja, valor superior ao constatado na pesquisa. Ainda que este dado tenha sido produto de um tempo menor de observação do que o da presente pesquisa, postula-se que o que mais interessa é o fato da possibilidade de se conhecer outros resultados assistenciais, favorecendo a tomada de decisão em busca da qualidade e segurança do paciente. Destarte, isso poderia favorecer o estabelecimento de metas factíveis e a elaboração de padrões sobre o acometimento de LP em UTI e fora dela.

Em relação à localização das lesões da amostra (Tabela 4), a maior concentração (76,5%) de LP na região sacral é um aspecto de ampla concordância na literatura<sup>8,10-13</sup>. Somado ao fato de que a segunda maior parcela do acometimento de LP se deu na região escapular dos pacientes, pode-se inferir que os cuidados com a pele do dorso, ainda que não exclusivos, devem ser um fator de atenção à equipe de saúde e, principalmente, de enfermagem da UTI pesquisada.

Sobre o estágio de desenvolvimento da LP, a maior concentração esteve no estágio II (Tabela 4). Isso pode ser

fator preocupante caso seja interpretado como uma dificuldade de a equipe diagnosticar previamente os sinais de hiperemia persistentes do primeiro estágio<sup>5</sup>. Apesar disso, cumpre refletir também que a LP é uma ferida de rápida evolução clínica<sup>3</sup>, portanto, não cabe aqui qualquer pré-julgamento, mas sim, a franqueza de que a LP é, sem dúvida, um problema a ser enfrentado com afincamento e seriedade pela equipe de saúde, com destaque especial àqueles que prestam cuidados intensivos.

O fato supracitado remete a importância que gestores hospitalares precisam demandar à equipe de enfermagem, já que esta categoria profissional, inclusive no contexto do cuidado intensivo, pode ter a sobrecarga de trabalho – comumente associada ao déficit de capital humano cuidador – relacionada ao maior risco de desenvolvimento de eventos adversos, como a LP<sup>24</sup>.

Sabe-se que a UTI investigada ainda não possui o protocolo de prevenção de LP<sup>1</sup> implantado na dinâmica assistencial, em que as ações de prevenção, ainda que existentes, se dão de forma assistemática. Com isso, considera-se que estudos posteriores à implantação do dispositivo de segurança do paciente em pauta certamente serão uma perspectiva importante rumo à melhoria da qualidade do cuidado e à busca pela prática baseada em evidências.

## CONCLUSÃO

Conclui-se que a incidência de LP na UTI pesquisada foi de 20,6% e as características ao desenvolvimento do evento revelam um perfil bem delimitado, com destaque para: predominância de pacientes do sexo masculino; internados na UTI por causas neurológicas e trauma; presença de diversos fatores de risco intrínsecos ao acometimento de LP; e lesões

mais acometidas na região sacral e em estágio II. Com a incidência identificada e o perfil de risco bem delimitado, ações à prevenção de LP podem ser (re)planejadas.

Uma vez reconhecidos os fatores de risco do evento adverso estudado, é notório que os pacientes internados em UTI precisam de atenção vigilante da equipe de saúde, com intuito de atenuar o risco de desenvolvimento de LP, inclusive. Somado a isto, fica evidente que a equipe de enfermagem, que se fundamenta no cuidado humano e, obviamente, não isolada e com condições de trabalho favoráveis, merece protagonizar as ações de busca pela segurança do paciente, inclusive àquele internado em UTI.

Acredita-se que a limitação mais evidente desta pesquisa é o seu caráter puramente descritivo, ou seja, a impossibilidade de generalizar os seus resultados e determinar associações entre variáveis. Apesar disso, postula-se que o estudo contribui sobremaneira ao montante do conhecimento em LP e, paralelamente, com a busca pelo atendimento seguro, uma vez que seus achados podem fortalecer a tomada de decisão para medidas que confluem à qualidade do cuidado do paciente gravemente enfermo.

## CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Conceitualização, Constantin AG; Moreira APP; Hofstätter LM; Oliveira JLC e Fernandes LM; Metodologia, Constantin AG; Oliveira JLC e Fernandes; Investigação, Constantin AG; Moreira APP e Fernandes LM; Redação – Primeira versão, Constantin AG; Moreira APP; Hofstätter LM; Oliveira JLC e Fernandes LM; Redação – Revisão & Edição, Constantin AG; Moreira APP; Hofstätter LM; Oliveira JLC e Fernandes LM.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil/Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Fundação Oswaldo Cruz. Anexo 02: Protocolo para prevenção de úlcera por pressão. Brasília, DF: ANVISA; 2013.
2. Tres DP, Oliveira JLC, Vituri DW, Alves SR, Rigo DFH, Nicola AL. Qualidade da assistência e segurança do paciente: avaliação por indicadores. *Cogitare Enferm.* 2016;21(5):1-8. doi: 10.5380/ce.v21i5.44938.
3. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel, Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Perth: Cambridge Media; 2014.
4. Associação Brasileira de Estomaterapia, Associação Brasileira de Enfermagem em Dermatologia, Caliri MHL, Santos VLCG, Mandelbaum MHS, Costa IG. Classificação das lesões por pressão – consenso NPUAP 2016 – Adaptada culturalmente para o Brasil [Internet]. [citado em 20 jan. 2017]. Disponível em: <http://www.sobest.org.br/textod/35>
5. Efteli EU, Gunes UY. A prospective, descriptive study of risk factors related to pressure ulcer development among patients in intensive care units. *Ostomy Wound Manage.* 2013;59(7):22-7.
6. Sousa Júnior BS, Silva CC, Duarte FHS, Mendonça AEO, Dantas DV. Análise das ações preventivas de úlceras por pressão por meio da escala de Braden. *ESTIMA, Braz. J. Enterostomal Ther.* 2017;15(1):10-8. doi: 10.5327/z1806-3144201700010003.



7. Stein EA, Santos JLG, Pestana AL, Guerra ST, Prochnow AG, Erdmann AL. Ações dos enfermeiros na gerência do cuidado para prevenção de úlceras por pressão em unidade de terapia intensiva. *Rev Pesq Cuid Fundam.* 2012;4(2):2605-12.
8. Fernandes LM, Silva L, Oliveira JLC, Souza VS, Nicola AL. Association between pressure injury prediction and biochemical markers. *Rev Rene.* 2016;17(4):490-7. doi: 10.15253/2175-6783.2016000400008.
9. Melleiro MM, Tronchin DMR, Baptista CMC, Braga AT, Paulino A, Kurçgant P. Indicadores de prevalência de úlcera por pressão e incidência de queda de paciente em hospitais de ensino do município de São Paulo. *Rev Esc Enferm USP.* 2015;49(Esp2):55-9. doi: 10.1590/s0080-623420150000800008.
10. Borghardt AT, Prado TN, Bicudo SDS, Castro DS, Bringuento MEO. Úlcera por pressão em pacientes críticos: incidência e fatores associados. *Rev Bras Enferm.* 2016;69(3):460-7. doi: 10.1590/0034-7167.2016690307i.
11. Campanili TCGF, Santos VLCG, Strazzieri-Pulido KC, Thomaz PBM, Nogueira PC. Incidência de úlceras por pressão em pacientes de Unidade de Terapia Intensiva Cardiopneumológica. *Rev Esc Enferm USP.* 2015;49(Esp):7-14. doi: 10.1590/s0080-623420150000700002.
12. Costa IG. Incidência de úlcera por pressão em hospitais regionais de Mato Grosso, Brasil. *Rev Gaúcha Enferm (Online).* 2010;31(4):693-700. doi: 10.1590/S1983-14472010000400012.
13. Fernandes NCS, Torres GV, Vieira D. Fatores de risco e condições predisponentes para úlcera de pressão em pacientes de terapia intensiva. *Rev Eletr Enferm.* 2008;10(3):733-46. doi: 10.5216/ree.v10.46624.
14. Pinho CM, Correia RN, Valença MP, Cavalcanti ATA, Gomes ET. Uso do colchão pneumático na redução de úlceras por pressão: eficácia e percepções da enfermagem. *Rev Enferm UFPE (Online).* 2014;8(8):2729-35.
15. Serpa LF, Santos, VLCG, Campanili TCGF, Queiroz M. Predictive validity of the Braden scale for pressure ulcer risk in critical care patients. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2011;19(1):50-7. doi: 10.1590/S0104-11692011000100008.
16. Núcleo de Apoio à Gestão Hospitalar, Compromisso com a Qualidade Hospitalar. Manual de indicadores de enfermagem NAGEH/Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH). 2a ed. São Paulo: APM/CREMESP; 2012.
17. Jiang Q, Li X, Qu X, Liu Y, Zhang L, Su C, et al. The incidence, risk factors, and characteristics of pressure ulcers in hospitalized patients in China. *Int J Clin Exp Pathol.* 2014;7(5):2587-94.
18. Shafipour V, Ramezani E, Gorji MAH, Moosazadeh M. Prevalence of postoperative pressure ulcer: a systematic review and meta-analysis. *Electronic Physician.* 2016;8(11):3170-6. doi: 10.19082/3170.
19. Olkoski E, Assis GM. Aplicação de medidas de prevenção para úlceras por pressão pela equipe de enfermagem antes e após uma campanha educativa. *Esc Anna Nery.* 2016;20(2):363-9. doi: 10.5935/1414-8145.20160050.
20. Silva SG, Nascimento ERP, Salles RK. Bundle de prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica: uma construção coletiva. *Texto Contexto Enferm.* 2012;21(4):837-44. doi: 10.1590/s0104-07072012000400014.
21. Matos LS, Duarte NLV, Minetto RC. Incidência e prevalência de úlcera por pressão no CTI de um hospital público do DF. *Rev Eletr Enf.* 2010;12(4):719-26. doi: 10.5216/ree.v12i4.8481.
22. Palhares VC, Palhares Neto AA. Prevalence and incidence of pressure ulcers in an intensive care unit. *Rev Enferm UFPE (Online).* 2014;8(Suppl. 2):3647-53.
23. Compromisso com a Qualidade Hospitalar. Comparativo de indicadores hospitalares [Internet]. 2015 [citado em 20 jan. 2017]. Disponível em: [http://www.cqh.org.br/icqh/estat/ind/web\\_ind.php](http://www.cqh.org.br/icqh/estat/ind/web_ind.php)
24. Cremasco MF, Wenzel F, Zanei SSV, Whitaker IY. Pressure ulcers in the intensive care unit: the relationship between nursing workload, illness severity and pressure ulcer risk. *J Clin Nurs.* 2012;22(15-16):2183-91. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04216.x.