



ISSN: 2230-9926

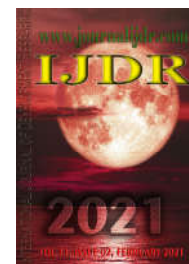
Available online at <http://www.journalijdr.com>

# IJDR

International Journal of Development Research

Vol. 11, Issue, 02, pp. 44328-44333, February, 2021

<https://doi.org/10.37118/ijdr.21073.02.2021>



RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

## AValiação DE MEDIDAS PROFILÁTICAS E TERAPÊUTICAS: LESÕES POR PRESSÃO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

**\*<sup>1</sup>Gilcivania Ferreira Alves Pinheiro, <sup>2</sup>Juliana da Costa Madeira, <sup>3</sup>Francisco Antônio da Cruz Mendonça, <sup>4</sup>Maria Gilsimara Ferreira Alves, <sup>5</sup>Francisco Railony Vieira Coutinho, <sup>6</sup>Romenia Nogueira Cavalcante, <sup>7</sup>Flaviane Fabrício Diniz, <sup>8</sup>Francisca Camila Araújo da Silva, <sup>9</sup>Letícia Kelly Costa Silva and <sup>10</sup>Lia Maristela da Silva Jacob.**

<sup>1</sup> Enfermeira, Mestranda da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, Brazil.

<sup>2</sup> Enfermeira, Doutora da Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, Brazil.

<sup>3</sup> Enfermeiro, Doutor, Professor do Centro Universitário Estácio do Ceará. Fortaleza, Brazil.

<sup>4</sup> Acadêmica de enfermagem do Centro Universitário Unifanor Wyden. Fortaleza, Brazil.

<sup>5</sup> Enfermeiro, Especialista, Plantonista do Hospital Gonzaga Mota de Messejana. Fortaleza, Brazil.

<sup>6</sup> Fisioterapeuta, Especialista da Escola de Saúde Pública do Ceará. Fortaleza, Brazil.

<sup>7</sup> Enfermeira, Especialista, Plantonista do Hospital Ana Lima. Fortaleza, Brazil.

<sup>8</sup> Enfermeira, Especialista da Escola de Saúde Pública do Ceará. Fortaleza, Brazil.

<sup>9</sup> Enfermeira graduada na Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, Brazil.

<sup>10</sup> Enfermeira, Doutora, Professora da Faculdade São Leopoldo Mandic. Araras-São Paulo, Brazil

### ARTICLE INFO

#### Article History:

Received 10<sup>th</sup> December, 2020

Received in revised form

24<sup>th</sup> December, 2020

Accepted 18<sup>th</sup> January, 2021

Published online 24<sup>th</sup> February, 2021

#### Key Words:

Nursing, Pressure Ulcer,  
Prevention of Diseases,  
Therapeutics.

#### \*Corresponding author:

**Gilcivania Ferreira Alves Pinheiro**

### ABSTRACT

Pressure Ulcer is considered an adverse event and an aggravating factor. This study intends to evaluate the prophylactic and therapeutic measures used for LPP by the nursing team in three clinical intensive care units. It is a descriptive study of the documentary type of quantitative analysis. Held in a Tertiary hospital in Fortaleza, with closed medical records of patients admitted to the Intensive Care Unit. Participated in the study 302 patients. Prevalent women with complete secondary education and retirees, with a reason for the prevalent hospitalization of resection of brain tumor. The length of stay was between one and five days, with the main outcome of discharge. Prophylactic measures were not used in 200 (66.22%) patients. 120 of these, developed Pressure Injury, especially in stage 2 and in sacral and calcaneus, with the main coverages employed were AGE and hydrocolloid. There were varied resources in the three units, adequate staff sizing and even interventions, which would not even need products, but even these were not implemented, in most patients, such as MD or cushion placement. However, these injuries were seen in fewer patients than expected, however, there was a limitation of underreporting in the records.

Copyright © 2021, Gilcivania Ferreira Alves Pinheiro et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: Gilcivania Ferreira Alves Pinheiro, Juliana da Costa Madeira, Francisco Antônio da Cruz Mendonça et al. "Avaliação de medidas profiláticas e terapêuticas: lesões por pressão na unidade de terapia intensiva", *International Journal of Development Research*, 11, (02), 44328-44333.

## INTRODUCTION

As Lesões por Pressão (LPP) são definidas como comprometimentos na pele ou em tecidos moles subjacentes, normalmente sobre alguma proeminência óssea ou devido ao uso de dispositivo médico (Rocha, Mendonça, & Fernandes, 2018). Os Principais locais de aparecimento dessas lesões são em trocânter, maléolo, cotovelos, nádegas e região sacral (Cortés et al., 2018).

Esse tipo de lesão é classificada de acordo com o comprometimento dos tecidos, sendo estadiada em 4 estágios: estágio 1 com pele se apresentando ainda intacta, mas com hiperemia em área localizada não branqueável; estágio 2 com perda parcial da pele, leito de coloração vermelho pálido e sem esfacelo; estágio 3 com perda de espessura total de tecido, onde pode-se visualizar tecido adiposo, osso, tendão e músculo, além de poder haver presença de esfacelo, formando descolamentos e túneis; e estágio 4 com a perda total do tecido no local e exposição de osso, músculo ou tendão, podendo

haver esfacelo ou necrose em algumas porções do leito da lesão (Galvão, Neto, & Oliveira, 2015). É considerada um evento adverso e fator agravante do estado, que já é crítico, do paciente hospitalizado com problemas de alta complexidade. Quando associada a sepse e outros tipos de infecção, podem levar evoluir para óbito. Na Europa, Canadá e Estados Unidos, a prevalência de LPP nos hospitais varia de 8% a 23%, resultado, sobretudo, de internações prolongadas. Já na Colômbia, a prevalência varia de 2,2% a 10% (Cortés *et al.*, 2018). No Brasil, a incidência difere por regiões, em São Paulo a taxa é de 13,95% e em Fortaleza 59,5% (Baron, Pavani, & Forgiarin Junior, 2017). Dentro dos hospitais, 60% das LPP que são desenvolvidas se concentram na UTI e surgem durante as duas primeiras semanas de internação. O risco ainda aumenta quando associadas a fatores como distúrbio do sistema imunológico, imobilidade e perda de massa corporal. Por outro lado, fatores como a umidade, escoriações e lesões capilares na pele também são determinantes (Cortés *et al.*, 2018). Os fatores de risco podem ser intrínsecos ou extrínsecos, sendo aqueles ocasionados pela condição clínica do paciente, como idade, estado nutricional, perfusão tecidual e doenças associadas. Já os extrínsecos, quando a LPP é causada por fatores físicos, como cisalhamento, fricção e pressão (Santos, 2017). Assim, é de suma importância que tais fatores sejam identificados precocemente e a enfermagem é protagonista nessa prevenção e implementação de medidas para diminuir o impacto desse agravo (Galvão, Neto, & Oliveira, 2015). Além disso, não só a qualidade de vida do paciente, como de suas famílias e os sistemas de saúde são afetados por esse acometimento.

No mundo, os gastos com tratamento de LPP são um dos maiores custos para os sistemas de saúde. Nos Estados Unidos esse ônus, para apenas uma lesão, de modo geral, pode chegar a cerca de US \$70.000 e o custo anual é entre US \$ 2,2 e 3,6 trilhões. Com isso, é de extrema importância e deve ser prioridade para a saúde pública, a prevenção desse tipo de agravo (Cortés *et al.*, 2018). Afinal, no Brasil, o cenário é o mesmo, e tal complicação gera gastos exorbitantes, em média R\$2.992,03 por lesão e representando uma parte do tratamento, apenas durante a internação (Portugal, & Christovam, 2018). Configura, portanto, um problema de Saúde Pública, devido sua elevada incidência e dificuldade no tratamento (Silva *et al.*, 2018). Como medidas profiláticas, podem ser empregados a mudança de decúbito, curativos acolchoados e semipermeáveis, uso de superfícies para alívio e distribuição da pressão e uso de hidratantes sem massagens (Cortés *et al.*, 2018). No entanto, aspectos desde a nutrição do paciente ao suporte emocional, os medicamentos em uso, o microclima, as características da lesão, como tamanho, forma, tipo de tecido, quantidade de exsudato e colonização bacteriana, estão envolvidos na cicatrização dessa lesão (Silva *et al.*, 2018).

Face ao exposto, é importante salientar que esse tipo de cuidado e tratamento está intrinsecamente ligado a rotina da assistência de enfermagem e são de responsabilidade do enfermeiro, desde o planejamento a avaliação dessa assistência, feita de forma integral e criteriosa. Sem, contudo, deixar, nesses casos, de envolver toda a equipe multiprofissional, além da participação ativa do próprio paciente e sua família para a efetividade das propostas de intervenção (Silva *et al.*, 2018). Acrescenta-se ainda, que as LPP, além de aumentarem os custos de saúde, aumentam a carga de trabalho da equipe de saúde, dificultando a avaliação e tratamento correto, podendo prolongar o tempo de internação em até 5 vezes (Vargaset *et al.*, 2017). Portanto, acredita-se que é necessário que sejam avaliados os impactos do emprego ou ausência de medidas profiláticas e de uma terapia ajustada a cada paciente, de acordo com a evolução da lesão, para que possa nortear as escolhas e a prática de enfermeiros frente a assistência ao paciente crítico em UTI com LPP ou com risco de desenvolvê-la. Assim, o objetivo deste estudo é avaliar as medidas profiláticas e terapêuticas empregadas para LPP pela equipe de enfermagem em três Unidades de Terapia Intensiva clínica. Além disso, estabelecer a incidência de pacientes com esse tipo de lesão no último ano, através de uma amostra da população e o perfil deles, bem como tempo de internação.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo do tipo documental de análise quantitativa. Foi realizado em um Hospital Terciário localizado na cidade de Fortaleza, no Estado do Ceará. A coleta de dados foi feita através de prontuários, todos fechados, de pacientes críticos que passaram por internação nas 3 UTIs adulto do local de pesquisa, UTI amarela, UTI azul e UTI verde, e que estiveram dentro dos critérios de inclusão. Foram selecionados por prévia solicitação, aleatória, no acervo físico local, de prontuários fechados de uma amostra do período de fevereiro de 2019 a fevereiro de 2020, a fim de se coletar os dados mais atuais das práticas empregadas, técnicas e recursos humanos e materiais. A coleta foi no período da tarde, de segunda a sexta, no próprio local, com a pontual devolução dos prontuários à Instituição, durante o mês de novembro de 2020. O N total de prontuários neste período nas três Unidades foi de 1408 pacientes, inviabilizando a coleta integral no tempo previsto. Portanto, optamos por fazer uma Amostra Aleatória Simples dessa população ( $n = N \times n_0 / (N + n_0)$ ), com um nível de confiança de 95% e margem de erro de 5% ( $n_0 = 1/E^2$ , onde  $E=0,05$ ), sendo N= tamanho da população,  $n_0$ = primeira aproximação do tamanho da amostra, n= tamanho da amostra e E = erro da amostra tolerável (Barbetta, 2002). Foi de 302 (100%), das três UTIs. Para divisão equivalente ao total de cada unidade, que tinha inicialmente 834, 341 e 233 prontuários, respectivamente UTI amarela, verde e azul, coletamos apenas, na mesma sequência, 179 (59,24%), 73 (24,21%) e 50 (16,55%) prontuários de cada.

Para seleção dos prontuários dos pacientes incluídos na mostra, foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: idade de 18 anos a 90 anos, buscando abranger a partir da maior idade às faixas etárias mais extremas e mais presentes rotineiramente nesses ambientes; ter sido internado na UTI adulto no período estabelecido e ter prontuário fechado. Foi utilizado um formulário para coleta de dados e sua elaboração foi adaptada de outro já validado, conforme Silva *et al.* (2019). Foi composto por informações referentes a presença de registros acerca do risco do paciente para LPP, através da Escala de Braden, quais medidas profiláticas foram implementadas, uso de ventilação mecânica ou drogas vasoativas, doenças de base, qual a incidência e tipos de lesões, quais as terapêuticas escolhidas e dados pessoais para estabelecer o perfil dos pacientes. A pesquisa está em conformidade com a resolução 466/2012 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) para preservar cada paciente. Seus dados, então, foram usados apenas para fins científicos. O projeto foi enviado ao Comitê de Ética e Pesquisa, tendo início apenas mediante aprovação, parecer (4.300.523), no período de setembro a novembro de 2020.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com os achados, a presença de adultos casados 99 (32,80%), foi soberana aos outros estados civis, ficando atrás apenas do número dos prontuários sem este registro. Tal aspecto pode ser associado à faixa etária mais prevalente, de 46 a 60 anos (32%), representando adultos mais maduros e já com um vínculo civil estabelecido com suas parcerias. Por outro lado, a significativa falta de preenchimento dos dados foi percebida, não somente sobre o estado civil, mas também acerca da ocupação e escolaridade dos pacientes, onde mesmo nos registros de outros setores, durante toda a internação, inexistiam. No entanto, foi possível verificar que o público majoritário nesta amostra foi de mulheres, 160 (16%), com ensino médio completo, 60 (19,86%) e de aposentados(as), 51 (16%), seguidos de donas de casa, 43 (14,6%) e agricultores, 35 (12%). O motivo de internação que mais se sobressaiu foi a ressecção de Tumor cerebral, estando todos estes internados na UTI amarela, que também tem como principais motivos de internação aneurismas e AVE (Acidente Vascular Encefálico), seja para assistência pré-operatória ou pós-operatória. Aliás, a permanência nesta unidade é, majoritariamente, entre 1 e 5 dias, indicando alta rotatividade e baixo tempo de permanência, além de também ser responsável pelo maior índice de alta nas três unidades.

Em uma perspectiva geral das unidades, os diagnósticos mais identificados como motivo da internação na unidade, foram ressecção de tumor cerebral, 60 (19,86%), seguido de aneurisma, 44 (15%). O tempo de internação mais visto foi entre 1 e 5 dias para 125 pacientes (41,39%), com um desfecho de alta prevalecendo em 221 (72,17) pacientes. Já as doenças de base, que podem agravar os quadros clínicos na internação e aumentar a instabilidade hemodinâmica, viu-se que a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) foi a que mais apareceu, em 130 (43,04) pacientes, seguida do tabagismo, como fator de agravo crônico em 86 (28,47) pacientes e Diabetes Mellitus (DM), em 55 (18,21) pacientes. A avaliação para predição da existência do risco prévio em cada paciente foi feita sob os resultados da escala de Braden, realizada na admissão e diariamente, porém, foi considerado para fins quantitativos apenas o valor da admissão e contabilizando o risco de valores iguais ou menores que 16, já que a escala utilizada no CTI segue a versão antiga e não a atualizada em 2016. Assim, pode-se ver que 216 (71,52%) pacientes já foram admitidos sob risco de desenvolver LPP e a maioria dos que desenvolveram lesões, 78 (65%), foi depois de chegarem na Unidade, nas primeiras duas semanas. Inicialmente fatores de risco intrínsecos ao paciente, como edema, perfusão tecidual diminuída, nutrição inadequada, percepção sensorial diminuída e temperatura instável seriam avaliados, mas pela falta de registros a amostra não pode apresentar um resultado claro e fidedigno neste aspecto, restringindo nossa avaliação para classificação de risco apenas conforme os valores da Escala de Braden.

As medidas profiláticas não foram empregadas em 200 (66,22%) pacientes, deixando, inevitavelmente, pacientes sob risco sem assistência preventiva. Em todas as folhas de evolução de enfermagem e protocolos diários a serem preenchidos, havia um espaço para descrever LPP e checar a mudança de decúbito (MD), quando realizada, ou justificar, quando era contraindicada ao paciente, seja por pós-cirúrgico neurológico ou instabilidade hemodinâmica agravada, como também por agitação e rejeição do paciente. Contudo, apenas 30 (9,94%) pacientes tiveram MD realizadas diariamente. Outros 176 (58,27%) foram realizadas, mas de forma esporádica e não diária, com apenas 22 (7,28%) casos justificados por restrição, ou seja, 74 (24,5%) pacientes não tiveram o cuidado de MD empregado nenhuma vez durante sua internação. Assim, o dispositivo mais empregado na prevenção de LPP foi a espuma de silicone, em 24 (7,94%) pacientes, sobretudo em regiões sacral e de calcâneo. Menos da metade dos pacientes, 119 (39,4%), contaram com o acompanhamento ou consulta com estomaterapeuta e quando tinham, as recomendações registradas de otimizar mudança de decúbito ou de coberturas, frequentemente, não eram seguidas pela equipe da unidade, sendo as exceções e restrições pouco justificadas. 120 (39,73%) pacientes desenvolveram lesão por pressão, prevalecendo o estágio 2 nas estatísticas, em 54 (45%) pacientes. As terapias mais utilizadas foram AGE em 59 (49,16%) pacientes e pó hidrocolóide em 55 (45,83%) pacientes, seguindo com destaque para colagenase, película protetora spray para uso em bordas das lesões e papaina 10%.

No entanto, ressalta-se que nos 15 pacientes que foram tratados com soro fisiológico a 0,9% o emprego desta cobertura só foi feito por falta de opção na unidade, conforme registros dos enfermeiros. Além disso, pela falha na comunicação e continuidade da assistência, entre equipe estomaterapeuta, era frequentemente feita a substituição das indicações da estomaterapia por coberturas ineficazes e até prejudiciais, conforme a fase da lesão em relação ao mecanismo de ação da cobertura. Outros aspectos que são agravantes para o desenvolvimento de LPP, tanto por limitar a mobilidade no leito quanto por prejudicar a perfusão tecidual, são a Ventilação mecânica, que esteve presente em 125 (41,39%) pacientes e o uso de drogas vasoativas, presente em 150 (49,66%) pacientes. A UTI verde foi a que teve maior taxa de incidência, de 73 pacientes, 55 (75,3%) desenvolveram LPP, o que pode estar diretamente ligado ao tempo prolongado de internação, onde 35 (47,94%) pacientes ficaram na unidade por mais de 16 dias. Ademais, a evolução das lesões foi perceptível, onde 12 (16,43%) pacientes evoluíram para LPP estágio 3 com necrose e 11 (15,06%) necessitaram de intervenção por

desbridamento instrumental conservador. Foi possível estabelecer um perfil dos pacientes que passaram por estes setores de internação no último ano, onde a maioria era de solteiros, neste estudo, observou-se que a maioria dos participantes da pesquisa eram casados, 99 (32,8%). Isso pode representar um maior vínculo para o cuidado efetivo, não tão presente ainda nas unidades de terapia intensiva por não estarem totalmente abertas a visitas mais estendidas ou acompanhantes, mas na alta destes pacientes, esse suporte de um companheiro é, sem dúvidas, um recurso essencial para uma recuperação mais rápida e para a manutenção da sua qualidade de vida, em comparação aos que moram sozinhos (Santos, 2017). A predominância de sexo foi feminina, corroborando com o dado apresentado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE] (2015), de que no século XXI no grupo dos idosos a soberania é feminina, podendo ser explicado pela taxa de mortalidade, que é maior para homens. Diante disso, pode-se ver nesta pesquisa que mulheres idosas foram as que mais apresentaram lesões deste tipo, 72 mulheres. Além disso, para o perfil dos pacientes neste estudo, a faixa etária variou de 18 a 97 anos. Contudo, se destacaram pessoas com mais de 60 anos. No estudo de Galvão, Neto, & Oliveira (2015) a maioria dos seus participantes com LPP também tinham mais de 60 anos. Ademais, o tipo de atendimento ao qual o hospital está voltado influencia a faixa etária do seu público. Em Fortaleza, Brasil, no Instituto de Saúde foi visto que 31% dos pacientes tinham entre 18 a 25 anos (Mendonça, Rocha, & Fernandes, 2018).

No entanto, a maioria dos estudos apontam, sim, o grupo de idosos, como os mais vulneráveis e susceptíveis a LPP, pela presença de alterações inerentes a sua faixa etária, desde alterações de pele, diminuição da camada dérmica, menor vascularização, diminuição da proliferação celular na epiderme, à diminuição da percepção da dor e da resposta às inflamações, tornando-a mais suscetível a danos (Mendonça, Rocha, & Fernandes, 2018). Por outro lado, vale ressaltar que é importante observar variáveis como escolaridade e estado civil, afinal permitem verificar se o aspecto educativo, emocional e a vida social tem influência direta sobre os indicadores de saúde (Silva, 2016). Portanto, na análise sobre a escolaridade foi evidenciada uma maior presença de adultos que concluíram o ensino médio. Corroborando com estudo de Silva (2016) em que a maioria também era de pacientes com ensino médio completo. Contudo, é inegável que 41,04% da amostra teve somente 10 anos de estudo ou menos, podendo interferir no processo de autocuidado e compreensão de cuidados realizados pela equipe ao paciente que por não entender bem, pode não colaborar ou aceitar as medidas empregadas pelos profissionais na prevenção e/ou tratamento das LPP (Silva, 2016). Em se tratando das profissões presentes nos dados coletados, foi clara a predominância de aposentados, 51 (16%), em concordância com a maioria de pacientes, com mais de 60 anos nessa amostra e com o estudo de Silva (2016). Tal fator pode ser justificado pela grande cobertura de benefícios sociais a idosos, onde em 2011 cerca de 82,1% dos idosos brasileiros eram beneficiados pela Previdência Social (Silva, 2016).

Acerca da inexistência repetida de vários registros nos prontuários, pode-se apontar como possíveis causas a falta de hábito, o esquecimento, a falta de conscientização sobre a importância dessas anotações, falta de interesse e a desmotivação dos profissionais, além de muitos locais terem um déficit no dimensionamento de pessoal e a falta de apoio das chefias. Essa negligência documental constitui, então, um significativo obstáculo para a continuidade da assistência (Mascarenhas, Anders, Gelbcke, Lanzoni, & Ilha, 2019). Como em estudo também realizado em um hospital geral, que admite pacientes com vários diagnósticos, teve na maioria das internações pacientes com comprometimento neurológico, assim neste trabalho o maior quantitativo de motivo de internação foi de ressecção de tumor cerebral, Aneurisma e AVE. Estas indicações de internação estão intrinsecamente ligadas ao desenvolvimento de LPP, já que são potencialmente incapacitantes, por sua ligação com fatores neurosensitivos, limitando sua mobilidade e automobilização. Em estudo realizado em Manaus, viu-se que 26% dos participantes com estes acometimentos, desenvolveram LPP (Mendonça, Rocha, & Fernandes, 2018).

Dentro das doenças de base, a Hipertensão Arterial Sistêmica foi a mais prevalente, seguida do Diabetes Mellitus. Segundo Carmo & Rosa (2015) estas doenças Crônicas contribuem para o surgimento e evolução de lesões por pressão por acentuarem déficits na circulação e perfusão sanguínea, além de retardar a cicatrização. O tempo de internação médio, de acordo com o DATASUS, em 2011, foi de 9,3 dias, seguindo nosso estudo com uma melhor perspectiva, com a maioria dos pacientes (125), ficando internados entre 1 e 5 dias na UTI. Em estudo realizado em Manaus, Brasil, com 5.905 pacientes, foi evidenciada uma relação direta entre o tempo de internação e o desenvolvimento de lesões por pressão, e quanto maior ele é, mais graves as lesões ficam (Smit, Harrison, Letzkus, & Quatrara, 2016). Por isso, 177 (58,61%) pacientes deste estudo ficaram internados por 6 ou mais dias. Então, por um lado, seguindo também a tendência de dias de internações em UTI, conforme a base de dados Epimed, que aponta uma média de 5 a 12 dias de permanência na unidade, segundo a Associação de Medicina Intensiva Brasileira [AMIB] (2018). Por outro lado, pelo menos 97 pacientes excederam esta média e ficaram internados por mais de 15. 216 (71,52%) pacientes, já na sua admissão tinham risco de desenvolver LPP. A avaliação para predição deste risco pode ser feita através da utilização da Escala de Braden, atualizada em 2016, que avalia parâmetros de percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, nutrição e fricção/cisalhamento. A pontuação varia de 7 a 28 e considera um sétimo parâmetro, a perfusão tecidual e oxigenação, classificando valores menores que 22 como pacientes de alto risco e maiores ou igual a 22 como baixo risco (Adamczyk *et al.*, 2017). Por outro lado, outros fatores podem influenciar e aumentar o risco de LPP no paciente em UTI, como o uso de Drogas vasoativas (DV), utilizadas por 150 dos pacientes e Ventilação mecânica (VM), utilizada por 125 pacientes neste estudo, prejudicando perfusão tecidual e mobilidade do paciente (Smit, Harrison, Letzkus, & Quatrara, 2016). Em 2016, na Universidade da Virgínia nos Estados Unidos, foi realizado um estudo por enfermeiros, verificando que quase 50% de todos os pacientes que tinham LPP faziam uso de VM e DV (Smit, Harrison, Letzkus, & Quatrara, 2016).

Além disso, o tabagismo, com significativa incidência na atual pesquisa, pode ser considerado também como um fator de risco. Os seus efeitos no organismo interferem no fluxo sanguíneo e acabam promovendo uma vasoconstrição, o que diminui o aporte de oxigênio e nutrientes para as células (Ascar *et al.*, 2014). O enfermeiro é o responsável direto pelo emprego de medidas profiláticas para esse tipo de agravo, necessitando, claro, de conhecimento clínico para reconhecer os pacientes em risco e as lesões com o tratamento que se encaixe adequadamente (Silva, Rached, & Liberal, 2019). O acompanhamento da Estomatoterapia, área especializada no cuidado de lesões e ostomias, é um recurso imprescindível para a prevenção, identificação precoce e tratamento adequado desses tipos de lesões. Entretanto, precisa-se incentivar a atualização, qualificação e capacitação da equipe de enfermagem (Silva, Rached, & Liberal, 2019). Em 2016, em estudo realizado por Smit, Harrison, Letzkus, & Quatrara (2016), foi observado que o estágio de LPP mais prevalente foi o estágio 2, como no presente estudo. Para alguns autores, prevalência associada a medidas preventivas, evitando a evolução para estágios 3 e 4. Contudo, tem o tempo de internação prolongado associado sendo, junto a VM e DV, fatores agravantes para o surgimento dessas lesões. A região mais atingida, de acordo com a literatura foi a região sacral, seguida dos calcâneos, como também nesta pesquisa, com 78 (65%) lesões em sacra, dos 120 pacientes (Smit, Harrison, Letzkus, & Quatrara, 2016).

Entretanto, se alguns autores veem o uso de medidas profiláticas como fator que limita a evolução das lesões e estagna no estágio 2, não houve registros suficientes para comprovar isso neste estudo. Dos 302 pacientes, 200 não tiveram nenhuma medida profilática empregada. Um dimensionamento de pessoal inadequado poderia ser justificado pelos profissionais do CTI, porém, viu-se neste estudo que são 2 enfermeiros para cada UTI, onde a amarela tem 14 leitos, azul tem 8 leitos e a verde tem 16 leitos, possibilitando a divisão de trabalho assistencial e burocrático para cobrir adequadamente todos os pacientes com os técnicos de enfermagem e resto da equipe,

conforme o Conselho Federal de Enfermagem [COFEN] (2016). Em um estudo realizado em Campo Grande as medidas profiláticas mais empregadas foram MD, devendo ser evitada apenas quando haja contraindicações, seguida de hidratação da pele e coxins (Mendonça, Loureiro, Frota, & Souza, 2018). No presente estudo, a medida profilática prevalente foi também a MD, seguido do uso de espuma de silicone e hidrocolóide. A ausência ou escassez de recursos materiais nas instituições é perceptível e mesmo no local de estudo também há limitações em recursos mas, não para medidas profiláticas, já que havia na unidade hidrocolóide, película protetora spray, espuma de poliuretano, filme transparente, entre outros, que devem ser destinados a todos os pacientes, principalmente os que tem risco, além da própria MD (Mendonça, Loureiro, Frota, & Souza, 2018).

Porém, muitas folhas de evolução estavam incompletas quanto ao registro de MD, mesmo tendo um espaço só para checagem desse cuidado a cada plantão, podendo ter havido subnotificações. Além disso, na MD tem-se a oportunidade de implementar outros cuidados, como a elevação dos calcâneos, a verificação do enchimento de colchões que distribuem a pressão do peso do paciente sofrida pela pele e tecidos subcutâneos, o uso de coxins e almofadas como suporte adicional e a manutenção de pele limpa, seca e hidratada, sem massagem nas proeminências ósseas (Botelho, Arboit, & Freitag, 2020). Dentre as coberturas mais utilizadas neste estudo, destacaram-se o AGE (Ácidos Graxos Essenciais), indicado para todos os tipos de lesões, com ou sem infecção para promover a quimiotaxia e a angiogênese, mantendo o meio úmido e acelerando o processo de granulação tecidual. Já sua utilização em pele íntegra forma uma película protetora na pele, hidratando-a e nutrido-a, devendo-se trocar a cobertura sempre que curativo secundário estiver saturado ou a cada 24 horas (Silva *et al.*, 2017). Em segundo lugar estão os hidrocolóides, coberturas que podem ser utilizadas tanto como primárias ou secundárias, com aspecto gelatinoso, em placa, normalmente composto por carboximetilcelulose sódica, pectina vegetal e muito empregados em calcâneos, sacra e cotovelos. No entanto, outras formas podem ser vistas de hidrocolóide, como em pasta ou em pó, o último, mais visto no atual estudo. São indicados para LPP estágio 2, com pouco ou nenhum exsudato e no estágio 3, se não infectada e pouco profunda. Eles promovem um desbridamento autolítico no leito da lesão e auxiliam na diminuição da dor, além de diminuir evoluções infecciosas na lesão (Bernardes, 2020). O desfecho clínico mais visto foi de alta hospitalar. No entanto, em todos os óbitos contabilizados os pacientes desenvolveram lesões por pressão, representados em 32 óbitos (10,61%), mostrando que esse tipo de lesão pode desencadear complicações graves, resultando em maior sofrimento físico e emocional, além de aumento do tempo de internação e, conseqüentemente, aumento da taxa de mortalidade (Smit, Harrison, Letzkus, & Quatrara, 2016). Necessita-se que mais estudos sejam feitos acerca do conhecimento dos enfermeiros sobre LPP e coberturas, além disso, mais ações de educação continuada sejam realizadas nas UTIs. Com isso, motivando os enfermeiros a se atualizarem, conforme sua necessidade, acerca das medidas profiláticas e terapêuticas de LPP a serem empregadas e, por outro lado, conhecendo as tecnologias e coberturas mais necessárias para suas unidades em cada Instituição, possam atuar junto a estas na solicitação dos recursos materiais e humanos fundamentais para uma assistência de qualidade.

## CONCLUSÃO

Pode-se concluir que medidas profiláticas não foram empregadas adequadamente, considerando o risco de cada paciente. Mesmo a maioria dos participantes tendo risco para o desenvolvimento de LPP, foi significativamente majoritário o número de pacientes que não recebeu nenhuma medida de prevenção. Além disso, havia recursos variados nas três unidades, dimensionamento de pessoal adequado e até intervenções, que nem precisariam de produtos, foram implementadas, em grande parte dos pacientes, como a MD ou colocação de coxins, mas prevalecendo a MD como medida mais empregada na prevenção e AGE no tratamento. Foram vistas em menos pacientes que o esperado, contudo, há a limitação da

subnotificação, não só na incidência, mas na evolução de LPP, pela ausência de registros nos prontuários. Contudo, pode-se estabelecer um perfil de pacientes mais presentes na unidade, de mulheres idosas aposentadas com ensino médio completo, sendo as que mais desenvolveram LPP, e mais prevalentemente, no estágio 2. A maioria dos pacientes, desenvolveram lesões só após chegarem na unidade e nas primeiras duas semanas de internação. No entanto, a maioria dos pacientes ficaram internados por menos de 1 semana, observando fatores agravantes como HAS e DM, acometimento neurológico, necessidade de VM e DV, prejudicando mobilidade, perfusão e quadro clínico geral destes, o que pode ter colaborado para o surgimento de lesões mesmo em um curto período de internação. Assim, encoraja-se a adesão a realização dos registros de enfermagem nos prontuários e o aperfeiçoamento dos enfermeiros, associado a um adequado dimensionamento de pessoal, otimizando a recuperação dos pacientes em UTI, prevenindo mais complicações no seu quadro clínico, reduzindo seu tempo de hospitalização, aumentando sua qualidade de vida, reduzindo o ônus para as instituições e a carga de trabalho para as equipes.

## REFERÊNCIAS

- Adamczyk, S. P., Castro, E. C. L. S., Freitas, T. M., Santos, W. B., Marques, F. R., & Kutzke, J. L. 2017. *Métodos utilizados pela enfermagem na identificação da lesão por pressão: uma revisão sistemática de literatura*. Revista Gestão e Saúde. V. 17. Rio Grande do Sul. Recuperado de: <<http://www.herrero.com.br/files/revista/filefdeb9f3e753127c2f9546271f544f49.pdf>>.
- Ascari, R. A., Veloso, J., Silva, O. M., Kessler, M., Jacoby, A. M., & Schwaab, G. 2014. *Úlcera por pressão: um desafio para a enfermagem*. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research. V. 6, n. 1. Santa Catarina. Recuperado de: <[https://www.mastereditora.com.br/periodico/20140301\\_132755.pdf](https://www.mastereditora.com.br/periodico/20140301_132755.pdf)>.
- Associação de Medicina Intensiva Brasileira. 2018. *Principais desfechos: duração das internações nas UTIs e nos hospitais*. UTIs brasileiras – Registro Nacional de Terapia Intensiva. São Paulo. Recuperado de: <<http://www.utisbrasileiras.com.br/perfis-das-utis/principais-desfechos/#!/duracao-das-internacoes-nas-utis-e-nos-hospitais>>.
- Barbetta, P. A. 2002. *Estatística aplicada às ciências sociais*. Ed UFSC, 5ª edição, cap. 3. Florianópolis.
- Baron, M. V., Pavani, R. M., & Forgiarini Junior, L. A. F. 2017. Inovações e tecnologias para prevenção da úlcera por pressão em calcâneo. Revista de Epidemiologia e Controle de Infecções. V. 7, nº 2, p. 122-131. Santa Cruz do Sul. Recuperado de: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/8047>>.
- Bernardes, R. M. Recurso educacional sobre prevenção e manejo da lesão por pressão. 2020. Universidade de São Paulo. Feridas Crônicas. São Paulo. Recuperado de: <[http://eerp.usp.br/feridascrônicas/recurso\\_educacional\\_lp\\_4\\_4.html](http://eerp.usp.br/feridascrônicas/recurso_educacional_lp_4_4.html)>.
- Botelho, L. S., Arboit, E. L., & Freitag, V. L. 2020. Atuação do enfermeiro no cuidado a prevenção e tratamento de lesões por pressão. Research Society and Development. V. 9, nº 7. Rio Grande do Sul. Recuperado de: <<https://www.rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/4644/4187>>.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE. 2015. *Censo Demográfico de 1980, 1991, 2000 e 2010, Contagem da população: Brasil por sexo e idade para o período 1980/2010*. Brasília. Recuperado de: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento\\_referencia\\_programa\\_nacional\\_seguranca.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf)>.
- Carmo, M. C. L., & Rosa, C. O. B. 2015. *Dietoterapia em Pacientes Hospitalizados com Úlcera de Pressão: Uma Revisão*. Revista Nutrição em Pauta. V. 14, nº 2, p. 35. São Paulo. Recuperado de: <[http://www.nutricaoempauta.com.br/lista\\_artigo.php?cod=2420](http://www.nutricaoempauta.com.br/lista_artigo.php?cod=2420)>.
- Conselho Federal de Enfermagem. 2016. *Legislação - RDC Nº 07/2010 alterada pela RDC Nº 26/2012 Inteligência dos artigos 11, 12, 13 e 14 da Lei do Exercício Profissional, combinado com a RDC ANVISA nº 07/2010. Resolução 293/2004*. Brasília. Recuperado de: <[http://www.cofen.gov.br/parecer-no-072016ctlncofen\\_45800.html](http://www.cofen.gov.br/parecer-no-072016ctlncofen_45800.html)>.
- Cortés, O. L., Beltrán, L. D. S., Catañeda, Y. A. R., Muriel, P. A. A., Restrepo, A. S., & Grinspun, D. 2018. *Uso de curativos hidrocolóides na prevenção de úlceras por pressão em pacientes de alto risco: um acoorte retrospectivo*. Invest. Educ. Enferm. V. 36, n. 1. Medellín. Recuperado de: <<http://dx.doi.org/10.17533/udea.iee.v36n1e11>>.
- Galvão, N. S. Neto, D. L., & Oliveira, A. P. P. 2015. *Aspectos epidemiológicos e clínicos de pacientes com úlcera por pressão internados em uma instituição hospitalar*. Rev. da Associação Brasileira de Estomaterapia, Ostomias, Feridas e Incontinências. Manaus. Recuperado de: <<http://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/106>>.
- Mascarenhas, F. A. S., Anders, J. C., Gelbcke, F. L., Lanzoni, G. M. M., & Ilha, P. 2019. *Facilidades e dificuldades dos profissionais de saúde frente ao processo de notificação de eventos adversos*. Texto Contexto Enferm. V. 28. Florianópolis. Recuperado de: <[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072019000100378&script=sci\\_arttext&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072019000100378&script=sci_arttext&tlng=pt)>.
- Mendonça, A. S. G. B., Rocha, A. C. S., & Fernandes, T. G. 2018. *Perfil epidemiológico e clínico de pacientes internados com lesão por pressão em hospital de referência no Amazonas*. Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção. V. 8, n. 3. Santa Cruz do Sul. Recuperado de: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/11857>>.
- Mendonça, P. K., Loureiro, M. D. R., Frota, O. P., & Souza, A. S. 2018. *Prevenção de Lesão por pressão: ações prescritas por enfermeiros de centros de terapia intensiva*. Texto Contexto – Enferm. V. 27, nº 4. Florianópolis. Recuperado de: <[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072018000400310](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000400310)>.
- Portugal, L. B. A., & Christovam, B. P. 2018. *Estimativa do Custo do Tratamento da Lesão por Pressão, Como Prevenir e Economizar Recursos*. Revista Enfermagem Atual. V. 86, nº 24. Recuperado de: <<https://revistaenfermagemactual.com/index.php/revista/article/view/93>>.
- Santos, A. C. M. 2017. *Perfil epidemiológico de pacientes com Lesão por pressão estágios III e IV*. Centro de Ciências biológicas e da saúde - Universidade Federal do Maranhão. São Luís, Maranhão. Recuperado de: <<https://monografias.ufma.br/jspui/bitstream/123456789/2053/1/AnaCarolinaSantos.pdf>>.
- Smit, I., Harrison, L., Letzkus, L., & Quatrara, B. 2016. *What Factors Are Associated With the Development of Pressure Ulcers in a Medical Intensive Care Unit? Dimens Crit Care Nurs*. Virginia, EUA. Recuperado de: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26627071/>>.
- Silva, A. L. M., Rached, C. D. A., & Liberal, M. M. C. 2019. *A Utilização da escala de Braden como instrumento preditivo para prevenção de lesão por pressão*. Revista Direito em Foco. Edição nº 1. São Paulo. Recuperado de: <[http://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2019/01/001\\_A\\_UTILIZA%C3%87%C3%83O\\_DA\\_ESCALA\\_DE\\_BRADEN.pdf](http://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2019/01/001_A_UTILIZA%C3%87%C3%83O_DA_ESCALA_DE_BRADEN.pdf)>.
- Silva, A. C. O., Filho, E. S. R., Sousa, G. R. S., Silva, J. F. S., & Araújo, C. M. S. 2017. *As principais coberturas utilizadas pelo enfermeiro*. Revista UNINGÁ. V. 53, nº 2. Maranhão. Recuperado de: <[https://www.mastereditora.com.br/periodico/20170806\\_101051.pdf](https://www.mastereditora.com.br/periodico/20170806_101051.pdf)>.
- Silva, L. M. T. 2016. *Idosos hospitalizados em risco de desenvolver lesão por pressão: contribuição do enfermeiro*. Universidade Federal Fluminense. 57f. Niterói. Recuperado de: <<https://app.uff.br/riuff/bitstream/1/3506/1/TCC%20Livia%20Martignoni%20Teixeira%20da%20Silva.pdf>>.
- Silva, M. M. P., Aguiar, M. I. F., Rodrigues, A. B., Miranda, M. C., Araújo, M. A. M., Rolim, I. L. T. P., & Souza, A. M. A. 2018. *Utilização de nanopartículas no tratamento de feridas: revisão sistemática*. Rev. esc. Enferm. USP. V. 51. São Paulo.

- Recuperado de:<<http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2016043503272>>.
- Silva, V. S., Santos, P. R., Martins, L. K., Luz, M. S., Souza, V. S., Maraschin, M. S., Oliveira, J. L. C., & Tonini, N. S. 2019. *Lesão por pressão: análise de prontuários e notificações do evento adverso*. Rev. visa em debate. Paraná. Recuperado de:<<https://doi.org/10.22239/2317-269x.001210>>.
- VARGAS, I. O., Campos, M. L. G., Campos, V. B., López, F. G., Espinosa, A. S., & Montalvo, M. E. R. 2017. *Cicatrização úmida de Úlceras por Pressão: atenção no âmbito domiciliar*. Enfermería Universitaria. V. 15, n. 4. México. Recuperado de:<<http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2017.09.001>>.

\*\*\*\*\*