

<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072018004610017>

PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO: AÇÕES PRESCRITAS POR ENFERMEIROS DE CENTROS DE TERAPIA INTENSIVA¹

Paula Knoch Mendonça², Marisa Dias Rolan Loureiro³, Oleci Pereira Frota⁴, Albert Schiaveto de Souza⁵

- ¹ Artigo extraído da dissertação - Lesões por pressão: ocorrências, fatores de risco e prática clínica preventiva dos enfermeiros em centros de terapia intensiva, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) - Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), em 2017.
- ² Mestre em Enfermagem. UFMS. Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil. E-mail: paulaknoch@hotmail.com
- ³ Doutora em Ciências da Saúde. Professora do PPGENF - Mestrado Acadêmico em Enfermagem da UFMS. Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil. E-mail: marisarolan@gmail.com
- ⁴ Doutor em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste. Professor do Curso de Enfermagem da UFMS. Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil. E-mail: olecifrota@gmail.com
- ⁵ Doutor em Ciências. Professor do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste, UFMS. Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil. E-mail: albertss@hotmail.com

RESUMO

Objetivo: descrever as ações de enfermagem prescritas por enfermeiros para a prevenção de lesões por pressão e sua ocorrência em centros de terapia intensiva.

Método: estudo transversal, descritivo e analítico, de abordagem quantitativa conduzido em duas instituições hospitalares de ensino de Campo Grande, Brasil. A coleta ocorreu entre março e junho de 2016 com 104 participantes. Os dados foram submetidos à análise estatística.

Resultados: foi encontrada associação estatística entre as ações de mudança de decúbito, aplicação de cobertura hidrocoloide em região sacral, realização de higiene externa, troca de fixação do cateter orotraqueal e/ou cateter nasoenteral e inspeção da pele com a ausência de lesões por pressão. A ocorrência de lesões por pressão foi encontrada em 49% dos clientes em ambas as instituições.

Conclusão: a elaboração e implementação de protocolos, o acompanhamento dos registros e dos grupos de maior risco são estratégias que direcionam a prescrição de ações preventivas adequadas para lesões por pressão.

DESCRIPTORIOS: Cuidados de enfermagem. Segurança do paciente. Lesão por pressão. Planejamento de assistência ao paciente. Enfermagem.

PREVENTION OF PRESSURE INJURIES: ACTIONS PRESCRIBED BY INTENSIVE CARE UNIT NURSES

ABSTRACT

Objective: to describe the nursing actions prescribed by nurses for the prevention of pressure injuries and their occurrence in intensive care units.

Method: a cross-sectional, descriptive, analytical, quantitative study was conducted in two teaching hospitals in Campo Grande, Brazil. The collection occurred between March and June 2016, with 104 participants. The data were submitted to statistical analysis.

Results: a statistical association was found between the actions of change of decubitus, application of hydrocolloid dressings on the sacral region, performance of external hygiene, change of the orotracheal catheter and/or nasoenteral catheter fixation device and inspection of the skin without pressure injuries. The occurrence of pressure injuries was found in 49% of the clients in both institutions.

Conclusion: the elaboration and implementation of procedures and the monitoring of reports and of higher risk groups are strategies that direct the prescription of appropriate preventive actions for pressure injuries.

DESCRIPTORS: Nursing care. Patient safety. Pressure ulcer. Patient care planning. Nursing.

PREVENCIÓN DE LESIÓN POR PRESIÓN: ACCIONES PRESCRITAS POR ENFERMEROS DE CENTROS DE TERAPIA INTENSIVA

RESUMEN

Objetivo: describir las acciones de enfermería prescritas por enfermeros para la prevención de lesiones por presión y su ocurrencia en centros de terapia intensiva.

Método: estudio transversal, descriptivo y analítico, de abordaje cuantitativo conducido en dos instituciones hospitalarias de enseñanza de Campo Grande, Brasil. La recolección ocurrió entre marzo y junio de 2016 con 104 participantes. Los datos se sometieron al análisis estadístico.

Resultados: se encontró asociación estadística entre las acciones de cambio de decúbito, aplicación de cobertura hidrocoloide en región sacral, realización de higiene externa, cambio de fijación del catéter orotraqueal y/o catéter nasoenteral e inspección de la piel con la ausencia de lesiones por presión. La presencia de lesiones por presión fue encontrada en el 49% de los clientes en ambas instituciones.

Conclusión: la elaboración e implementación de protocolos, el seguimiento de los registros y de los grupos de mayor riesgo son estrategias que orientan la prescripción de acciones preventivas adecuadas para lesiones por presión.

DESCRIPTORES: Cuidados de enfermería. Seguridad del paciente. Úlcera por presión. Planificación de atención al paciente. Enfermería.

INTRODUÇÃO

Dezenas de milhões de clientes no mundo, anualmente, são vítimas de lesões incapacitantes e de morte em consequência das práticas de saúde inseguras. Tais incidentes afetam em média um a cada dez clientes. Essa estimativa é maior em países em desenvolvimento.¹ A lesão por pressão (LP), anteriormente denominada úlcera por pressão, pode se apresentar em pele íntegra ou rompida, ser dolorosa ou não. Caracteriza-se por um dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente, sobre uma proeminência óssea ou relacionada ao uso de dispositivo médico ou artefato. Pode também ser afetada por fatores como o microclima, nutrição, perfusão periférica, comorbidades e pela sua condição.²

O Brasil integra a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, proposta pela Organização Mundial da Saúde, cujo principal propósito é instituir medidas que aumentem a segurança e a qualidade dos serviços de saúde. A prevenção de LP constitui a sexta meta entre as Metas Internacionais para Segurança do Paciente, combinada com a redução do risco de quedas.¹ O Programa de Segurança do Paciente prioriza a atuação na identificação de soluções para a segurança do paciente e que as iniciativas possam ser disseminadas nos hospitais brasileiros.³ A Portaria nº 529 e a Resolução RDC nº 36, ambas publicadas em 2013 pelo Ministério da Saúde, explicitam as ações para a segurança do cliente em serviços de saúde e referem a finalidade de melhoria do cuidado em saúde por meio da proposição e validação de protocolos, guias e manuais, inclusive com foco na LP.⁴⁻⁵

Um estudo realizado, em um hospital brasileiro, sobre os gastos totais para tratamento de LP evidenciou que elas acarretam elevados custos para

os sistemas de saúde. Em LP de estágio 2, a variação foi de R\$67,69 a 172,32; a LP de estágio 3 custou entre R\$29,02 e R\$96,38; as de estágio 4 variaram entre R\$20,04 e R\$225,34; e as não classificáveis custaram entre R\$16,41 e R\$260,18.⁶

Apesar dos avanços tecnológicos e científicos e do aperfeiçoamento dos cuidados de saúde, a incidência de LP é alta e varia de 23,1% a 59,5%, principalmente em clientes de centro de terapia intensiva (CTI).⁷ Em estudo transversal realizado em um hospital universitário, a prevalência de LP foi de 40%, com índices maiores em CTI.⁸ Em um hospital de referência para trauma, por um período de 31 dias, com 75 clientes, a prevalência de LP foi de 33,3% nos CTIs.⁹

As pesquisas revelam a importância do exame físico realizado por enfermeiro que deve incluir a criteriosa avaliação da pele e a classificação de risco para LP para prescrição de cuidados preventivos dessas lesões. O desenvolvimento e a inclusão do diagnóstico de enfermagem Risco para úlcera por pressão, incorporados à terminologia *North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)*, 2015-2017, também denotam a sua importância para a enfermagem.¹⁰

Pressupõe-se que a ocorrência de lesão por pressão em centro de terapia intensiva esteja relacionada diretamente aos cuidados preventivos para se evitar o desenvolvimento dessas lesões. Diante do exposto, em relação à importância da prevenção dessas lesões e à atuação do enfermeiro no processo, elaborou-se a seguinte questão norteadora: Há associação entre as ações preventivas prescritas por enfermeiros de CTI e a ocorrência de LP?

Nessa perspectiva, o objetivo deste estudo é descrever as ações de enfermagem prescritas por enfermeiros para a prevenção de LP e sua ocorrência em CTI.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e analítico, de abordagem quantitativa, conduzido em duas instituições hospitalares de ensino vinculadas ao Sistema Único de Saúde, do município de Campo Grande, Brasil.

A coleta de dados foi realizada no período de março a junho de 2016, nas unidades selecionadas para o estudo. Todos os clientes com idade igual a 18 anos ou mais e com 24 horas completas de internação no CTI foram elegíveis para o estudo, como critérios de inclusão, independentemente do risco de desenvolvimento de LP. Foram excluídas as gestantes por causa dos aspectos fisiológicos e do posicionamento no leito, os procedentes de instituições de longa permanência, pela dificuldade de obtenção de informações, e os politraumatizados, para manter a homogeneidade da amostra entre as instituições, haja vista que apenas uma é referência estadual no atendimento desses clientes.

O instrumento de coleta de dados foi desenvolvido pela pesquisadora e submetido à avaliação de três especialistas da área de LP, que consideraram os seguintes critérios: clareza, pertinência, conteúdo e proposição de sugestões. Todas as sugestões propostas foram inseridas no instrumento. Foi aplicado um pré-teste em três clientes da Unidade Coronariana de uma das instituições incluídas no estudo, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A amostra foi composta por 104 participantes, sendo 45 da Instituição 1 e 59 da Instituição 2. O instrumento utilizado para a coleta de dados contemplou as seguintes variáveis sociodemográficas e os fatores de risco: sexo, faixa etária, Índice de Mas-

sa Corporal, temperatura corporal, uso de drogas vasoativas, condições da pele e uso de ventilação mecânica invasiva; avaliação de risco de LP por meio da pontuação da escala de Braden; ocorrência e localização de lesões por pressão; e prescrições de enfermeiros para a prevenção dessas lesões. O formulário foi aplicado uma única vez, após completadas as 24 horas de internação no CTI, pela pesquisadora para a avaliação dos clientes e coleta das informações do prontuário.

Para a análise dos dados, foi utilizado o programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 23.0, com uso dos testes *t de student*, teste do qui-quadrado, teste exato de Fisher e *Odds Ratio*. O nível de significância adotado foi de 5%. Os dados analisados foram apresentados em formato de estatística descritiva e tabelas.

O estudo contemplou os princípios éticos e legais, e obteve o Parecer nº 1.300.163/2015 e o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 50011615.6.0000.0021 no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul. Todos os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

As características sociodemográficas da amostra (n=104) são apresentadas na tabela 1. Predominaram participantes com idade ≥ 59 anos (55%; 58/104), com associação estatisticamente significativa para a ocorrência de LP neste grupo ($p=0,032$). Além deste aspecto, a hipertermia ($p=0,029$) e o edema ($p=0,012$) foram fatores associados à ocorrência de LP.

Tabela 1 - Relação entre as características sociodemográficas e os fatores de risco e a ocorrência de lesões por pressão em clientes internados em Centros de Terapia Intensiva de dois hospitais de ensino. Campo Grande, MS, Brasil 2016 (n=104)

Características sociodemográficas/ Fatores de risco	Lesão por Pressão				p*	Total	
	Sim		Não			n	%
	n	%	n	%			
Gênero					1		
Feminino	24	47,1	27	52,9		48	46
Masculino	27	52,9	29	54,7		56	54
Faixa etária					0,032		
Até 59 anos	17	33,3	29	54,7		46	44
Acima de 59 anos	34	66,7	24	45,3		58	56
Classificação do Índice de Massa Corporal (kg/m ²)					0,594		
Baixo peso (<18,5)	1	4,2	1	4,8		2	4,4
Eutrófico (adultos: 18,5-24,9 ou idosos: 22-27)	15	62,5	15	71,4		30	67

Sobrepeso (≥ 25 e < 30)	6	25	5	23,8	11	24
Obesidade (≥ 30)	2	8,3	-	-	2	4,4
Sem informação						59
Temperatura					0,029	
Normotermia	23	45,1	36	67,9	59	57
Hipertermia	28	54,9	17	32,1	45	43
Uso de drogas vasoativas					0,246	
Não	21	41,2	28	52,8	49	47
Sim	30	58,8	25	47,2	55	53
Condições da pele					0,012	
Sem edema	18	35,3	32	60,4	50	48
Edemaciada	33	64,7	21	39,6	54	52
Ventilação mecânica					0,61	
Sim	41	80,4	45	84,9	86	83
Não	10	19,6	8	15,1	18	17

*Teste do qui-quadrado ou teste exato de Fisher. Valor de p em negrito indica associação significativa ($p < 0,05$).

A tabela 2 apresenta a ocorrência e localização de LP nos clientes, com presença em um total de 49% ($n=51$) da população estudada, em ambas as instituições. Em relação à localização da LP, não houve associação estatística entre indivíduos de instituições

diferentes (p -valor entre 0,235 e 1,000). Quanto à localização da LP, a região glútea foi a mais prevalente: 88,9% ($n=40$) na Instituição 1 e 86,4% ($n=51$) na Instituição 2. Em região sacral, a ocorrência foi de 29,8% ($n=31$) dos clientes das duas Instituições.

Tabela 2 - Ocorrências e localização de lesões por pressão em clientes internados em Centros de Terapia Intensiva de dois hospitais de ensino. Campo Grande, MS, Brasil, 2016 ($n=104$)

Ocorrência/Localização	Instituição				p-valor*	Odds Ratio (IC 95%)
	1	2	1	2		
	n	%	n	%		
Ocorrência de Lesão por pressão					0,435	1,38 (0,64-3,02)
Sim	20	44,4	31	52,5		
Não	25	55,6	28	47,5		
Calcâneo					1	1,08 (0,32-3,65)
Sim	5	11,1	7	11,9		
Não	40	88,9	52	88,1		
Pavilhão auricular					0,288	0,43 (0,10-1,90)
Sim	5	11,1	3	5,1		
Não	40	88,9	56	94,9		
Glútea					0,773	1,26 (0,38-4,13)
Sim	40	88,9	51	86,4		
Não	5	11,1	8	13,6		
Maléolo					0,504	0,56 (0,47-0,66)
Sim	-	-	2	3,4		
Não	45	100	57	96,6		
Trocânter					0,235	0,28 (0,05-1,52)
Sim	5	11,1	2	3,4		
Não	40	88,9	57	96,6		
Sacral					0,666	1,31 (0,55-3,08)
Sim	12	26,7	19	32,2		
Não	33	73,3	40	67,8		
Comissura labial					0,433	0,43 (0,34-0,53)
Sim	1	2,2	-	-		
Não	44	97,8	59	100		
Dorsal					1	0,76 (0,47-12,47)

Sim	1	2,2	1	1,7		
Não	44	97,8	58	98,3		
Tibial					0,433	0,43 (0,34-0,53)
Sim	1	2,2	-	-		
Não	44	97,8	59	100		
Escapular					1	0,56 (0,48-0,67)
Sim	-	-	1	1,7		
Não	45	100	58	98,		

*Teste exato de Fisher e *Odds Ratio*

No que se refere à predição de risco para LP, foi aplicado o teste t de Student para o cálculo da média da Escala de Braden para cada uma das instituições e verificou-se que a Instituição 1 apresentou uma média de $10,98 \pm 0,41$. A frequência da Instituição 2 foi de $10,25 \pm 0,23$, quando aplicado o mesmo teste estatístico. O resultado da escala preditiva de risco para LP foi de risco alto para ambas as instituições.

As ações de enfermagem que, estatisticamente, preveniram LP foram: mudança de decúbito, aplicação de cobertura hidrocoloide em região sacral, realização de higiene externa, troca de fixação de cateter orotraqueal (COT) e/ou cateter nasoenteral (CNE), inspeção da pele, manutenção de períneo limpo e seco, rodízio de sensor do oxímetro, observação do posicionamento e da fixação de COT e manutenção da cabeceira do leito elevada a 30 graus (p-valor entre <0,001 e 0,005). A Tabela 3 demonstra esses dados.

Tabela 3 - Ações de enfermagem prescritas por enfermeiros para prevenção de lesões por pressão aos clientes internados em Centros de Terapia Intensiva de dois hospitais de ensino. Campo Grande, MS, Brasil, 2016 (n=104)

Prescrições das ações de enfermagem	Lesão por pressão				p-valor*	<i>Odds Ratio</i> (IC 95%)
	Sim n	%	Não n	%		
Mudança de decúbito						
Prescrita	42	82,4	44	83	0,005	1,05 (0,38-2,90)
Não prescrita	9	17,6	9	17		
Aplicação de cobertura hidrocoloide em região sacral						
Prescrita	-	-	1	1,9	<0,001	1,98 (1,64-2,40)
Não prescrita	51	100	52	98,1		
Utilização de emolientes para hidratação da pele						
Prescrita	41	80,4	39	73,6	0,488	0,68 (0,27-1,71)
Não prescrita	10	1,6	14	26,4		
Coxins de conforto						
Prescrito	22	43,1	20	37,7	0,69	0,80 (0,37-1,76)
Não prescrito	29	56,9	33	62,3		
Higiene externa						
Prescrita	32	62,7	38	71,7	<0,001	1,50 (0,66-3,43)
Não prescrita	19	37,3	15	28,3		
Troca fixação cateter orotraqueal e/ou cateter nasoenteral						
Prescrita	11	21,6	13	24,5	<0,001	1,18 (0,47-2,95)
Não prescrita	40	78,4	40	75,5		
Colchão pneumático						
Prescrito	3	5,9	1	1,9	0,358	0,31 (0,03-3,06)
Não prescrito	48	94,1	52	98,1		
Inspeção da pele						
Prescrita	7	13,7	12	22,6	<0,001	1,84 (0,66-5,13)
Não prescrita	44	86,3	41	77,4		

Períneo limpo e seco						
Prescrito	3	5,9	2	3,8	<0,001	0,63 (0,10-3,92)
Não prescrito	48	94,1	51	96,2		
Rodízio sensor oxímetro						
Prescrito	21	41,2	13	24,5	<0,001	0,46 (0,20-1,07)
Não prescrito	30	58,8	40	75,5		
Observação posicionamento e fixação de cateter orotraqueal						
Prescrita	11	21,6	10	18,9	<0,001	0,85 (0,32-2,20)
Não prescrita	40	78,4	43	81,1		
Cabeceira do leito elevada a 30 graus						
Prescrita	5	9,8	5	9,4	0,043	0,96 (0,26-3,53)
Não prescrita	46	90,2	48	90,6		

*Teste exato de Fisher

DISCUSSÃO

Quanto às características sociodemográficas, as variáveis estudadas podem ter alguma influência na ocorrência de LP e, por vezes, devem ser consideradas como fatores de risco. Estudo realizado em um hospital brasileiro evidenciou risco alto de LP em idosos com idade média de 67 anos.¹¹ Sabe-se que a idade avançada predispõe a pele à maior risco de lesões.¹¹⁻¹³ Apesar disso, nota-se que, muitas vezes, os clientes internados em CTI têm outras prioridades terapêuticas em razão das condições clínicas críticas, que dificultam a realização de cuidados preventivos para LP.

Em relação ao gênero, estudo realizado em CTIs de Vitória, estado do Espírito Santo, encontrou que 59% da população masculina apresentava LP.¹⁴ Outro estudo realizado num hospital de grande porte no sul do Brasil revelou que o sexo feminino apresentou maior ocorrência de LP.¹⁵ Essa diferença entre estudos pode estar relacionada às comorbidades de cada cliente e não ao sexo propriamente dito. Além disso, discreta maioria da população do nosso estudo foi constituída por homens.

A maioria da população estudada apresentou IMC normal e, desses, 66,7% desenvolveram LP. Assemelha-se ao estudo realizado em CTI de Minas Gerais, cuja LP foi diagnosticada em 50% dos eutróficos, sem diferenças estatísticas das frequências de LP segundo estado nutricional ($p=0,179$).¹⁶ Um estudo americano realizado com clientes internados em CTI revelou que as classificações do IMC, baixo peso e obesidade importante, caracterizaram alto risco para LP e que esses clientes mereciam maior atenção em relação àqueles com peso normal.¹⁷ A falha de registro em prontuário dificultou uma análise mais consistente, embora seja importante considerar esse dado como fator preditor de risco para LP.

A hipertermia apresentou associação estatisticamente significativa em relação à ocorrência de LP ($p=0,029$). No entanto, o estudo não corroborou o achado de uma pesquisa desenvolvida em um CTI adulto de um hospital público de João Pessoa, estado da Paraíba ($p=0,137$).¹¹ O controle microclimático é fundamental, pois o aumento da temperatura corporal representa potencial impacto no risco de um determinado indivíduo desenvolver LP.¹⁸ O controle rigoroso de temperatura dos clientes em CTI norteia para outros raciocínios clínicos relacionados à terapêutica e à evolução da doença.

O uso de drogas vasoativas não apontou associação significativa entre clientes com e sem LP ($p=0,246$). Um estudo realizado no CTI de um hospital público de João Pessoa demonstrou que a internação e o uso de drogas vasoativas podem contribuir para a gênese das LP.¹¹ Embora esse estudo não tenha corroborado os achados, a avaliação clínica e a associação de tecnologias na prevenção de LP devem ser adotadas para todos os clientes em risco.

O edema e a ocorrência de LP também apresentaram associação significativa ($p=0,012$). Uma pesquisa desenvolvida em CTI de um hospital público de João Pessoa não demonstrou a mesma associação estatística em clientes com a pele edemaciada ($p=0,896$).¹¹ Tal achado não é incomum em clientes internados em CTI em virtude da mobilidade prejudicada, à infusão de grandes volumes de líquidos e às múltiplas disfunções orgânicas.

A ventilação mecânica invasiva não demonstrou maior risco de LP que a modalidade espontânea ($p=0,610$). Estudo conduzido em CTIs e semi intensiva no Rio Grande do Sul revelou que houve associação entre o uso de ventilação mecânica e o desenvolvimento de LP.¹⁹ No entanto, sabe-se que o seu uso pode predispor ao desenvolvimento de

LP em virtude dos fatores como a imobilidade, o contato de proeminências ósseas, a dificuldade em manter a ventilação-perfusão adequada, que prejudicam a oxigenação tecidual.¹¹

Outro fator agravante é a perfusão tecidual deficiente que pode afetar a cicatrização de LP.¹⁸ Embora o uso de ventilação mecânica não demonstrasse associação significativa com a ocorrência de LP, a mobilização frequente, o posicionamento adequado dos clientes e a inspeção diária da pele são cuidados indispensáveis na prevenção dessas lesões.

A ocorrência de LP correspondente à 49% é considerada elevada em ambas as instituições, com 44,4% na Instituição 1 e 52,5% na Instituição 2, o que corrobora com o descrito na literatura brasileira. Na pesquisa realizada em um hospital público de João Pessoa, estado da Paraíba, a prevalência de LP em adultos no CTI foi de 37,8%.¹¹ Em outro estudo brasileiro realizado em um hospital universitário da cidade de São Paulo, a incidência de LP variou de 23,1% a 59,5%.²⁰ Diferentemente do estudo transversal multicêntrico realizado em 12 hospitais na China, onde a prevalência da LP foi de 1,58% e a incidência foi de 0,63%.²¹ Apesar da disponibilidade de todos os recursos materiais para prevenção de LP e atualização profissional sobre o tema nas instituições de saúde, os achados confirmaram a alta ocorrência e o impacto negativo da LP, principalmente em clientes internados em CTI dos hospitais brasileiros.¹¹

Quanto à localização das LPs, a frequência encontrada foi: 87,5% em região glútea, com 88,9% na Instituição 1 e 86,4% na Instituição 2; 29,8% em sacral, com 26,7% na Instituição 1 e 32,2% na Instituição 2; e 11,5% em calcâneo, com 11,1% e 11,9% nas respectivas instituições. Um estudo nacional realizado em CTI de um hospital do estado do Rio Grande do Norte revelou que a ocorrência em glúteo, sacro e calcâneo foi de 81,8%.²² Justifica-se, por serem os locais de proeminências ósseas que aumentam a predisposição de LP e a possível maior permanência do cliente em decúbito dorsal.

Quanto às LPs relacionadas aos dispositivos médicos, a ocorrência foi de 7,7% em pavilhão auricular, com 11,1% na Instituição 1 e 5,1% na Instituição 2. Duas pesquisas americanas revelaram que a ocorrência dessas lesões variou de 4,6% a 19,9% em região auricular.²³⁻²⁴ As áreas de maior ocorrência estão associadas às áreas de pressão, principalmente em CTI, pois os clientes permanecem imobilizados por diversas questões relacionadas às condições de saúde, uso de sedativos e drogas vasoativas.

Em relação às ações de enfermagem, a mudança de decúbito (aprazamento a cada duas horas) foi

a mais encontrada em 82,7% nas prescrições, com maior associação à ausência de LP ($p=0,005$). Em um estudo brasileiro exploratório, qualitativo, realizado com enfermeiros de CTI, essa foi considerada uma das principais medidas preventivas de LP.²⁵ O reposicionamento dos indivíduos em risco ou que apresentem LP deve ser realizado, exceto em situações que haja contra-indicações (instabilidade hemodinâmica, posicionamento ideal para a realização de procedimentos invasivos, por exemplo), pois promovem a redistribuição da pressão, principalmente em áreas de proeminências ósseas.²⁶⁻²⁷ Em CTI, o reposicionamento periódico deve ser realizado ou supervisionado pelo enfermeiro, para todos os clientes, com o registro feito como garantia do cuidado prestado e respaldo para a equipe de enfermagem.

Apenas 1% continha a prescrição do uso de cobertura hidrocoloide em região sacral, embora tenha sido a segunda localização de LP mais frequente. Houve associação significativa entre a ausência dessa ação e a ocorrência da lesão ($p<0,001$). Tal achado pode estar relacionado à ausência ou escassez de recursos materiais nas instituições (das duas instituições estudadas, apenas uma delas dispunha de cobertura hidrocoloide para uso). Em estudo realizado entre o período de 2013 a 2014, com 25 clientes internados em CTI de um hospital privado de ensino do estado do Paraná, referente à comparação da cobertura hidrocoloide e película transparente para a prevenção de LP em região sacral, evidenciou-se que o segundo apresentou melhor custo-efetividade no desfecho final, para a prevenção dessas lesões.²⁸

O estudo realizado em um hospital universitário brasileiro com objetivo de avaliar o uso de película transparente na prevenção de LP em calcâneo evidenciou que a sua aplicação associada às diretrizes clínicas (conforme guias internacionais) para prevenção foi efetiva.²⁹

A utilização de emolientes para hidratação encontrados em 76,9% das prescrições de enfermagem convergem nas diretrizes internacionais recomendadas (uso em pele seca) para a redução do risco de dano à pele.¹⁸ Um estudo prospectivo realizado em um hospital escola da cidade de São Paulo, em 2009, demonstrou que o uso de emoliente suave imediatamente após o banho, para a proteção e hidratação da pele, com ácidos graxos essenciais, nos pacientes idosos e/ou com pele ressecada, aliado às outras medidas de prevenção, reduziu a incidência de LP.⁷

Os serviços públicos de saúde nem sempre dispõem de emolientes para cuidados com a pele.

Em algumas situações, o enfermeiro pode sugerir ao familiar ou responsável a aquisição como material de higiene e orientar sobre a importância de sua utilização.

Quanto ao uso de coxins de conforto, 40,4% dos enfermeiros incluíram em suas prescrições. O uso de travesseiros e cunhas reduz a pressão sobre proeminências ósseas, em especial quando utilizados entre superfícies da pele, como joelhos, onde pode haver o atrito, e sob panturrilhas, a fim de reduzir as pressões na interface com o calcanhar.³⁰

A manutenção da pele limpa e seca também é recomendada como cuidado preventivo com a pele.¹⁸ De acordo com um estudo brasileiro de coorte retrospectivo realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, evidenciou-se que a frequência de LP e umidade apresentou associação significativa ($p < 0,01$).³¹ Entre as ações relacionadas a esse cuidado, está a realização de higiene externa que apresentou correlação com a ausência de LP ($p < 0,001$). No entanto, apenas 4,8% das prescrições estudadas incluíram a manutenção do períneo limpo e seco, o que apresentou relação com a ocorrência de LP ($p < 0,001$). A rotina de troca de fralda e da roupa de cama úmida deve ser uma prática prioritária, pois evita o desconforto ao cliente e outros tipos de lesões de pele.

Os adultos em uso de dispositivos médicos apresentam risco de desenvolver LP, portanto, necessitam ser reposicionados para evitar o risco de lesão.¹⁸ Em situações em que o reposicionamento não alivia a pressão, deve-se atentar para não se colocarem coberturas que criem pressões adicionais.²⁴ A ação prescrita pelos enfermeiros relacionada ao uso desses dispositivos e à ausência de LP foi a troca e/ou fixação do COT e/ou CNE ($p < 0,001$). As prescrições de enfermagem de realização de rodízio de sensor do oxímetro e observação do posicionamento e fixação do COT associaram-se à ocorrência de LP ($p < 0,001$). No momento de reposicionamento no leito dos clientes em cuidados intensivos, a atenção à posição de todos os dispositivos médicos é necessária a fim de se evitarem lesões dessa natureza.

Quanto ao uso de colchão pneumático, 3,8% dos clientes apresentaram essa prescrição em seus cuidados de enfermagem. Seu uso ainda é restrito aos clientes com alto risco de LP em diversas instituições de saúde, em razão do alto custo e reduzida disponibilidade quantitativa. Preconiza-se o uso de colchões de espuma reativa de alta especificidade em vez de colchões de espuma reativa de baixa especificidade. Os colchões pneumáticos de pressão alternada com células pequenas, ou seja, com diâme-

tro menor de dez centímetros, não conseguem insuflar ar suficiente para assegurar o alívio de pressão sobre as células que se encontram desinsufladas. A escolha de um determinado tipo de superfície de apoio não dispensa o reposicionamento manual frequente, principalmente em indivíduos com alto risco de LP.¹⁸

A inspeção da pele foi prescrita por 18,3% dos enfermeiros aos clientes, o que obteve associação estatística com a ausência de LP ($p < 0,001$). A avaliação de admissão deve incluir a avaliação de risco como também a avaliação cutânea. Ambas devem ser combinadas como um único passo do processo na avaliação de LP na admissão no CTI. A avaliação estruturada do risco para a prevenção de LP deve ser realizada com maior brevidade possível, isto é, no prazo de até oito horas após a admissão.²⁵ O exame físico da pele tanto na admissão como na avaliação diária dos clientes deve estar inserido na prática dos enfermeiros, pois a aplicação de escalas preditoras de risco de LP nos CTI norteiam a realização de medidas preventivas baseadas em evidências científicas e subsidiam os protocolos assistenciais.

A manutenção da cabeceira do leito elevada a 30 graus foi prescrita por 9,6% dos enfermeiros, o que apresentou associação estatisticamente significativa com a ocorrência de LP ($p = 0,043$). Esse cuidado é fundamental para todos os clientes, principalmente aos classificados como risco moderado, alto e muito alto na Escala de Braden.³⁰ O posicionamento dos indivíduos evita o deslizamento na cama e a criação de forças de cisalhamento.¹⁸ Além disso, nessa angulação de cabeceira, obteve-se a melhor complacência da dinâmica pulmonar em relação às outras angulações.³¹ O nosso estudo não avaliou se as ações de enfermagem prescritas foram realizadas.

A Escala de Braden foi traduzida e validada para uso no Brasil e contempla os principais fatores que podem desencadear a LP. O estudo brasileiro transversal e retrospectivo realizado com 187 clientes, no ano de 2008, revelou que a utilização do escore total da Escala de Braden fornece uma visão ampla do cliente. No entanto, a análise das subescalas especifica as principais limitações de cada cliente e direciona os cuidados de enfermagem voltados à prevenção de LP.³²

Notou-se uma aleatoriedade na elaboração das prescrições de enfermagem e não diferenciação de ações segundo a avaliação de risco (Escala de Braden). A aplicação de um instrumento de avaliação de risco e protocolos norteiam a realização das ações de enfermagem e proporcionam a uniformização da prática dos profissionais para cada situação especí-

fica de prevenção de LP. No entanto, as prescrições seguem um modelo comum de prescrição a todos os sujeitos com diferentes classificações de risco. A avaliação dos clientes internados em CTI por enfermeiros deve ser criteriosa e incluir os fatores de risco existentes e potenciais para LP. As ações de enfermagem empregadas são ferramentas para alcance das metas de segurança.

Outro ponto a ser considerado é que as variáveis sociodemográficas e os fatores de risco podem ter influenciado nos achados desse estudo, inclusive com associação estatisticamente significativa para a ocorrência de LP. Sugere-se a realização de investigações sobre a temática em cenários com perfis de clientela diversificados e em diferentes contextos dos serviços de saúde.

CONCLUSÃO

A faixa etária acima de 59 anos, a hipertermia e o edema foram fatores de risco estatisticamente significativos para a ocorrência de LP. O resultado da escala preditiva de risco para LP foi de risco alto para ambas as instituições.

A ocorrência de LP foi elevada e os locais de proeminências ósseas demonstraram maiores taxas para este tipo de lesão. As ações de enfermagem apresentaram associações estatisticamente significativas quanto à ausência de LP, o que evidencia a sua importância nos cuidados preventivos dessas lesões. No entanto, as ações de enfermagem prescritas foram aleatórias e não atenderam às necessidades individuais do cliente ou às baseadas na avaliação de risco.

Os cuidados com a pele não foram valorizados suficientemente nos ambientes de CTI, pois, muitas vezes, as condições clínicas do cliente encontram-se mais comprometidas e as prioridades terapêuticas prevalecem em relação às ações de prevenção de LP. Nesse contexto atual, denota-se a importância das ações com foco na segurança do cliente, quando a prevenção de LP deve ser tratada como prioridade e meta.

A elaboração e a implementação de protocolos de prevenção de LP proporcionam a melhoria da qualidade da assistência e são ferramentas de gestão. O enfermeiro, junto com a sua equipe, têm a responsabilidade de avaliar a pele, discutir as ações de enfermagem e decidir a implementação destas na prevenção.

São necessários outros estudos com populações mais numerosas, com características específicas, e que se observe se as ações prescritas por enfermeiros estão sendo executadas e registradas.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). The conceptual framework for the international classification for patient safety. 2014 [cited 2017 Mar 2]. Available from: http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/en/
2. National Pressure Ulcer Advisory Panel. National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) announces a change in terminology from pressure ulcer to pressure injury and updates the stages of pressure injury. 2016 [cited 2017 Feb 10]. Available from: <http://www.npuap.org/national-pressure-ulcer-advisory-panel-npuap-announces-a-change-in-terminology-from-pressure-ulcer-to-pressure-injury-and-updates-the-stages-of-pressure-injury/>
3. World Health Organization. Organização Pan-Americana de Saúde. Aliança Mundial para Segurança do Paciente, 2017 [cited 2017 Jun 22]. Available from: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=931&Itemid=1
4. Ministério da saúde (BR). Portaria n. 529, de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da República Federativa do Brasil; 2013. [cited 2017 Feb 10]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html
5. Ministério da saúde (BR). Resolução- RDC n. 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil; 2013. [cited 2017 Feb 10]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html
6. Andrade CCD, Almeida CFSC, Pereira WE, Alemão WE, Brandão CMR, Borges EL. Costs of topical treatment of pressure ulcer patients. *Rev Esc Enferm USP*. 2016; 50(2):292-8.
7. Rogenski NMB, Kurcgart P. The incidence of pressure ulcers after the implementation of a prevention protocol. *Rev Latino-am Enferm*. 2012; 20(2):333-9.
8. Bernardes RM, Caliri MHL. Pressure ulcer prevalence in emergency hospitals: a cross-sectional study. *Online Braz J Nurs*. 2016; 15(2):236-244.
9. Sanders LSC, Pinto FC. Ocorrência de úlcera por pressão em pacientes internados em um hospital público de Fortaleza. *REME Rev Min Enferm*. 2012; 16(2):166-70.
10. Santos CT, Almeida MA, Oliveira MC, Victor MAG, Lucena AF. Development of the nursing diagnosis risk for pressure ulcer. *Rev Gaúcha Enferm*. 2015; 36(2):113-21.
11. Silva ML, Oliveira SHS, Diniz ERS, Costa MML, Farias MCAD, Soares MJGO. Medical conditions and risks associated with pressure ulcers. *Int Arch Med*. 2016; 9(48):1-6.
12. Fernandes MGM, Costa KNFM, Santos SR, Pereira

- MA, Oliveira DST, BRITO SS. Risco para úlceras por pressão em idosos hospitalizados: aplicação da escala de Waterlow. *Rev Enferm UERJ*. 2012; 20(1):56-60.
13. Rogenski NMB, Kurcgant P. Avaliação da concordância na aplicação da Escala de Braden Interobservadores. *Acta Paul Enferm*. 2012; 25(1):24-8.
14. Borghardt AT, Prado TN, Bicudo, SDS, Castro DS, Bringente MEO. Pressure ulcers in critically ill patients: incidence and associated factors. *Rev Bras Enferm*. 2016; 69(3):431-8.
15. Santos CT, Oliveira MC, Pereira LM, Lucena AF. Pressure ulcer care quality indicator: analysis of medical records and incident report. *Rev Gaúcha Enferm*. 2013; 34(1):111-8.
16. Gomes FSL, Bastos MAR, Matozinhos FP, Temponi HR, Velásques-Meléndez G. Risk assessment for pressure ulcer in critical patients. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45(2):313.
17. Hyun S, Li X, Vermillio NB, Newton C, Fall M, Kaewprag P, Susan MB, et al. Body mass index and pressure ulcers: improved predictability of pressure ulcers in intensive care patients. *Am J Crit Care*. 2014; 23(6):494-502.
18. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel, Pan Pacific Pressure Injure Alliance. Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Osborne Park (AUS); 2014. 2016 [cited 2017 Feb 11]. Available from: <http://www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/prevention-and-treatment-of-pressure-ulcers-clinical-practice-guideline/>
19. Rockenbach CWF, Borges AM, Amaral RB, Bordin E. Fatores de risco para desenvolvimento de úlceras de pressão em UTI. *Conscientiae Saúde*. 2012; 11(2):249-55.
20. Rogenski NMB, Kurcgant P. The incidence of pressure ulcers after the implementation of a prevention protocol. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2012; 20(2):333-9.
21. 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.
22. Carvalho FPB, Simpson CA, Oliveira LC, Soares FRR, Silva GWS, Sena RCF, et al. Pressure injuries: predisposing conditions and risk factors in adult ICU. *Int Arch Med*. 2016; 9(159):1-8.
23. Ursi ES, Galvão CM. Occurrence of pressure ulcers in patients undergoing elective surgeries. *Acta Paul Enferm*. 2012; 25(5):653-9.
24. Black J, Alves P, Brindle CT, Dealey C, Santamaria N, Call E, et al. Use of wound dressings to enhance prevention of pressure ulcers caused by medical devices. *Int Wound J*. 2013 [cited 2017 Jun 20]; Available from: <https://doi/10.1111/iwj.12111>
25. Rolim JA, Vasconcelos JMB, Caliri MHL, Santos IBC. Prevenção e tratamento de úlceras por pressão no cotidiano de enfermeiros intensivistas. *Rev RENE*. 2013; 14(1):148-57.
26. Albuquerque AM, Souza MA, Torres VSF, Porto VA, Soares MJGO, Torquato IMB. Assessment and prevention of pressure ulcer by nurses from intensive care: knowledge and practice. *J Nurs UFPE on line*. 2014; 8(2):229-39.
27. Inoue KC, Matsuda LM. Cost-effectiveness of two types of dressing for prevention of pressure ulcer *Acta Paul Enferm*. 2015; 28(5):415-9.
28. Souza TS, Danski MTR, Johann DA, Lazzari LSM, Mingorance P. Prevention's pressure ulcers heel with transparent polyurethane film *Acta Paul Enferm*. 2013; 26(4):345-52.
29. Agency for Healthcare Research and Quality. Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice. Preventing pressure ulcers and skin tears. Rockville: National Guideline Clearinghouse; 2012 [cited 2017 Jun 20]. Available from: <https://www.guideline.gov/summaries/summary/43935>
30. Zambonato BP, Assis MCS, Beghetto MG. Association of Braden Subscales with the Risk of Development of Pressure Ulcer. *Rev Gaúcha Enferm*. 2013; 34(1):21-28.
31. Martinez BP, Marques TI, Santos DR, Silva VS, Nepomuceno Júnior BR, Alves GAA, et al. Influence of different degrees of head elevation on respiratory mechanics in mechanically ventilated patients. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2015; 27(4):347-52.
32. Menegon DB, Bercini RR, Santos CT, Lucena AF, Pereira AGS, Scain SF. Braden Subscales Analysis as Indicative of Risk for Pressure Ulcer. *Texto Contexto Enferm [Internet]*. 2012 Oct-Dec [cited 2017 Jun 26]; 21(4):854-61. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000400016

Correspondência: Paula Knoch Mendonça
Rua Cornélia Cezósimo de Souza, 1470 ap 304
79823-192 - Vila Matos, Dourados, MS, Brasil
E-mail: paulaknoch@hotmail.com

Recebido: 12 de julho de 2017
Aprovado: 27 de março de 2018

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons (CC BY).