

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – NÍVEL MESTRADO

MARIA DO LIVRAMENTO NEVES SILVA

**INCIDÊNCIA, PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À ÚLCERAS
POR PRESSÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

JOÃO PESSOA - PB

2013

MARIA DO LIVRAMENTO NEVES SILVA

**INCIDÊNCIA, PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À ÚLCERAS
POR PRESSÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação, nível mestrado, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, em cumprimento às exigências para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, na Área Enfermagem na Atenção à Saúde, inserida na linha de pesquisa Políticas e Práticas do Cuidar em Enfermagem e Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Simone Helena dos Santos Oliveira

JOÃO PESSOA - PB

2013

MARIA DO LIVRAMENTO NEVES SILVA

**INCIDÊNCIA, PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À ÚLCERAS
POR PRESSÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

Aprovada em ____/____/____

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^a Dr^a Simone Helena dos Santos Oliveira
(Orientadora)

Prof^o Dr^o Gilson de Vasconcelos Torres
(Membro – UFRN)

Prof^a Dr^a Maria Júlia Guimarães Oliveira Soares
(Membro – UFPB)

Prof^a Dr^a Marta Miriam Lopes Costa
(Membro – UFPB)

Porque Dele e por Ele, e para Ele, são todas as coisas; glória, pois, a Ele eternamente. Amém.

(ROMANOS, 11:36)

AGRADECIMENTOS

Acima de tudo e de todos agradeço a Deus, soberano, bondoso, misericordioso, pai, por Ele e para Ele são todas as coisas. Não existem adjetivos que possam expressar a minha gratidão por Ti e pelo Teu amor pela minha vida; Tu és tão grandioso, mas Te importas comigo.

Ao meu amado e querido esposo, que mesmo reclamando muito, tem uma participação importante nessa minha caminhada, muitas vezes fazendo até mais do que me parecia possível;

Aos meus filhos amados, herança de Deus na minha vida, que mesmo no auge de suas adolescências souberam compreender a minha ausência durante essa jornada;

À minha querida mãe, exemplo de mulher guerreira;

Em especial à minha irmã Gorete, que acompanhou de perto todo esse percurso e sempre me incentivou e me fez acreditar que eu era capaz;

À minha Irmã Raimunda (In memorian) que mesmo na sua simplicidade me incentivava para ir mais longe e a todos os meus irmãos pelo carinho e torcida;

Agradeço de forma especial à minha orientadora, Professora Doutora **Simone Helena**, pela oportunidade de participar de tão rica experiência profissional. Obrigada pela compreensão e respeito com as minhas limitações pessoais e profissionais e com meus momentos difíceis. Você é um exemplo de ser humano, mulher, mãe e profissional. Agradeço demais a Deus por ter colocado você na minha vida e, especialmente, como minha orientadora. Mais uma vez, obrigada;

Aos professores e técnicos administrativos do Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGENF), pela oportunidade de realizar esse mestrado;

Ao Professor Doutor **Joab de Oliveira Lima** pela disposição, paciência, dedicação, simplicidade e sabedoria para acolher a todos aqueles que buscam sua orientação;

Aos Professores Doutores **Gilson de Vasconcelos Torres, Maria Helena Lacher Caliri, Maria Júlia Guimarães Oliveira Soares e Marta Miriam Lopes Costa** que prontamente aceitaram o convite para compor a banca de julgamento dessa dissertação, contribuindo de forma inestimável para o incremento final deste estudo;

À acadêmica do curso de Enfermagem da UFPB, Rafaela do Ó Trindade, pela ajuda na coleta de dados e por estar sempre a postos para qualquer necessidade.

À minha amiga **Edienne Rosângela**, companheira inseparável. Sem você tudo seria muito mais difícil. Você teve uma grande importância nessa jornada. Seu entusiasmo e otimismo têm contribuído muito para minha aprendizagem;

À Família que compõe o Hospital da Polícia Militar (HPM) em especial ao Diretor Administrativo, na pessoa do **Maj. Pontes** e à Supervisora Geral de Enfermagem, na pessoa da **Cap. Luciana**, pela compreensão e apoio;

A todos os funcionários da Unidade de Terapia Intensiva, tenho um carinho imenso por vocês, são minha segunda família;

A todos os pacientes e familiares sem os quais não teria concretizado este projeto;

À Enf. **Jaciária**, amiga fiel e companheira, sempre disposta a me ouvir e incentivar;

À comissão de pele nas pessoas de Ten. **Sandra**, Enfermeiras **Luana** e **Graça**, por estarem sempre prontas para me auxiliarem.

RESUMO

SILVA, M. L. N. **Incidência, prevalência e fatores associados à úlceras por pressão em unidade de terapia intensiva.** 2013. 100f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa – PB, 2013.

Introdução: a vulnerabilidade dos pacientes internados em ambiente de terapia intensiva torna-os mais propensos ao risco de adquirir úlcera por pressão do que aqueles de outras alas da mesma instituição. **Objetivos:** analisar a incidência, prevalência e fatores associados às úlceras por pressão em unidade de terapia intensiva; verificar o risco para o desenvolvimento de UPP nos pacientes, através da Escala de Braden; analisar a associação dos escores de risco das subescalas de Braden com o desenvolvimento de úlcera por pressão e verificar a associação dos dados sociodemográficos e clínicos e dos fatores de risco com o desenvolvimento de úlceras por pressão. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa, realizado em uma unidade de terapia intensiva de um hospital público de João Pessoa-PB. A população do estudo foi constituída por todos os pacientes internados na unidade, no período de 17 de julho a 17 de outubro de 2012. A amostra foi composta por 45 pacientes que preencheram os critérios de inclusão estabelecidos. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde da UFPB, sob protocolo nº 0237/12. Os dados foram coletados através do exame físico dos pacientes, pela aplicação da escala de Braden e por meio de revisão nos prontuários. **Resultados:** dos 45 pacientes acompanhados no estudo 09 foram admitidos já com a lesão e 08 desenvolveram durante internação na UTI, correspondendo a uma incidência de 8 (22,2%) e prevalência de 17 (37,8%). Na prevalência verificou-se o predomínio do gênero masculino, de cor branca e com idade acima de 70 anos. A incidência registrou 4 (50%) para cada gênero, 5 (62,5%) para os brancos e 4 (50%) com idade até 50 anos. Com relação às doenças de base identificadas, verificou-se a presença de uma ou mais patologias em 75% dos pacientes, sendo as mais prevalentes no grupo com UPP AVC, 3 (100%) e DPOC, 5 (60%). Nesse mesmo grupo, 6 (54,5%) fizeram uso de corticoides, 13 (43,3%) de antibióticos e 6 (40%) de drogas vasoativas. Quanto ao exame físico dos pacientes com UPP, 9 (52,9%) estavam sedados, 12 (70,6%) conectados à ventilação mecânica, 9 (52,9%) com pele fina ou delicada e 9 (52,9%) com turgor e elasticidade diminuídos. O tempo de internação variou de 5 a 39 dias nos pacientes sem UPP e de 5 a 48 nos que apresentavam a lesão. Quanto ao tempo decorrido para o desenvolvimento da lesão, 7 (87,5%) dos casos ocorreram em até 10 dias. Concernente ao risco para UPP através da Escala de Braden observou-se que 30 (66,6%) pacientes foram classificados em alto risco e para aqueles que apresentavam UPP, 15 (88,2%), tendo as categorias atividade (acamado) e fricção e cisalhamento (problema) como as subescalas de Braden mais afetadas nesse grupo. **Conclusão:** a incidência e prevalência de UPP identificada no estudo assemelham-se à realidade descrita em alguns cenários das unidades de terapia intensiva do Brasil, porém retratando uma taxa de incidência menor do que a encontrada na maioria das pesquisas na mesma população. Sugere-se investir em capacitação profissional através de educação permanente em serviço e construir e implantar protocolos para prevenção e tratamento dessas lesões.

Palavras-chave: Úlcera por pressão. Unidade de terapia intensiva. Incidência. Prevalência. Fatores de risco.

ABSTRACT

SILVA, M. L. N. **Incidence, prevalence and factors associated with pressure ulcers in the Intensive Care Unit.** 2013. 100p. Dissertation (Master in nursing) - Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa – PB, 2013.

Introduction: The vulnerability of patients hospitalized in an intensive care environment makes them more inclined toward to the risk of developing pressure ulcers than those ones that are in other wings of the same institution. **Objectives:** Analyze the incidence, prevalence and factors associated with pressure ulcers in an intensive care unit; Check the risk of developing PU in patients, using the Braden Scale; analyze the risk scores' association of the Braden subscales with the development of pressure ulcers and verify the association of socio-demographic and clinical data and the risk factors with the pressure ulcers development. **Method:** This is a descriptive study, prospective, performed in an intensive care unit of a public hospital in João Pessoa. The study population consisted of all patients admitted during the period from July 17 to October 17, 2012. The sample was composed by 45 patients who fulfilled the inclusion criteria established. The study has been approved by the Ethics Committee of the UFPB Health Sciences Center, under protocol 0237/12. Data were collected through physical examination of patients by application of the Braden scale and by reviewing the medical files. **Results:** of 45 patients followed in the study 09 were already admitted with the injury and 08 developed during ICU stay, corresponding to an incidence of 8 (22.2%) and the prevalence of 17 (37.8%). In the prevalence it was verified the predominance of males, white and over the age of 70 years. The incidence recorded 4 (50%) for each gender, 5 (62.5%) for whites and 4 (50%) aged until 50 years. Regarding the identified baseline diseases has been observed the presence of one or more diseases in 75% of patients, being the most prevalent in the group with PU stroke 3 (100%) and COPD 5 (60%). In this same group 6 (54.5%) made use of corticoids, 13 (43.3%) of antibiotics and 6 (40%) receiving intravenous drugs. Regarding patients' physical examination with PU 9 (52.9%) were sedated, 12 (70.6%) connected to mechanical ventilation, 9 (52.9%) with thin or delicate skin and 9 (52.9%) with decreased turgor and elasticity. The hospitalization period varied from 5 to 48 days in patients without PU and from 5 to 39 in those who had presented the injury. Regarding the elapsed time for the development of injury 7 (87.5%) of cases occurred up to 10 days. Concerning the risk PU through the Braden Scale, was observed that 30 (66.6%) of the patients were classified as high risk, and those with PU 15 (88.2%) with the categories activity (bedridden) and friction and shear (problem) as Braden subscales most affected in this group. **Conclusion:** The incidence and prevalence of PU identified in the study are similar to the reality described in some scenarios of intensive care units in Brazil, but depicting an incidence rate lower than that found in most studies in the same population. It is suggested to invest in job training through continuing education in service and building and deploying protocols for prevention and treatment of these injuries.

Keywords: Pressure Ulcer. Intensive Care Unit. Incidence. Prevalence. Risk Factors.

RESUMÉN

SILVA, M. L. N. Incidencia, prevalencia y factores asociados a las úlceras por presión en la UCI. 2013. 100f. Disertación (Maestría em Enfermería) - Universidad Federal de Paraíba. João Pessoa - PB, 2013.

Introducción: la vulnerabilidad de los pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos los hace más propensos al riesgo de desarrollar úlceras por presión que los de otras ramas de la misma institución. **Objetivos:** evaluar la incidencia, la prevalencia y los factores asociados a las úlceras por presión en la unidad de cuidados intensivos, determinar el riesgo de desarrollar UPP en pacientes que usan la escala de Braden, analizar la asociación de la puntuación de riesgo de las subescalas de la Braden desarrollo de úlceras por presión y la asociación de factores de riesgo sociodemográficos y clínicos con el desarrollo de úlceras por presión. **Métodos:** estudio descriptivo, prospectivo realizado en una unidad de cuidados intensivos de un hospital público en João Pessoa. La población de estudio consistió en todos los pacientes ingresados en la unidad durante el período comprendido entre 17 de julio a 17 de octubre, 2012. La muestra estudio constituida por 45 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión establecidos. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Centro de Ciencias de la Salud UFPB, bajo protocolo # 0237/12. Los datos fueron recolectados a través de la exploración física de los pacientes, mediante la aplicación de la escala de Braden y mediante la revisión de las historias clínicas. **Resultados:** 45 pacientes seguidos en el estudio 09 ya fueron admitidos con heridas y 08 se desarrollaron durante la estancia en UCI, lo que corresponde a una incidencia de 8 (22,2%) y la prevalencia de 17 (37, 8%). La prevalencia se encuentra en la prevalencia de los varones, la banca y el color sobre la edad de 70 años. La incidencia registrada 4 (50%) para cada sexo, 5 (62,5%) para los blancos y 4 (50%) mayores de 50 años. Con respecto a las enfermedades subyacentes identificados, verificaron la presencia de una o más enfermedades en 75% de los pacientes, siendo los más frecuentes en el grupo con accidente cerebrovascular UPP 3 (100%) y la DPOC 5 (60%). Este mismo grupo 6 (54,5%) hizo uso de corticosteroides, 13 (43,3%) de los antibióticos y 6 (40%) de los fármacos vasoactivos. Encanto a la exploración física de los pacientes con UPP 9 (52,9%) fueron sedados, 12 (70,6%), conectado a ventilación mecánica, 9 (52,9%) con la piel fina y delicada y 9 (52,9%) con disminución de la turgencia y elasticidad. La duración de la estancia varió de 5 a 39 días en pacientes sin UPP y 5-48 em aquellos con lesiones. Encanto al tiempo transcurrido para el desarrollo de la lesión 7 (87,5%) de los casos se produjo dentro de los 10 días. Encanto a la UPP riesgo a través de la Escala de Braden se observó que 30 (66,6%) de los pacientes fueron clasificados como de alto riesgo y aquellos con UPP 15 (88,2%), con la actividad categorías (en cama) y fricción y cizalla (problema) como las subescalas de Braden más afectados en este grupo. **Conclusión:** la incidencia y la prevalencia de UPP identificado en el estudio son similares a la realidad descrita en algunos escenarios de unidades de cuidados intensivos en Brasil, pero que representa una tasa de incidencia menor que la encontrada en la mayoría de los estudios en la misma población. Se sugiere que invertir en capacitación para el trabajo a través de la educación continua en el servicio y la creación e implementación de protocolos para la prevención y el tratamiento de estas lesiones.

Palabras clave: Úlcera por presión. Unidad de cuidados intensivos. Incidencia. Prevalencia. Factores de riesgo.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC- Acidente Vascular Cerebral
AHCPR- Agency for Health Care Policy and Research
BVS- Biblioteca Virtual em Saúde
CEP- Comitê de Ética em Pesquisa
CONEP- Conselho Nacional de Ética em Pesquisa
CTI – Centro de Terapia Intensiva
DPOC- Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DD- Decúbito dorsal
DLD- Decúbito lateral direito
DLE- Decúbito lateral esquerdo
EPUAP- European Pressure Ulcer Advisory Panel
GEPEFE- Grupo de Estudo e Pesquisas no Tratamento de Feridas
HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica
ICC- Insuficiência Cardíaca Congestiva
IMC- Índice de Massa Corporal
NPUAP- National Pressure Ulcer Advisory Panel
NPT- Nutrição parenteral total
OMS- Organização Mundial de Saúde
PNM - Pneumonia
PPGENF- Programa de Pós Graduação em Enfermagem
SAE- Sistematização da Assistência de Enfermagem
SUS- Sistema Único de Saúde
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFPB- Universidade Federal da Paraíba
UPP- Úlcera por Pressão
UTI- Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico dos pacientes com e sem úlceras por pressão. João Pessoa – PB, 2013.....	47
Tabela 2 – Perfil sociodemográfico dos pacientes segundo o desenvolvimento de úlceras por pressão após a admissão na UTI. João Pessoa – PB, 2013.....	48
Tabela 3 – Distribuição dos pacientes do estudo segundo procedência e a ocorrência de úlcera por pressão. João Pessoa – PB, 2013.....	49
Tabela 4 – Distribuição dos pacientes segundo doenças de base. João Pessoa – PB, 2013.....	49
Tabela 5 – Distribuição dos pacientes segundo as categorias de diagnóstico médico de internação. João Pessoa – PB, 2013.....	51
Tabela 6 – Distribuição dos pacientes segundo medicações usadas. João Pessoa – PB, 2013.....	52
Tabela 7 – Distribuição dos dados do exame físico por sistema segundo a ocorrência de úlceras por pressão. João Pessoa – PB, 2013.....	54
Tabela 8 – Condições da pele segundo a ocorrência de úlceras por pressão. João Pessoa – PB, 2013.....	55
Tabela 9 – Distribuição dos pacientes segundo Índice de Massa Corporal (IMC) e a ocorrência de úlceras por pressão. João Pessoa – PB, 2013.....	56
Tabela 10 – Distribuição dos pacientes segundo exames laboratoriais e a ocorrência de úlceras por pressão. João Pessoa – PB, 2013.....	57
Tabela 11 – Distribuição do tempo de internação dos pacientes e a ocorrência de úlceras por pressão. João Pessoa – PB, 2013.....	58
Tabela 12 – Distribuição dos pacientes segundo Escores de risco da Escala de Bradene a ocorrência de úlceras por pressão. João Pessoa – PB, 2013.....	60
Tabela 13 – Subescalas de Braden e a ocorrência de úlceras por pressão. João Pessoa – PB, 2013.....	61
Tabela 14 – Distribuição dos pacientes do estudo segundo o uso de dispositivos e cuidados preventivos e a ocorrência de úlceras por pressão. João Pessoa – PB, 2013.....	62

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma de seleção amostral.....	37
Figura 2 – Prevalência das úlceras por pressão entre os pacientes do estudo. João Pessoa – PB, 2013.....	45
Figura 3 – Incidência das úlceras por pressão entre os pacientes do estudo. João Pessoa – PB, 2013.....	46
Figura 4 – Distribuição das doenças de base segundo a ocorrência de úlcera por pressão. João Pessoa–PB, 2013.....	50
Figura 5 – Distribuição das categorias de diagnóstico médico de internação segundo a ocorrência de úlcera por pressão. João Pessoa – PB, 2013.....	51
Figura 6 – Distribuição dos pacientes segundo medicações usadas e a ocorrência de úlceras por pressão. João Pessoa – PB, 2013.....	53
Figura 7 – Tempo decorrido para o desenvolvimento de úlcera por pressão após internação na UTI. João Pessoa – PB, 2013.....	59
Figura 8 – Distribuição dos pacientes segundo Escores de risco da Escala de Braden obtidos na avaliação inicial. João Pessoa – PB, 2013.....	60

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
2 OBJETIVOS.....	19
2.1 GERAL.....	19
2.2 ESPECÍFICOS.....	19
3 REVISÃO DA LITERATURA.....	20
3.1 ÚLCERA POR PRESSÃO E VULNERABILIDADES DOS PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA	20
3.2 ESTRATÉGIAS PREVENTIVAS PARA ÚLCERA POR PRESSÃO.....	29
4 MÉTODO.....	34
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	34
4.2 LOCAL DA PESQUISA.....	34
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	35
4.4 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	37
4.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	41
4.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	42
5 RESULTADOS.....	45
5.1 INCIDÊNCIA E PREVALÊNCIA DAS ÚLCERAS POR PRESSÃO E DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS.....	45
5.2 DADOS CLÍNICOS DOS PACIENTES COM E SEM ÚLCERAS POR PRESSÃO.....	48
5.3 ESCORES DE RISCO E O DESENVOLVIMENTO DE ÚLCERA POR PRESSÃO.....	59
6 DISCUSSÃO.....	64
7 CONCLUSÃO.....	79
REFERÊNCIAS.....	81
APÊNDICES E ANEXOS.....	88
Apêndice I – Autorização da instituição para a realização pesquisa.....	88
Apêndice II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	89

Apêndice III – Dados sociodemográficos e clínicos.....	91
Apêndice IV – Ficha de acompanhamento dos escores de risco, exames laboratoriais e outros fatores/dispositivos/cuidados.....	95
Anexo I – Avaliação da lesão.....	97
Anexo II – Certidão do Comitê de Ética em Pesquisa.....	98
Anexo III – Escala de Braden.....	99
Anexo IV – Autorização do GEPEFE.....	100

1 INTRODUÇÃO

O número de pacientes que adquirem lesões de pele após longo tempo de internação tem despertado a preocupação dos profissionais de saúde, dos pesquisadores e das autoridades no assunto, por tratar-se de um problema que, na maioria das vezes, pode ser evitável e implicar em custos elevados para as instituições de saúde, além de acarretar sofrimento físico e psicológico para o paciente e seus familiares (IRION, 2012).

As alterações da integridade da pele que comumente resultam em úlceras por pressão (UPP) têm sido relatadas como objeto de preocupação da enfermagem desde o seu início com Florence Nightingale (NOTAS..., 2010). No entanto, o problema continua bastante presente nas unidades hospitalares e instituições de longa permanência, apesar dos resultados das pesquisas e dos avanços tecnológicos desenvolvidos para prevenção e tratamento dessas lesões.

As úlceras por pressão são definidas como lesões de pele ou de partes moles originadas basicamente por isquemia tecidual prolongada. Qualquer posição mantida por um paciente durante um longo período de tempo pode provocar lesão tecidual, principalmente em tecidos que sobrepõem uma proeminência óssea, devido à presença de pouco tecido subcutâneo nessas regiões. A compressão dessas áreas diminui o fluxo sanguíneo local, facilitando o surgimento de lesão por isquemia tecidual e necrose (WADA; NETO; FERREIRA, 2010; IRION, 2012).

Conforme Giovanini, Oliveira Júnior e Palermo (2007), a incidência das úlceras por pressão chega a 10% nos Estados Unidos e, em torno de 6% a 9% nos países europeus. No Brasil, os estudos têm avaliado a incidência e prevalência de UPP tanto no ambiente hospitalar como nas instituições de longa permanência e nos domicílios, revelando que os números variam de acordo com o cenário e o perfil dos pacientes (GOMES et al., 2010; AGUIAR, 2011).

Estudo de Blanes et al. (2004), realizado no Hospital São Paulo (HSP), evidenciou que 33,4% das UPP se desenvolveram na clínica médica, 28,2% na unidade de emergência, 19,2% na clínica cirúrgica e o mesmo percentual para a unidade de terapia intensiva.

Em um hospital universitário de Natal-RN, Paiva (2008) verificou que entre os pacientes que desenvolveram UPP, 16,7% encontravam-se internados nas enfermarias, não especificando se clínica ou cirúrgica; mesmo percentual para UTI; 6,7% para o setor UTI/Enfermaria e 3,3% para neurologia, evidenciando-se uma incidência global no hospital

de 43,3%, sendo 83,3% na UTI, 38,5% nas enfermarias, 33,3% na UTI/ENF e 20% na neurologia.

No ambiente de terapia intensiva, a ocorrência de UPP pode apresentar-se com números ainda bem mais elevados, em decorrência da gravidade dos pacientes, de frequentes procedimentos terapêuticos, imobilidade no leito, conexão de dispositivos específicos, perda de massa muscular e longos períodos de internação (FERNANDES; TORRES; VIEIRA, 2008).

Em um estudo prospectivo, realizado por Cremasco et al. (2009), em três UTI de um hospital universitário no município de São Paulo - SP, foi identificada uma incidência de 31% para úlcera por pressão. Fernandes e Torres (2006) identificaram 50% de incidência em UTI de hospitais privados do Rio Grande do Norte. Gomes et al. (2010) 35,2% em um estudo realizado em quinze UTI de hospitais públicos e privados de Minas Gerais - MG.

Em João Pessoa-PB, pesquisadoras do Grupo de Estudos e Pesquisa em Tratamento de Feridas (GEPEFE), ao realizarem um estudo com pacientes portadores de UPP nos setores de clínica médica, cirúrgica e unidade de terapia intensiva de um hospital universitário, verificaram que, dos quatorze pacientes que desenvolveram a lesão, sete estavam internados na UTI (ARAÚJO et al., 2010).

Lindohlm (2007) afirma que as úlceras por pressão estão entre o terceiro e o quarto problema de saúde mais dispendioso do mundo, sendo visto como um problema econômico para os serviços de saúde. Entretanto, pode ser alcançada redução significativa e melhoria na qualidade de vida dos portadores, com aprofundamento dos conhecimentos, criação de *guidelines* e o uso de métodos e processos próprios para prevenção. A autora refere ainda que uma comunidade na Suécia conseguiu reduzir as úlceras pela metade em apenas um ano, revertendo, assim, cada dólar aplicado na prevenção desse problema em dez dólares de ganhos em termos de saúde pública.

Corroborando, Rodrigues, Souza e Silva (2008) mencionam que a maioria das UPP pode ser evitável e que, em muitos países, pesquisas evidenciam que os custos com a prevenção são bem menores que aqueles dispensados ao tratamento. Todavia, esse é um grande desafio, pois, na prática, tem-se encontrado muitas barreiras que dificultam a resolução desse problema, tais como: a falta de uma linguagem comum em termo dos fatores de risco, entendimento diferenciado dos profissionais em relação a UPP, a falta de recursos materiais que possam melhorar a prática preventiva, além da sobrecarga de trabalho a qual vem sendo submetida aos profissionais, principalmente os de enfermagem, o que acaba dificultando a

execução de medidas simples e econômicas como o reposicionamento do paciente no leito em horários programados (LOURO; FERREIRA; PÓVOA, 2007; IRION, 2012).

Diante do risco que o paciente internado, especialmente em UTI, apresenta para o desenvolvimento de UPP, pesquisadores e profissionais de saúde vêm buscando desenvolver estratégias que levem a prevenção desse agravo e despertem nos profissionais a responsabilidade pela melhoria da qualidade do cuidado (WOCN, 2010).

Irion (2012) endossa, que além das questões éticas que envolvem a prevenção das úlceras, nos EUA, por exemplo, o Center For Medicare and Medicaid Services (CMS) não fornecerá mais pagamentos extras para o tratamento de UPP que ainda não estavam instaladas no momento da admissão hospitalar, ou seja, a instituição terá que arcar com todas as despesas ocasionadas pelo tratamento das lesões.

Nesse escopo, prevenir as UPP constitui-se um desafio para os profissionais de saúde e principalmente para a equipe de enfermagem, por ser esta que mantém um maior contato com o paciente e ser a principal responsável pela avaliação dos riscos aos quais o mesmo está exposto e pelo planejamento e implementação de medidas preventivas, bem como, juntamente com a equipe multiprofissional, estar envolvida na tomada de decisões sobre as medidas terapêuticas mais adequadas para o tratamento das UPP em diferentes estágios, considerando as condições clínicas do paciente.

Santos et al. (2007) endossam que a enfermagem vem assumindo um papel de suma importância no processo de cuidar das feridas, atuando na prevenção, tratamento, nas pesquisas clínicas e no desenvolvimento de novas alternativas para intervir junto ao paciente em risco ou com UPP instalada.

Esse contexto requer a busca contínua da enfermagem por conhecimentos, empenhando-se para manter-se atualizada acerca dessa problemática, bem como para diagnosticar os riscos e identificar alternativas que possam ser inseridas em distintas realidades, a fim de prevenir e tratar essas lesões, utilizando os avanços existentes, na perspectiva de reduzir a incidência das úlceras por pressão.

Com esse intuito, buscamos a inserção no Grupo de Estudo e Pesquisas no Tratamento de Feridas – GEPEFE/PPGENF/UFPB, cuja participação tem nos permitido aprofundar os conhecimentos sobre a complexa problemática que envolve a prevenção e o cuidar de pacientes portadores de feridas, em particular daqueles com feridas crônicas como as úlceras por pressão e ainda tem reafirmado a necessidade de, cada vez mais, pautar as ações de enfermagem em diagnósticos dos problemas de saúde em diferentes contextos, o que pode ser favorecido pelo desenvolvimento de investigações científicas.

Enfermeira há quinze anos, atuando em uma instituição pública hospitalar como assistencialista nos setores de clínica médica, cirúrgica e há dez anos na unidade de terapia intensiva e, convivendo com a ocorrência das UPP no dia-a-dia, senti a necessidade de realizar um estudo para avaliar a dimensão do desenvolvimento de UPP na nossa prática e também para subsidiar os cuidados prestados aos nossos pacientes.

Desse modo, junto com um grupo de enfermeiras da instituição foi realizado um levantamento preliminar através de uma busca retrospectiva nos prontuários dos pacientes internados no hospital, por um período de um ano. Neste, os achados revelaram-se peculiares a cada setor investigado. Na Unidade de Terapia Intensiva – UTI, por exemplo, foi verificada a prevalência de UPP de 17,1%, o que chamou atenção para a necessidade premente de se propor medidas para reduzir a ocorrência desse agravo, uma vez que esses números podem ser ainda maiores ao considerarmos a possibilidade de subnotificação dos registros.

Este levantamento preliminar, embora tenha desvelado informações significativas sobre a problemática na instituição e particularmente na UTI, em virtude de ser uma pesquisa retrospectiva na qual foram considerados os registros nos prontuários, não evidenciou informações relevantes obtidas, por exemplo, durante o exame físico, a avaliação metódica da pele, de lesões já instaladas e de outros fatores de riscos, que são resultantes do acompanhamento diário dos pacientes, as quais servem de subsídio para uma revisão nas condutas preventivas e de tratamento adotadas na instituição até o presente.

Frente ao exposto e ciente da responsabilidade enquanto gestora local da UTI, amparada nos *guidelines* que afirmam que o primeiro passo é conhecer a realidade de um problema para então agir e, ainda, ante a complexidade do problema das UPP para o paciente, familiares, profissionais de saúde e instituição, nos propomos a realizar essa investigação, buscando resposta para a seguinte questão: qual a incidência, a prevalência e os fatores associados a úlceras por pressão em unidade de terapia intensiva?

Assim, esperamos delinear um panorama das UPP em nossa realidade, fornecendo aos profissionais de saúde subsídios para fundamentar a solicitação de recursos tecnológicos para intervir nessa problemática com melhor resolutividade, aumentando a prevenção e consequentemente reduzindo os custos da instituição decorrentes do tratamento e da possível necessidade de maior tempo de internação hospitalar.

Esperamos, ainda, despertar a atenção dos profissionais e dos dirigentes da instituição para o problema, conscientizando-os da necessidade de capacitação profissional, implantação de medidas profiláticas para UPP e, principalmente, da prestação do cuidado integrado aos pacientes e aos seus familiares.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral:

Analisar a incidência, prevalência e fatores associados à úlceras por pressão em unidade de terapia intensiva.

2.2 Objetivos específicos:

- Identificar a incidência e prevalência de úlcera por pressão nos pacientes internados na unidade de terapia intensiva, de um hospital público de João Pessoa – PB;
- Verificar o risco para o desenvolvimento de UPP nos pacientes, através da Escala de Braden;
- Verificar a associação dos dados sociodemográficos e clínicos e dos fatores de risco com a presença de úlceras por pressão entre os pacientes da unidade de terapia intensiva.
- Analisar a associação dos escores de risco das subescalas de Braden com a ocorrência de úlcera por pressão;

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 ÚLCERA POR PRESSÃO (UPP) E VULNERABILIDADES DOS PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)

Úlcera por pressão é o nome conferido às feridas causadas por lesão de tecido em meio a superfícies de acomodação e proeminências ósseas (IRION, 2012). Ocorre quando a pressão intersticial supera a intracapilar, provocando uma redução do fluxo sanguíneo e, conseqüentemente, de oxigênio e nutrientes para as células, ocasionando morte celular (WADA; NETO; FERREIRA, 2010).

Percorrendo a literatura sobre a temática, é possível encontrar diferentes definições sobre essas lesões, mas todas remetem a definição da National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), considerada uma das mais aceitas, que a define como sendo uma área localizada de morte celular, que se desenvolve quando a pele e/ou tecido mole são comprimidos sobre uma proeminência óssea, como resultado de pressão ou de uma combinação de pressão com fricção e cisalhamento (NPUAP, 2009).

A ocorrência das UPP relacionada à vulnerabilidade dos pacientes internados em ambiente de cuidados intensivos compreende a gravidade do quadro clínico que, em geral, leva a frequente desnutrição, mobilidade reduzida e necessidade de muitos aparelhos conectados, que por sua vez diminuem a capacidade de tolerância da pele para a pressão e o cisalhamento, o que torna esses pacientes mais propensos ao risco de adquirir UPP do que aqueles de outras alas da mesma instituição (IRION, 2012).

A unidade de terapia intensiva é uma área hospitalar destinada ao paciente em estado crítico, que carece de cuidados altamente complexos e controles frequentes e rigorosos (GOMES, 2011). É um ambiente especializado, tanto em potencial humano quanto em equipamentos, que tem como função primordial a restauração da saúde e da vida mediante a combinação de cuidados médicos e de enfermagem no atendimento ao paciente gravemente enfermo (SILVA et al., 2009).

O paciente gravemente enfermo é aquele que apresenta instabilidade em um ou mais órgãos vitais, que ameaça apresentar alguma alteração hemodinâmica ou tem condições clínicas graves associadas à necessidade de terapias invasivas ou não de grande complexidade (CARDOSO; CALIRI; HASS, 2004). Para Fernandes e Torres (2008), a UTI se constitui no

local ideal para o tratamento de pacientes graves, embora seja também um dos ambientes mais hostis do hospital que, associado a outros fatores, tais como as condições desfavoráveis ao sono, submissão a procedimentos terapêuticos frequentes, ausência da família, longa permanência no leito, temor do agravamento do quadro e da morte, contribui para o surgimento de complicações como atrofias musculares e UPP.

Nesse escopo, Mattia et al. (2010) mencionam que as condições clínicas desfavoráveis expõem os pacientes a complicações, entre elas as úlceras por pressão, com repercussões na morbimortalidade. Moro et al. (2007) complementam avaliando que essas lesões representam uma das principais complicações que acometem pacientes críticos hospitalizados.

Fernandes e Caliri (2000) mencionam que os pacientes sob cuidados intensivos são mais susceptíveis ao desenvolvimento de UPP em decorrência da sedação, alteração do nível de consciência, uso de ventilação mecânica e drogas vasoativas, imobilidade prolongada e instabilidade hemodinâmica.

Os pacientes internados em unidade de terapia intensiva geralmente apresentam quadro clínico grave, o que pode desencadear a falência dos órgãos, que por sua vez ocasiona queda na pressão arterial e no débito cardíaco e conseqüentemente diminuição na perfusão da pele. Corroborando, o posicionamento insatisfatório no leito e o edema causam redução na capacidade de transportar os nutrientes até a pele e somando-se todos esses fatores aumentam as probabilidades de instalarem-se as lesões de pele (IRION, 2012).

Nesse contexto, as UPP configuram-se como uma alteração da integridade da pele e uma complicação significativa, que poderá surgir nos pacientes internados em ambientes críticos, como a UTI, principalmente pelas suas condições de restrição ao leito, apresentação de instabilidade hemodinâmica, limitação de movimentos em decorrência das patologias, caracterizando, assim, um elevado risco para a formação dessas lesões (MAIA; MONTEIRO, 2011).

Benéfico para o cliente gravemente enfermo, mas maléfico por apresentar diversas situações adversas, o ambiente de terapia intensiva eleva a incidência e prevalência das UPP a números maiores do que em outras alas do hospital (IRION, 2012).

3.1.1 Fatores de risco para úlcera por pressão

Todas as circunstâncias que expõem o paciente a longos intervalos de isquemia tecidual ocasionada por pressão e que diminuem a capacidade de restabelecimento do tecido

devem ser consideradas e avaliadas como fatores de risco para o desenvolvimento de úlceras por pressão (WADA; NETO; FERREIRA, 2010).

Os possíveis riscos para a ocorrência de UPP geralmente estão associados à imobilidade, falta de cognição/motivação para se movimentar no leito e outras situações que de forma isolada ou em combinação favorecem o aparecimento dessas lesões (IRION, 2012).

Braden e Bergstrom (1987) apontam a intensidade e a duração da pressão e a tolerância dos tecidos para suportarem essa pressão, como sendo os fatores mais críticos para o desenvolvimento de UPP. Descrevem ainda a presença de fatores internos/intrínsecos/primários e externos/extrínsecos/secundários como coadjuvantes nesse processo.

Os fatores intrínsecos são aqueles inerentes ao próprio indivíduo que envolvem condições sistêmicas e locais incluindo perda da sensibilidade e diminuição da força muscular ou mobilidade, incontinência fecal e urinária, alterações hematopoéticas, desnutrição protéica, tabagismo, comorbidades, perfusão tecidual inadequada e idade avançada. Os extrínsecos consistem na pressão, fricção e o cisalhamento, associado à umidade (SOUZA; SANTOS, 2007; MATTIA et al., 2010).

A pressão quando aplicada de forma contínua em uma determinada área corporal obstrui os vasos sanguíneos e progride para edema e oclusão de capilares e linfáticos. Quando os pacientes têm sensibilidade e movimentação preservadas, se movem aliviando a pressão, antes de esta causar uma lesão, mas, sem o reposicionamento, pode desencadear trombose de capilares e oclusão da rede venosa provocando um círculo vicioso de edema e oclusão (IRION, 2012).

A fricção é gerada quando duas superfícies são friccionadas. Seus efeitos podem ser agravados na presença da umidade e ocorre quando o paciente é arrastado ao invés de levantado no leito, removendo as camadas externas das células epiteliais (SILVA et al., 2011).

O cisalhamento geralmente ocorre nos indivíduos que se encontram sentados ou deitados com decúbito superior a 30 graus por longo intervalo de tempo. Atinge tecidos mais profundos que a fricção e distorce os vasos sanguíneos levando à isquemia no tecido lesado, por isso é um fator de maior risco (IRION, 2012).

3.1.2 Avaliação e estratificação do risco para úlcera por pressão

Os estudos mostram que os custos com o tratamento das UPP são muito elevados, restando como alternativa mais econômica a prevenção, que começa pela necessidade de se avaliar o risco que o paciente apresenta para desenvolver UPP, conhecer os fatores de risco aos quais está exposto e as medidas preventivas disponíveis na unidade, para então, implementar um plano de cuidados direcionado para a prevenção desse agravo.

A NPUAP (2009) recomenda que cada instituição estabeleça uma política de avaliação de risco que contemple uma abordagem estruturada nos itens: identificação dos setores mais críticos para o risco, determinação do tempo de avaliação e reavaliação de cada cliente, registro da avaliação e que todas as informações estejam acessíveis a todos os profissionais de saúde.

A abordagem estruturada para avaliação do risco deve contemplar o exame metucioso das condições da pele, o julgamento clínico do profissional, a inserção de uma escala preditiva e registro de todas as avaliações, devendo ser realizada logo na admissão do paciente, repetida regularmente e com a frequência exigida pelo quadro de saúde do indivíduo (NPUAP, 2009). Para Fernandes e Caliri (2008), avaliar o risco para UPP deve ser a primeira conduta adotada para prevenção.

Ainda buscando identificar os pacientes em risco para o desenvolvimento de UPP, deve-se considerar aqueles com pele seca, eritema não branqueável e outras alterações, como também os restritos ao leito e/ou confinados a cadeiras de rodas. (NPUAP, 2009).

Segundo Wocn (2010), a avaliação de risco deve ser realizada por ocasião da admissão do paciente no serviço e repetida em períodos regulares ou quando houver mudança significativa no estado geral do paciente. Para Moro et al. (2007) a avaliação deve ser realizada logo nas primeiras seis horas de admissão do paciente na unidade, sendo a reavaliação recomendada somente após as quarenta e oito horas seguintes. Já para Gomes et al. (2009), a primeira avaliação deve ocorrer entre doze e vinte e quatro horas após a admissão e a reavaliação a cada doze horas, enfatizando que deve ocorrer de forma holística.

Concordamos que a avaliação do risco para o desenvolvimento de UPP deve ocorrer por ocasião da admissão, logo após estabilização do quadro clínico, planejando-se as intervenções pertinentes o quanto antes, a fim de prevenir o aparecimento das lesões.

Mesmo havendo divergências entre os autores quanto ao melhor momento para realizar a avaliação do risco para UPP, todos concordam com sua realização para auxiliar na implementação das medidas profiláticas cabíveis. Corroborando, Silva et al. (2011) mencionam que nos estudos em que a avaliação do risco foi inserida de maneira formal e os

níveis de risco obtidos foram remetidos aos protocolos de prevenção, a incidência de UPP reduziu em 60%, acompanhado da redução da gravidade e dos custos pelo cuidado.

Além da avaliação do risco e considerando as implicações éticas e legais que envolvem a problemática das UPP é de extrema importância a efetivação dos registros da presença dessas lesões, seus estágios e características durante a admissão do paciente (BRANDÃO; SANTOS; SANTOS, 2011).

3.1.3 Instrumentos para estratificação do risco

Ao percorrer os livros e artigos de pesquisas é possível encontrar vários instrumentos que podem ser usados para auxiliar o profissional a mensurar o risco apresentado pelo paciente para o desenvolvimento de UPP. No entanto, sabe-se que o instrumento a ser utilizado em um determinado grupo de pacientes deve ser compatível com sua realidade e ter sua sensibilidade e especificidade amplamente testada, comprovando sua eficácia e a facilidade de aplicação pelos profissionais que irão utilizá-lo (ROCHA; BARROS, 2007).

Brandão, Santos e Santos (2011) acrescentam que o instrumento a ser utilizado para mensuração do risco para o desenvolvimento de UPP deve ser escolhido pelo enfermeiro responsável pelo serviço, o qual deve procurar aquele que seja mais adequado à realidade do setor e ao perfil dos pacientes atendidos.

Para Falci e Cruz (2008), a utilização de escalas preditivas de risco acrescenta a acuidade e efetividade da intervenção do enfermeiro e deve ser o primeiro requisito a ser inserido nos manuais de práticas clínicas ou protocolos de prevenção.

A utilização das escalas para predizer o risco para UPP, associada à história clínica e social do paciente, pode favorecer o enfermeiro e os demais membros da equipe multidisciplinar no planejamento das ações de cuidado (AGUIAR, 2011).

Nesse sentido, as escalas de Braden, Norton, Gosnell e Wartelow são as mais conhecidas e aplicadas nas pesquisas, sendo a de Braden a mais usada, uma vez que possui a melhor definição funcional e evidenciou ter maior sensibilidade e especificidade em relação às demais, além de ser indicada para uso em adultos mais velhos, implicados clinicamente e cognitivamente, o que se assemelha ao perfil dos pacientes internados em UTI (SERPA, 2006; AYELLO, 2007; GOMES et al., 2010).

Nesse contexto, Gomes et al. (2009), ao realizarem uma pesquisa bibliográfica nas publicações de 1996 a 2007, evidenciaram que a Escala de Braden se constitui no instrumento de escolha para avaliação do paciente quanto ao risco para o desenvolvimento de UPP por ser de fácil aplicação, largamente pesquisada e conhecida pelos profissionais de saúde.

Em um estudo de caso realizado no Paraná por Ito et al. (2004), utilizando a Escala de Braden para mensurar o risco de UPP quando empregaram um Protocolo de Monitorização do paciente grave, obtiveram apenas um episódio de início da lesão, demonstrando que o protocolo foi efetivo para reduzir a incidência de UPP nos pacientes internados em unidade de cuidados críticos.

No Texas (EUA), em um estudo de coorte realizado por Fife et al. (2001), foram abordados os fatores de risco para o desenvolvimento de UPP utilizando a escala de Braden como um preditor desse risco em pacientes gravemente enfermos, provando que esse instrumento é um preditor preliminar do risco para a formação de UPP nessa população, principalmente naqueles com baixo peso.

Para Fernandes e Torres (2008) a Escala de Braden aparece como um instrumento eficaz para auxiliar o enfermeiro nas intervenções profiláticas, de acordo com o risco individual de cada cliente.

A Escala de Braden foi criada por Bergstrom et al. (1987) e validada no Brasil por Paranhos e Santos (1999), sendo adaptada e testada sua validade de predição em 34 pacientes de uma unidade de terapia intensiva. A escala foi confeccionada para direcionar os procedimentos de enfermagem voltados para prevenção das UPP e conseqüentemente reduzir sua incidência. Sua construção teve como embasamento a fisiopatologia da lesão, considerando itens determinantes para o seu desenvolvimento, tais como: intensidade e duração da pressão sobre os tecidos e tolerância da pele e das estruturas adjacentes para suportá-la. No Brasil, é a mais utilizada por enfermeiros para mensuração do risco de UPP (SILVA et al., 2011).

No total, a escala contém seis parâmetros ou subescalas. Três estão relacionados a determinantes clínicos de exposição à pressão, tais como atividade, mobilidade e percepção sensorial, entendidos como: capacidade em mudar, manter ou sustentar determinadas posições corporais; habilidade em remover qualquer pressão em áreas da pele/corpo, promovendo a circulação; e nível de consciência que reflete a capacidade do indivíduo em perceber estímulos dolorosos ou desconforto e reagir efetuando mudanças de posição ou solicitando auxílio para realizá-las (ANSELMÍ; PREDUZZI; JÚNIOR, 2009). Os outros três parâmetros avaliam a tolerância do tecido à pressão – umidade, nutrição, fricção e cisalhamento,

entendidos como: grau de umidade ao qual a pele está exposta, padrão usual de alimentação e a forma como o paciente é movido ou reposicionado no leito (GOMES; MAGALHÃES, 2008).

3.1.4 Avaliação das úlceras por pressão

A avaliação das úlceras por pressão abrange julgamento clínico, histórico do paciente e observação direta do profissional que, somado a outros instrumentos e técnicas consegue agrupar informações sobre a localização anatômica; tempo de evolução; o dimensionamento quanto ao diâmetro e profundidade; características do leito da ferida, tais como, presença de tecido de granulação ou necrótico, fístulas, túneis e sinais inflamatórios; aspecto do exsudado; odor; aparência da pele vizinha e classificação quanto ao nível de comprometimento dos tecidos (estágio, grau, categoria) (IRION, 2012).

A avaliação inicial deve ocorrer de forma holística, para fornecer subsídios para desenhar o tratamento e avaliar os resultados, além de favorecer a comunicação entre os profissionais envolvidos (AHCPR, 1992).

Segundo Costa (2010), pode-se conseguir redução da incidência de UPP se o paciente for avaliado quanto ao risco já na admissão e se houver continuidade nas avaliações subsequentes.

Para uma ação ou intervenção adequada, a reavaliação deve ocorrer no mínimo uma vez por semana. Tudo deve ser registrado. Deve-se efetuar o registro fotográfico colorido para auxiliar na monitorização da resposta da lesão ao tratamento, desde que o paciente autorize (WOCN, 2010).

Quanto à localização anatômica das UPP, as pesquisas relatam que as áreas mais atingidas são a região sacral, trocanter e calcâneo, por serem áreas de proeminências ósseas que mais se expõem ao efeito da pressão, fricção e cisalhamento, fatores preponderantes na formação das lesões (MATOS; DUARTE; MINETO, 2010; IRON, 2012).

Para mensurar o tamanho da ferida, Silva et al. (2011) recomendam que as medidas sejam tomadas pelo mesmo avaliador, usando as mesmas técnicas e instrumentos, conservando o paciente sempre na mesma posição, para evitar erros na coleta das informações. Complementando, Irion (2012) afirma que o tamanho da ferida geralmente sofre pouca alteração enquanto permanece com infecção.

Na perspectiva de vários instrumentos, tais como, réguas, papel milimetrado, swab ou sonda estéril e aplicador com ponta de algodão (colocada verticalmente no ponto mais profundo da lesão) e técnicas que podem ser empregadas para mensurar a ferida, destaca-se a utilização da base do relógio onde a “direção cefálica no tronco e a direção proximal em um membro como 12:00 h e a direção caudal no tronco ou direção distal em um membro como 6:00 h” (IRION, 2012 p. 117). Assim, o comprimento refere-se ao espaço compreendido entre 12 e 06 horas e a largura de 09 para 03 horas. Outro método descrito na literatura consiste na mensuração do maior comprimento e largura sem ter relação com a forma da ferida. Qualquer que seja a técnica utilizada multiplica-se o comprimento pela largura para dimensionar o diâmetro da úlcera e o resultado está passível de erros de maior ou menor proporção dependendo do formato da ferida (IRION, 2012).

De acordo com os danos observados e considerando as estruturas atingidas, existem vários métodos para classificar as úlceras por pressão, porém o mais utilizado é o proposto pela American National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) e European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) que, em sua última atualização, apresentam uma sugestão para substituição dos termos usados até então (estágio, grau) que, segundo os especialistas, tais palavras sugerem uma hierarquia, podendo indicar uma progressão ou cura de I a IV ou de IV a I, quando nem sempre é o caso. Assim, as duas organizações chegaram a um consenso que deveriam usar um termo neutro para classificar as UPP e indicaram a palavra “categoria”. Porém, enfatizam que não está errado usar os termos anteriores, ficando a cargo dos profissionais escolherem o que mais se aproxime da sua realidade. Nessa atualização também adicionaram mais duas categorias à sua classificação, ficando assim estabelecidas: categoria I, II, III, IV, suspeita de lesão tissular profunda e úlcera “não estádiável” (EPUAP; NPUAP, 2009).

Categoria I: pele intacta, apresentando hiperemia de uma determinada área que não embranquece após remoção da pressão, geralmente sobre proeminência óssea. Em pessoas de pele escura pode ser de difícil detecção pela dificuldade em notar o embranquecimento. O local atingido geralmente é doloroso, endurecido ou amolecido, mais quente ou mais frio quando comparado com os tecidos vizinhos (NPUAP, 2009).

Categoria II: lesão que envolve perda parcial da epiderme, derme ou ambas. Apresenta-se como úlcera superficial com o leito de coloração rosada, sem esfacelo. Sua aparência é de

uma bolha contendo exsudado seroso, que pode estar intacta ou rompida. Quando apresenta esfacelo ou arroxamento do tecido sugerirá lesão tissular profunda (NPUAP, 2009).

Categoria III: caracterizada pela perda de pele na sua espessura total, envolvendo danos ou necrose do tecido subcutâneo. Podendo apresentar-se profunda dependendo de sua localização anatômica, mas sem acometer músculos, tendões ou ossos. Pode ter a presença de esfacelo, mas sem atrapalhar a identificação da profundidade da perda tecidual. É possível conter descolamentos e túneis (NPUAP, 2009).

Categoria IV: perda da pele na sua espessura total com destruição extensa, danificando músculos, ossos, ou outras estruturas de suporte como tendões ou articulações. Pode apresentar esfacelo ou escara em algumas partes do leito da ferida. Frequentemente, inclui descolamento e túneis. Sua profundidade também varia conforme a região do corpo afetada. A exibição de osso ou tendão é aparente ou palpável (NPUAP, 2009).

Para as lesões que não se enquadram nessas categorias, temos a suspeita de lesão tissular profunda e as úlceras por pressão que não podem ser classificadas (não mensuráveis). A primeira caracteriza-se pela identificação de uma área localizada de pele íntegra, de coloração púrpura ou castanha ou bolha sanguinolenta, ocasionado por dano no tecido mole, decorrente de pressão e ou cisalhamento. O local geralmente é precedido por um tecido dolorido, endurecido ou amolecido, esponjoso e que se apresenta com temperatura diferenciada comparativamente ao tecido adjacente. Em indivíduos de pele escura este tipo de lesão se torna de difícil identificação. Sua evolução pode incluir uma bolha fina sobre o leito escuro da ferida e ficar coberta por uma escara fina. Corre o risco de evoluir rapidamente com exposição de camadas de tecidos adicionais mesmo com tratamento adequado (NPUAP, 2009).

As úlceras que não podem ser classificadas são caracterizadas pela perda total de tecido, com a base coberta por crosta nas cores amarela, marrom, cinza, esverdeada ou castanha, ou por escara que se apresenta marrom, castanha ou negra. Sua classificação só ocorrerá após realização do desbridamento, o que expõe a base da lesão, possibilitando a identificação da profundidade do dano tecidual. Quando se apresenta como escara estável (seca, aderente, intacta, sem eritema ou flutuação) nos calcâneos, funciona como uma “cobertura biológica do corpo”, não devendo ser removida (NPUAP, 2009). Após a classificação da categoria da úlcera, esta é mantida até sua cicatrização, ou seja, não reduz mesmo com a regressão da profundidade da lesão. Cicatriza por segunda intenção à medida

que vai sendo recoberta por tecido de granulação e sua avaliação deve ser feita pela mensuração de sua dimensão (GOMES; MAGALHÃES, 2008).

3.2 ESTRATÉGIAS PREVENTIVAS PARA ÚLCERA POR PRESSÃO

Medidas preventivas são estratégias adotadas no presente visando resultados futuros, guiando diagnósticos e ações para a condução da assistência e a melhoria da qualidade de vida (RODRIGUES; SOUZA; SILVA, 2008). Analisando a fisiopatologia das UPP, os autores referem que a prevenção é a melhor maneira de cuidar (FALCI; CRUZ, 2008; FERNANDES; CALIRI; HAAS, 2008).

A comunidade internacional composta pela American National Pressure Ulcer Advisory Panel e European Pressure Ulcer Advisory Panel, após ampla discussão, organizou em 2009 uma atualização das diretrizes baseadas em evidências clínicas e consensos de especialistas para manejo da prevenção e tratamento das UPP, para serem aplicadas por todos os profissionais de saúde aos pacientes e/ou pessoas vulneráveis ao risco de desenvolver úlcera por pressão, estando em hospital, instituição de longa permanência ou qualquer outro ambiente de cuidado, independente do seu diagnóstico clínico (EPUAP; NPUAP, 2009).

Considerando que as úlceras por pressão são complicações desagradáveis que afetam os pacientes e familiares e que, segundo Rocha, Miranda e Andrade (2006), a adoção de medidas preventivas, além de instituírem uma abordagem eficaz, reduz significativamente o risco de seu desenvolvimento, recomenda-se seguir as diretrizes da EPUAP e NPUAP, que baseada em evidências clínicas e no consenso de especialistas, norteia a condução para o manejo da prevenção e tratamento das UPP, destacando as principais estratégias:

Avaliação da pele – a NPUAP (2009) recomenda que toda instituição deve incluir em sua avaliação de risco uma abordagem estruturada para examinar a pele que contemple: capacitação profissional para identificar o não branqueamento, calor local, endurecimento ou amolecimento; orientar o paciente para mencionar áreas de desconforto ou dor que possam ser associadas aos efeitos da pressão sofrida pelos tecidos; e ainda cuidados específicos para a pele, tais como, não posicionar sobre local já hiperemiado, não massagear nem esfregar áreas que se encontram sob risco de UPP, hidratar e proteger da umidade excessiva. Toda avaliação

da pele deve ser contínua e documentada para monitorar a evolução do paciente e para a comunicação entre os profissionais.

A vigilância da pele deve ser diária, principalmente focada nas proeminências ósseas e outras regiões corporais expostas à pressão de dispositivos médicos como as sondas, máscaras e cateteres (CUERVO, 2008).

Nutrição para prevenção das úlceras por pressão – uma vez que a desnutrição é um fator de risco para UPP, todos os indivíduos em risco devem ter seu estado nutricional avaliado para que as intervenções possam ser antecipadas ao desenvolvimento do agravo. A recomendação é usar um instrumento válido, confiável e prático para a triagem nutricional que seja de fácil utilização pelo profissional de saúde (NPUAP, 2009).

Os identificados com risco nutricional e para UPP devem ser encaminhados para uma nutricionista e, se necessário, para uma equipe nutricional multidisciplinar; receber suporte nutricional através de suplementos ricos em proteínas, administrados nos intervalos regulares das refeições para não diminuir o aporte alimentar já instituído; ingerir no mínimo de 30 a 35 calorias por quilo de peso ao dia, e de 1,25 a 1,50 gramas de proteína por quilo dia (NPUAP, 2009).

Recomendações para o reposicionamento no leito – as medidas de prevenção à úlcera por pressão são relativamente simples e pouco dispendiosas. A medida básica mais importante é a mudança periódica de posicionamento do paciente. O alívio da pressão sobre uma proeminência óssea por 5 minutos a cada 2 horas permite a adequada recuperação do tecido à agressão isquêmica e evita, muitas vezes, a formação da lesão. É importante na mudança posicional do paciente evitar movimentos que causem fricção ou cisalhamento da pele (WADA; NETO; FERREIRA, 2010).

Com nível de evidência (A) o reposicionamento no leito deve ser considerado para todos os pacientes sob risco de UPP, a fim de reduzir a duração e a magnitude da pressão sobre áreas susceptíveis do corpo (NPUAP, 2009).

É extremamente importante reduzir o tempo e a quantidade da pressão exercida sobre determinada área mais vulnerável, uma vez que para ocorrer o dano tecidual tanto faz altas pressões por um período curto de tempo ou baixas pressões por um longo período de tempo (NPUAP, 2009). Assim, o painel de especialistas americanas recomenda que antes de determinar os intervalos para mudar o decúbito, deve-se avaliar as condições clínicas do paciente e objetivos do tratamento, superfície de suporte que está sendo usada, a tolerância

dos tecidos, a capacidade de movimentar-se no leito, e ainda as características da pele e o conforto geral do indivíduo.

Para realização da técnica de reposicionamento obedeça aos seguintes itens: coloque o paciente em uma posição que alivie ou redistribua a pressão; nunca exponha a pele à pressão e a forças de cisalhamento, portanto, não arraste, suspenda o indivíduo enquanto o reposiciona; evite posicionar sobre proeminências ósseas, áreas não branqueáveis e sobre dispositivos médicos (sondas, drenos); utilize 30 graus para as posições de semi-fowler, pronação e lateralização direita e esquerda (NPUAP, 2009).

Enfim, selecione uma postura que seja confortável e aceitável pelo paciente, minimizando as pressões e o cisalhamento exercidos sobre a pele e tecidos moles e registre o plano estabelecido para o reposicionamento no leito, principalmente a frequência, a posição adotada, impedimentos, quando houver, e faça uma avaliação dos resultados desse plano (NPUAP, 2009).

Forneça capacitação sobre os equipamentos disponíveis na unidade e a utilização das técnicas de reposicionamento para prevenção de UPP, para os profissionais envolvidos no cuidado e se possível ao próprio paciente e cuidador (NPUAP, 2009).

Superfície de apoio – nessa perspectiva, a indústria tem produzido muitos equipamentos e materiais que podem ser considerados redutores ou dispositivos de alívio que redistribuem a pressão sofrida pelos tecidos para outras áreas com maior tolerância para suportá-la, proporcionando redução da pressão nas áreas de maior risco para serem lesionadas (ASSOCIAÇÃO AMIGOS DA GRANDE IDADE, 2012). Devem ser utilizados de acordo com as necessidades individuais de cada paciente e proporcionar uma pressão de interface de 26 a 32 mmHg (IRION, 2012).

Os profissionais de saúde precisam conhecer as superfícies de apoio que tem disponíveis no seu serviço, estarem aptos a utilizar e realizar a manutenção, a fim de obter sucesso na sua aplicação e durabilidade dos equipamentos (ASSOCIAÇÃO AMIGOS DA GRANDE IDADE, 2012).

A NPUAP (2009) menciona que para se escolher uma superfície de apoio adequada deve-se considerar o grau de mobilidade do paciente na cama, seu conforto, o local e as condições de prestação dos cuidados, verificando-se ainda se a superfície de suporte é compatível com o ambiente de tratamento.

Recomenda ainda que se deve verificar o tempo de vida útil das superfícies de apoio, dar preferência às espumas altamente específicas, usar dispositivos de proteção nos calcâneos

que os mantenham elevados do leito, mas sem colocar pressão sobre o tendão de Aquiles, não usar colchões ou sobreposições de pressão alternantes com células pequenas e dar uma atenção especial aos lesados medulares (NPUAP, 2009). Segue a descrição de alguns produtos encontrados no mercado para prevenção das UPP tanto no ambiente hospitalar quanto domiciliar:

Substitutos de colchões – projetados para se ajustar na estrutura da cama padronizada, substituindo o colchão tradicional. Podem ser de ar, espuma, gel ou água. Quando de espuma (que são os mais comuns) devem ter uma densidade maior do que $28,8 \text{ kg/m}^3$ retardando a deformação demasiada e a fadiga prematura da espuma. Atualmente o mercado dispõe de colchões com compressão alternante, com baixa perda de ar, e com características associadas (IRION, 2012). A indicação da AHCPR (1992) é usar as superfícies de acomodação dinâmicas para aqueles pacientes que não conseguem adotar mudança na posição do corpo, e as estáticas quando o paciente adota diversas posições.

Travesseiros/Almofadas/Rolos – o uso desses dispositivos alivia a pressão em saliências ósseas tais como calcânhares, maléolos e joelhos e ainda auxiliam no reposicionamento do paciente no leito (CÂNDIDO, 2010).

Nesse contexto preventivo das UPP, algumas coberturas são descritas na literatura como coadjuvantes nesse processo, destacando-se: **hidrocoloide** – sua camada externa é composta de filme ou espuma de poliuretano, impermeável a água e micro-organismos; a parte interna é a base de gelatina, pectina e carboximetilcelulose. Indicado para prevenção de áreas consideradas de maior risco e também para o tratamento das UPP que apresentam determinadas características clínicas (SILVA et al., 2011).

Membrana ou filme transparente/semipermeável – composto de poliuretano, transparente, impermeável a fluidos e micro-organismos e adesiva à pele seca. Indicado para prevenção de UPP de categoria I, para fixar e proteger os cateteres vasculares de contaminações, proteção da pele vizinha das feridas com exsudato e como coberturas de incisões íntegras (SILVA et al., 2011). Uma pesquisa clínica realizada por Souza (2010) analisou a efetividade do filme transparente de poliuretano para prevenção de UPP em calcâneos e verificou uma incidência significativamente inferior no grupo que sofreu a intervenção.

Os dispositivos são utilizados no auxílio à prevenção e como complemento fundamental do tratamento, mas não substituem a necessidade de reposicionamentos regulares

e adequados ao paciente (ROCHA; MIRANDA; ANDRADE, 2006). Algumas medidas simples e economicamente viáveis podem ser utilizadas tanto em ambientes hospitalares quanto domiciliares, como por exemplo, manter a pele limpa, sem umidade e hidratada com óleos naturais, utilizar fraldas absorventes e controlar o excesso de pressão sobre as proeminências ósseas protegendo-as com os aliviadores/redutores de pressão que redistribuem o peso corporal e reduzem a pressão (LISE; SILVA, 2007).

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa. Segundo Moreira e Caleffe (2006), a pesquisa descritiva tem seu valor fundamentado na premissa de que os problemas podem ser resolvidos e as práticas melhoradas através da observação objetiva e detalhada da análise e da descrição.

4.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi desenvolvida em uma UTI de um hospital público de João Pessoa-PB, de porte médio, que se destina ao atendimento geral da população de João Pessoa e demais municípios do Estado paraibano. A UTI apresenta sete leitos e recebe pacientes clínicos e cirúrgicos procedentes do próprio hospital ou encaminhados pelo sistema de regulação estadual.

Em relação aos recursos humanos da unidade, esta possui 10 médicos plantonistas e 01 coordenador, 06 enfermeiros plantonistas e 01 coordenador, 30 técnicos de enfermagem, 01 fisioterapeuta e 01 fonoaudiólogo por plantão. Nutricionistas, psicólogos e assistentes sociais realizam visitas diárias na unidade.

A assistência de enfermagem é pautada na S.A.E. (Sistematização da Assistência de Enfermagem) baseada na teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta. Para coleta e registro das informações é utilizado um impresso elaborado na forma de checklist, que é preenchido pelo enfermeiro, responsável em realizar todas as fases do processo assistencial, cabendo aos técnicos de enfermagem executar os cuidados prescritos e registrar no impresso. No checklist contém uma cópia resumida da Escala de Braden, para o enfermeiro avaliar o risco para o desenvolvimento de UPP e um quadro para registro das UPP, descrevendo sua localização e estágio de evolução, quando a lesão estiver presente.

Ressalta-se na instituição a presença da Comissão de Pele, que atua em todas as unidades. É composta por três enfermeiras e três técnicas de enfermagem. Na UTI, fica uma

enfermeira e uma técnica de enfermagem que, de segunda a sexta feira, realizam as intervenções de prevenção e tratamento que necessitem de materiais específicos, como aplicação de filmes de poliuretano, placas de hidrocoloides e espumas em áreas de proeminências, e realizam os curativos das UPP ou outros procedimentos mais complexos (curativos infectados ou com deiscência) pela manhã, geralmente por ocasião do banho no leito, momento propício para identificação de áreas lesionadas ou em risco. As condutas adotadas e os resultados são compartilhados com os demais membros da equipe de saúde.

Considerando a gravidade dos pacientes internados em ambiente de terapia intensiva e os fatores de risco aos quais estão expostos e, partindo do entendimento que as UPP são complicações desagradáveis que podem favorecer outros agravos e que a prevenção é o recurso mais econômico, considera-se extremamente importante investir na perspectiva da prevenção dessas lesões de pele. Assim, tem sido focada pela gestão a sensibilização dos profissionais para a problemática, sendo realizadas nos últimos seis meses duas oficinas sobre a problemática, no auditório da instituição hospitalar.

Concernente às rotinas adotadas na unidade para prevenção das UPP, estas geralmente envolvem procedimentos simples que ficam sob a responsabilidade da equipe de enfermagem e compreende medidas tais como, reposicionamento no leito em horários programados e de acordo com as condições clínicas do paciente, suspendendo-o com apoio de uma travessa para não arrastá-lo; hidratação da pele com hidratantes comuns e óleos (Ácidos Graxos Essenciais); proteção da pele com o uso de fraldas absorventes e creme barreira; manutenção da pele higienizada e seca e dos lençóis limpos e esticados.

Atualmente dispomos de uma variedade de produtos indicados para aplicação nas lesões que se desenvolvem na UTI ou que, durante a admissão, já se encontram instaladas. Porém a mais recente e talvez importante estratégia para prevenção das UPP foi a aquisição de colchões pneumáticos (ar dinâmico) para todos os leitos, tendo sido colocados em uso no mês de julho de 2012.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do estudo foi constituída por todos os pacientes internados na UTI da referida instituição, no período de julho a outubro de 2012. Para cálculo do tamanho da amostra tomou-se como base os três meses anteriores à coleta de dados. Assim, nos meses de

abril, maio e junho de 2012 deram entrada na UTI do hospital 89 pacientes. Do levantamento preliminar retrospectivo acerca da prevalência de UPP na referida unidade identificou-se a prevalência de 17,1% (OLIVEIRA et al., 2011).

Portanto, considerou-se um universo de 89 pacientes com uma proporção de 17,1% de um indivíduo desse universo desenvolver UPP, um erro amostral máximo de 8% e um nível de significância para testes estatísticos de 5%. Assim, com base nessas informações, o cálculo do tamanho da amostra (n) pode ser obtido através da seguinte forma (CAMPBELL; STANLEY, 1979):

$$n \geq \frac{Np(1 - p)}{(N - 1) \left(\frac{\text{Erro}}{z_{\alpha/2}} \right)^2 + p(1 - p)}$$

Em que:

n : é o tamanho mínimo da amostra que deverá ser selecionada;

N : é o tamanho da população;

p : é a proporção, dentro da população, de uma variável-chave do estudo. No caso desse estudo, p é a proporção de ocorrência de pacientes no mês de Maio/2012;

Erro: é o erro máximo admissível que o pesquisador está disposto a assumir para os resultados que serão extraídos a partir da amostra.

$z_{\alpha/2}$: é o percentil de nível $\alpha/2$ de uma Distribuição Normal.

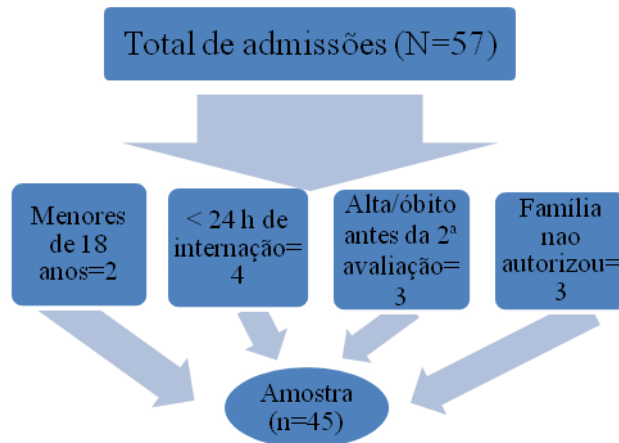
Assim, o cálculo para o tamanho mínimo da amostra resultou em:

$$n \geq \frac{89 \times 0,171 \times 0,829}{(88) \left(\frac{0,07}{1,96} \right)^2 + 0,171 \times 0,829} \geq 44$$

Definido o tamanho da amostra, foram eleitos os seguintes critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 18 anos, permanecer internado na unidade por um período mínimo de vinte e quatro horas, ser submetido no mínimo a duas avaliações e consentir a participação na pesquisa ou tê-la autorizada pelo seu responsável legal, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice II).

Desse modo, durante o período de coleta de dados foram admitidos na UTI 57 pacientes, originando uma amostra de 45 participantes que atendiam aos critérios de inclusão, conforme descrição da Figura 1:

Figura 1- Fluxograma de seleção amostral.



Fonte: Pesquisa direta. João Pessoa – PB, 2013.

4.4 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para o alcance dos objetivos traçados, a coleta de dados foi realizada utilizando-se instrumentos e procedimentos pertinentes a cada momento da pesquisa. Com a finalidade de facilitar a compreensão, apresentam-se abaixo as fases de execução e os respectivos instrumentos e procedimentos adotados em cada uma delas.

4.4.1 Primeira fase: avaliação inicial

Para coleta de dados nesta fase da pesquisa foram utilizados dois instrumentos, um formulário e uma escala preditiva de risco para UPP. O formulário foi estruturado em três partes: a primeira destinada ao registro dos dados sociodemográficos do paciente; a segunda, aos dados clínicos relevantes para o desenvolvimento de úlceras por pressão e a terceira, contemplando o exame físico e avaliação das condições da pele (Apêndice III).

Para verificar o risco de desenvolvimento de UPP optou-se pela Escala de Braden, instrumento construído por Bergstrom et al. (1987) e validada no Brasil por Paranhos e Santos (1999) (Anexo III). Embora não tenha sido criada especificamente para uso em pacientes gravemente enfermos tem sido muito utilizada por enfermeiros e pesquisadores, por apresentar maior especificidade e sensibilidade nessa população. (PARANHOS; SANTOS, 1999). Segundo Fernandes e Caliri (2008), é um instrumento que pode ser usado pelo enfermeiro para estimar o risco ao qual cada paciente está exposto, auxiliando na implementação das medidas preventivas indicadas para cada caso.

A escala fornece seis parâmetros ou subescalas para avaliação do risco de UPP, tais como: 1- percepção sensorial; 2- umidade; 3- atividade; 4- mobilidade; 5- nutrição; 6- fricção e cisalhamento. Cada subescala descreve as características do que está sendo avaliado e recebe uma pontuação que varia de 1 a 4 pontos nas primeiras cinco subescalas e de 1 a 3 na sexta. Somando todos os pontos tem-se um escore mínimo de 6 e máximo de 23 pontos. Aquele que obtiver um escore menor ou igual a 9 pontos indica que tem um risco muito alto para o desenvolvimento da lesão, de 10 a 12 alto risco, de 13 a 14 risco moderado, de 15 a 18 em risco e os pacientes que apresentem um valor maior ou igual a 19 pontos, são considerados sem risco para UPP (BRADEN; BERGSTROM, 1987).

Inicialmente os estudos realizados para validação da Escala de Braden consideraram a pontuação 16 para risco de UPP em adultos e idosos (BERGSTROM et al., 1987). Posteriormente, as mesmas autoras realizaram outros estudos com pacientes idosos, em condições clínicas naturalmente instáveis ou com autocuidado prejudicado e sugeriram a pontuação 18 como ponto de corte para classificar o risco (BERGSTROM et al., 1998). Nesse estudo não foi determinado ponto de corte como critério de inclusão para a pesquisa, tendo em vista tratar-se de pacientes críticos, na maioria idosos e restritos ao leito.

Quando os pacientes completavam 24 horas de internação na unidade e atendiam aos critérios de inclusão estabelecidos eram inseridos na pesquisa e submetidos à avaliação inicial, realizada pela pesquisadora e por uma acadêmica de enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), através da anamnese e exame físico, inspeção meticulosa das condições da pele e verificação do risco de UPP através da aplicação da Escala de Braden,

sendo registradas as informações nos instrumentos descritos anteriormente. Dados adicionais relacionados às condições clínicas e outros fatores de risco pertinentes para o objeto de estudo foram obtidos através dos registros nos prontuários e por informações colhidas diretamente com o paciente e/ou familiares.

Para a realização do exame físico foram considerados os sistemas neurológico, cardiovascular, respiratório, gastrointestinal, termorregulador, urinário e tegumentar.

O exame da pele foi realizado no momento do banho no leito para reduzir as manipulações, sempre com a colaboração da equipe de enfermagem para reposicionar o paciente de um lado para o outro, para que pudesse ser avaliado bilateralmente quanto à integridade e características da pele e a presença de dispositivos para alívio da pressão.

Quando detectada UPP nesta primeira avaliação, momento que já fazia no mínimo vinte e quatro horas de admissão do paciente na unidade, o prontuário era observado para verificar no impresso da S.A.E. e também no livro de registro, se o paciente já apresentava a lesão no momento da admissão ou se esta já poderia ter sido desenvolvida nestas primeiras vinte e quatro horas de internação na UTI. Em seguida as lesões eram avaliadas quanto ao estágio de evolução, dimensões e características, registrando-se as informações no instrumento pertinente (Apêndice III).

Registrou-se também o peso e a altura do paciente, sendo considerada a informação prestada pelo paciente ou familiar, haja vista que a unidade não tinha cama com balança e a dificuldade imposta pelo quadro clínico da maioria dos pacientes para ficar em pé sobre uma balança convencional. Para classificação do cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) foram considerados os índices propostos pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2000), descritos a seguir:

Quadro 1 – Classificação do Índice de Massa Corporal de acordo com a Organização Mundial de Saúde (2000).

IMC	CLASSIFICAÇÃO
< 18,5	Baixo peso
18,5 – 24,99	Normal
25 – 29,99	Sobrepeso
≥ 30 – 34,99	Obesidade

Quanto à determinação do risco de UPP apresentado pelo paciente, este era avaliado em cada domínio da Escala de Braden, somando-se os pontos e obtendo-se o risco total.

4.4.2 Segunda Fase: acompanhamento da evolução dos pacientes

Esta fase da coleta de dados ocorreu após 72 horas da avaliação inicial de cada paciente, sendo o procedimento repetido no mesmo intervalo de tempo até o desfecho final de óbito, transferência ou alta da unidade. Assim, a cada 72 horas era realizada a avaliação das condições clínicas e da pele, investigada a presença de outros fatores relevantes para o desenvolvimento das lesões e reaplicada a Escala de Braden para averiguar se havia ocorrido alteração no escore de risco para UPP, conforme preconiza WOCN (2010), quando menciona que a avaliação de risco deve ser realizada por ocasião da admissão do paciente no serviço e repetida em períodos regulares ou quando houver mudança significativa no estado geral do paciente.

Essas avaliações ocorriam no período matutino, por ocasião do banho no leito e das intervenções da Comissão de Pele do Hospital e todas as informações colhidas eram registradas no Apêndice IV.

Nesse momento da pesquisa foram utilizados 2 instrumentos: um composto de 4 partes: 1 - Escores de riscos para UPP, na qual se registrava o risco para cada subescala da Escala de Braden; 2 - Exames laboratoriais que se relacionam com o desenvolvimento de UPP; 3 - Outros fatores de risco relevantes para a formação das UPP; 4 - Condições de pele. E o segundo instrumento se destinava ao exame clínico das úlceras por pressão que se desenvolviam após admissão na unidade (Anexo I).

Para facilitar o registro dos fatores de risco relevantes para a formação das UPP no instrumento, construiu-se uma lista de códigos atribuindo-se um número sequencial a cada uma das variáveis.

Para os exames laboratoriais foram considerados como referência os valores empregados pelo laboratório da instituição onde os dados foram coletados, que segue os valores indicados pelos reagentes do laboratório Wiener da Argentina. Glicemia normal de 74 a 106 mg/dl; leucócitos de 3600 a 11000mm³; albumina de 3,5 a 4,8g/dl; linfócitos de 20 a 45%, hemoglobina de 11,8 a 16,7 mg/dl e hematócrito de 35 a 49%.

No tocante à avaliação das úlceras que se instalaram depois da admissão na unidade, os itens do instrumento foram extraídos e adaptados da “**Ficha de Avaliação do Portador de Feridas**”, desenvolvida pelas líderes do Grupo de Estudos e Pesquisa em Tratamento de Feridas (GEPEFE) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), que autorizaram a sua utilização (Anexo IV). Do instrumento original foram utilizados itens concernentes à avaliação da lesão, sendo suprimidos os relacionados às feridas agudas. No tipo ferida crônica, foi selecionado apenas o item UPP e suas características, dimensões e estágios, aos quais foram acrescentados mais duas categorias de dimensionamento, a UPP não estadiável e a suspeita de lesão tissular profunda, indicados pela NPUAP (2009).

Para avaliar as características das lesões foram preconizadas as recomendações internacionais propostas pela NPUAP (2009), que trazem como dimensionamento das UPP, o grau, estágio ou categoria I, II, III, IV, UPP não estadiável e suspeita de lesão tissular profunda.

Quando identificada alguma área hiperemiada, realizava-se o reposicionamento do paciente e após 30 minutos procedia-se nova avaliação da área para diagnóstico ou não de UPP em estágio I. Nos casos confirmados, a própria pesquisadora chamava a Comissão de Pele para as devidas intervenções e avisava também ao enfermeiro do plantão para registro nos impressos do serviço e demais condutas pertinentes à equipe.

A mensuração das úlceras em outros estágios ocorreu através de uma régua milimetrada, empregando-se o método de determinação do maior comprimento e da maior largura, independente da forma da ferida (IRION, 2012). Não foi necessário mensurar a profundidade de nenhuma lesão, haja vista o não desenvolvimento de UPP em estágio III ou IV.

O encerramento da coleta de dados ocorria quando da alta, transferência, óbito ou conclusão do tempo determinado para coleta, considerando-se como desfecho as informações da última avaliação realizada.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Antes da operacionalização do estudo foi solicitada a permissão do Diretor Administrativo da instituição através da assinatura da carta de Anuência (Apêndice I). Em seguida o projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da

Universidade Federal da Paraíba, atendendo as diretrizes da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), contidas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que trata da pesquisa envolvendo seres humanos, recebendo parecer favorável, conforme parecer nº 023/12 (Anexo II) (BRASIL, 2003).

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram digitados no Microsoft Excel e, posteriormente, transferidos para o software estatístico PASW Statistic versão 18 (antigo SPSS). Após a limpeza e crítica da base de dados, a geração dos resultados realizou-se a partir da aplicação de duas técnicas estatísticas: a Análise Descritiva e Exploratória e os Testes de Associação de Qui-quadrado e o Exato de Fisher nas suas versões simples e generalizada.

A primeira técnica se baseia na construção de figuras e tabelas de frequências simples ou cruzadas quando as variáveis de interesse são qualitativas, como, por exemplo, sexo e estado civil; e se calcula médias, mínimos, máximos e desvios padrão quando as variáveis de interesse são quantitativas. (BUSSAB; MORETTIN, 2006).

A partir dos dados coletados realizou-se o estudo da incidência e prevalência das UPP na UTI. Do ponto de vista epidemiológico a incidência refere-se à proporção de pessoas que desenvolvem uma determinada doença durante o período de investigação do estudo, em relação as que estão em risco, enquanto que a prevalência é a proporção de pessoas que estão doentes em relação ao total que estão em risco (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2006).

Assim, a incidência de UPP é determinada pelo número de novos casos em uma população de risco, em um determinado período de tempo, consistindo então, no número de pacientes que não tinham UPP instalada já na admissão na UTI e que as desenvolveram dentro do período de tempo determinado para coleta de dados, na população exposta ao risco de adquirir UPP, calculada através da seguinte fórmula:

$$\text{Índice de incidência: } \frac{\text{Número de casos novos de uma doença em um determinado local e tempo}}{\text{Número de pessoas exposta ao risco no mesmo local e período}} \times 100$$

A prevalência é definida como a relação entre o número de casos existentes de uma doença em uma determinada população. Neste estudo levantou-se a Prevalência Periódica que mensura o número de casos existentes de uma doença em um determinado período de tempo (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2006). O cálculo da prevalência foi obtido através da seguinte fórmula:

$$\text{Índice de prevalência: } \frac{\text{Número de casos novos e antigos de uma doença}}{\text{Número de pacientes na população exposta ao risco}} \times 100$$

Os dados para cálculo da incidência e prevalência foram coletados durante os três meses consecutivos de coleta de dados (17 de julho a 17 de outubro de 2012), se estendendo por mais 03 (três) dias para atender ao critério de inclusão que estabelecia que todos os pacientes fossem submetidos no mínimo a duas avaliações (avaliação inicial e mais uma).

Os Testes de Associação de Qui-quadrado e o Exato de Fisher foram empregados para examinar as associações entre o desenvolvimento de úlcera por pressão (UPP) e os dados sociodemográficos e clínicos, bem como outros fatores de risco para UPP. Segundo Vieira e Hossne (1998), estes testes são úteis para investigar possíveis associações entre duas variáveis categóricas.

Para medir a associação entre duas variáveis, utiliza-se uma tabela de contingência que descreve as frequências observadas conjuntas dessas variáveis. Essencialmente, os testes de associação comparam as frequências observada e esperada, sendo esta última calculada sob a hipótese independência (ausência de associação) entre as variáveis (AZEN; WALKER, 2011). Dentre os testes de associação, o de Qui-quadrado é o mais famoso. Apesar de ser considerado como um procedimento não paramétrico, ou seja, uma técnica estatística que não depende da especificação de qualquer estrutura de probabilidade em relação aos dados, o teste de Qui-quadrado tem como um dos seus principais “entraves” as exigências em relação às frequências observadas e esperadas das células que compõem a tabela de contingência, tais como:

- A tabela não deve conter frequências observadas nulas;
- Mais de 80% de todas as frequências observadas da tabela devem ser maiores que 5;
- As frequências esperadas para a tabela devem ser maiores que 5;

Para estudos de grande porte, em que as amostras examinadas são superiores a 200, 300 ou 500 registros, a chance de ocorrer violação de qualquer das condições acima é muito pequena. No entanto, para experimentos científicos mais simples e realistas, nos quais as amostras são pequenas, com muita frequência encontram-se situações nas quais os testes de Qui-quadrado apresentaram resultados significativos, mas, infelizmente, o pesquisador não poderá utilizá-los porque uma ou mais condições de validade e aplicabilidade do teste não foram atendidas.

Para essas situações é necessário se buscar procedimentos alternativos que não exijam tantas condições de aplicabilidade. Um desses procedimentos é o Teste Exato de Fisher que é utilizado para analisar tabelas de contingência. Apesar de vir sendo empregado na prática para o estudo de pequenas amostras ($n < 20$), é válido para todos os tamanhos amostrais. O teste é dito ser “exato” porque os cálculos das probabilidades, provenientes das tabelas de contingências, são realizados a partir de suas distribuições exatas e, portanto, não dependendo de aproximações para distribuições de probabilidade quando o tamanho da amostra cresce para o infinito, ou seja, quando é muito grande.

Apesar de sua grande utilidade e praticidade, uma limitação do teste exato de Fisher era a sua aplicação somente em tabelas de contingência do tipo 2×2 . Freeman e Halton (1951) propuseram uma generalização do teste Exato de Fisher, no sentido de expandir a sua aplicação para tabelas de contingência do tipo $R \times C$ (R linhas e C colunas). O princípio do teste de Freeman e Halton, ou também chamado de Teste de Fisher Generalizado, é o mesmo do teste Exato de Fisher.

Portanto, nessa análise será aplicado o teste Exato de Fisher, nas suas versões simples e generalizada, para medir as associações entre as variáveis, ambos em substituição ao teste de associação de Qui-quadrado para aquelas situações em que este tiver suas suposições violadas.

Ressalta-se que as análises descritiva e inferencial dos dados foram realizadas através da assessoria de um estatístico.

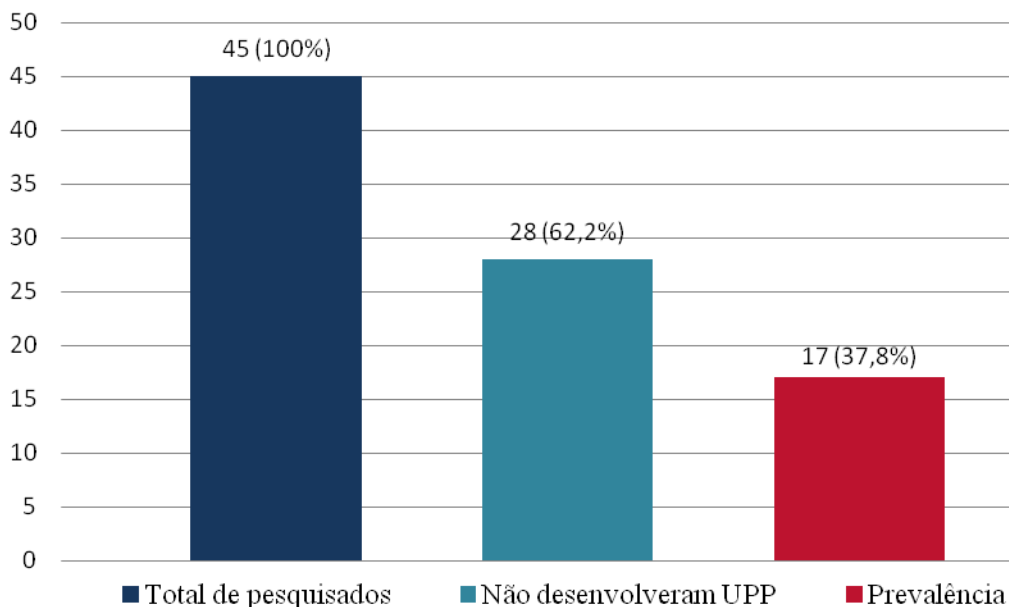
5 RESULTADOS

Considerando os fatores que podem predispor os pacientes internados em UTI a desenvolver UPP, buscou-se identificar a incidência e a prevalência desse agravo, avaliando o escore de risco pela Escala de Braden e relacionando-o com o desenvolvimento de úlcera por pressão, verificando também a associação entre o perfil sociodemográfico, clínico e os fatores de risco com o desenvolvimento de UPP, sendo os resultados apresentados em tabelas e figuras.

5.1 INCIDÊNCIA E PREVALÊNCIA DAS ÚLCERAS POR PRESSÃO E DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Para cálculo da incidência foram considerados 36 pacientes que deram entrada na UTI sem UPP e que foram avaliados no mínimo 2 vezes (a avaliação inicial e mais uma) e para prevalência foram considerados 45 pacientes que estavam sob risco.

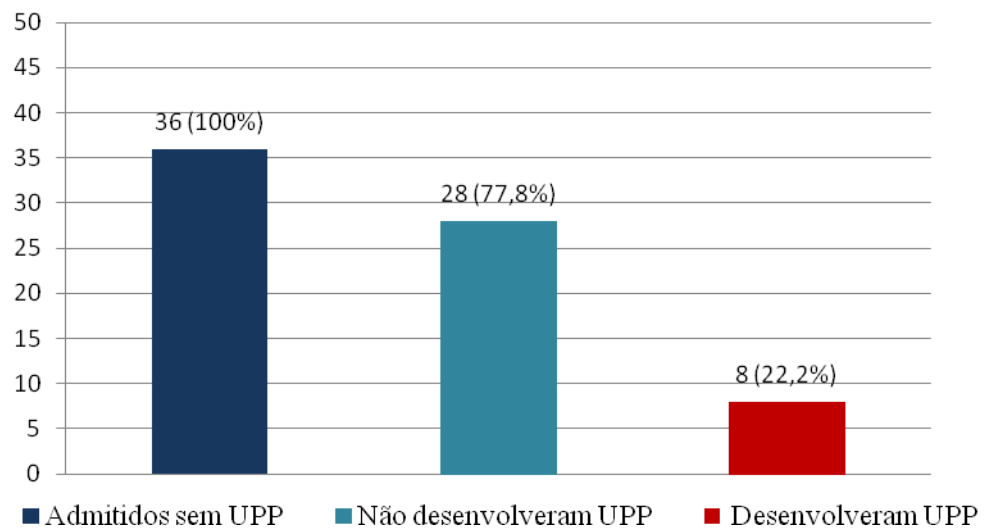
Figura 2 – Prevalência das úlceras por pressão entre os pacientes do estudo. João Pessoa – PB, 2013.



Fonte: pesquisa direta. João Pessoa – PB, 2013.

Conforme se observa na Figura 2, dos 45 pacientes participantes do estudo, 09 já adentraram portando a lesão e 08 desenvolveram durante a internação na unidade, totalizando 17 pacientes com UPP, resultando em uma prevalência de 37,8%. Entre os 09 pacientes que já foram admitidos com a lesão não houve incidência de novas úlceras.

Figura 3 – Incidência das úlceras por pressão entre os pacientes do estudo. João Pessoa – PB, 2013.



Fonte: pesquisa direta. João Pessoa – PB, 2013.

Conforme se observa na Figura 3, dos 36 pacientes que foram admitidos na unidade sem UPP, 08 deles vieram a desenvolver durante a internação, caracterizando uma incidência de 22,2%.

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico dos pacientes admitidos com e sem úlceras por pressão. João Pessoa – PB, 2013 (N=45).

Variáveis	UPP						Teste de Associação (Valor-p)
	Sim (n=17)		Não (n=28)		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Sexo							
Feminino	6	35,3	11	39,3	17	37,8	p ⁽¹⁾ =0,788
Masculino	11	64,7	17	60,7	28	62,2	
Raça							
Branca	9	52,9	16	57,1	25	55,5	p ⁽²⁾ =0,494
Negra	6	35,3	6	21,4	12	26,7	
Parda	2	11,7	6	21,4	8	17,8	
Faixa Etária (em anos)							
Até 50	6	35,3	9	32,1	15	33,3	p ⁽²⁾ =0,377
Entre 51 a 70	4	23,5	12	42,9	16	35,6	
Acima de 70	7	41,2	7	25,0	14	31,1	

Fonte: pesquisa direta. João Pessoa – PB, 2013.

⁽¹⁾ Teste de Qui-quadrado

⁽²⁾ Teste Exato de Fisher generalizado

Quanto à prevalência de UPP na amostra, observa-se na Tabela 1 que a úlcera ocorreu com maior frequência em indivíduos do sexo masculino 11 (64,7%), na raça branca 9 (52,9%) e na faixa etária acima de 70 anos 7 (41,2%). O teste de Qui-quadrado e o exato de Fisher generalizado não revelaram associação significativa entre os pacientes que desenvolveram ou não UPP, a partir das variáveis sociodemográficas analisadas.

Tabela 2 – Perfil sociodemográfico dos pacientes segundo o desenvolvimento de úlceras por pressão após a admissão na UTI. João Pessoa – PB, 2013 (N=36).

Variáveis	Desenvolvimento de UPP durante a internação						Teste de Associação (Valor-p)
	Sim (n=8)		Não (n=28)		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Sexo							
Feminino	4	50,0	11	39,3	15	41,7	p ⁽¹⁾ =0,694
Masculino	4	50,0	17	60,7	21	58,3	
Raça							
Branca	5	62,5	16	57,1	21	58,3	p ⁽²⁾ =0,396
Negra	3	37,5	6	21,4	9	25,0	
Parda	0	0,0	6	21,4	6	16,7	
Faixa Etária							
Até 50	4	50,0	9	32,1	13	36,1	p ⁽²⁾ =0,619
51 a 70	2	25,0	12	42,9	14	38,9	
≥ 70	2	25,0	7	25,0	9	25,0	

Fonte: pesquisa direta. João Pessoa – PB, 2013.

⁽¹⁾ Teste Exato de Fisher simples

⁽²⁾ Teste Exato de Fisher generalizado

Na Tabela 2 os resultados apresentados mostram que não há associação significativa pelo teste Exato de Fisher, entre o sexo, raça ou faixa etária e o desenvolvimento de UPP. Quanto ao gênero, homens e mulheres foram igualmente afetados 4 (50,0%), mantendo-se a maioria dos casos novos entre a raça branca e pessoas com até 50 anos.

5.2 – DADOS CLÍNICOS DOS PACIENTES COM E SEM ÚLCERAS POR PRESSÃO

Nesse item, além do local de procedência dos pacientes, são apresentados dados clínicos de relevância para o objeto de estudo, tais como: doenças de base, diagnóstico médico de internação, medicações utilizadas, exame físico, condições da pele, índice de

massa corporal (IMC), resultados de exames laboratoriais, tempo de internação e tempo decorrido para o desenvolvimento de UPP, considerando o conjunto de pacientes acompanhados na unidade (45) e a prevalência de UPP por cada variável estudada. Já quanto ao tempo decorrido para surgimento de UPP, foram analisados apenas os casos novos dos 8 pacientes que desenvolveram UPP após internação.

Tabela 3 – Distribuição dos pacientes do estudo segundo procedência e a ocorrência de úlcera por pressão. João Pessoa – PB, 2013 (N=45).

Local de Procedência	UPP					
	Sim (n=17)		Não (n=28)		Total	
	n	%	n	%	n	%
Emergência/Urgência	11	64,7	13	46,4	24	53,3
Bloco Cirúrgico	4	23,5	7	25,0	11	24,5
Enfermarias	1	5,9	5	17,9	6	13,3
Outros hospitalais	1	5,9	3	10,7	4	8,9

Fonte: pesquisa direta. João Pessoa – PB, 2013.

Os pacientes admitidos na unidade de terapia intensiva vêm encaminhados de outros setores do hospital ou de outras instituições através do serviço de regulação. Verifica-se que a grande maioria dos pacientes participantes do estudo é procedente do serviço de emergência/urgência e também nesses pacientes observam-se as maiores ocorrências de UPP (Tabela 3).

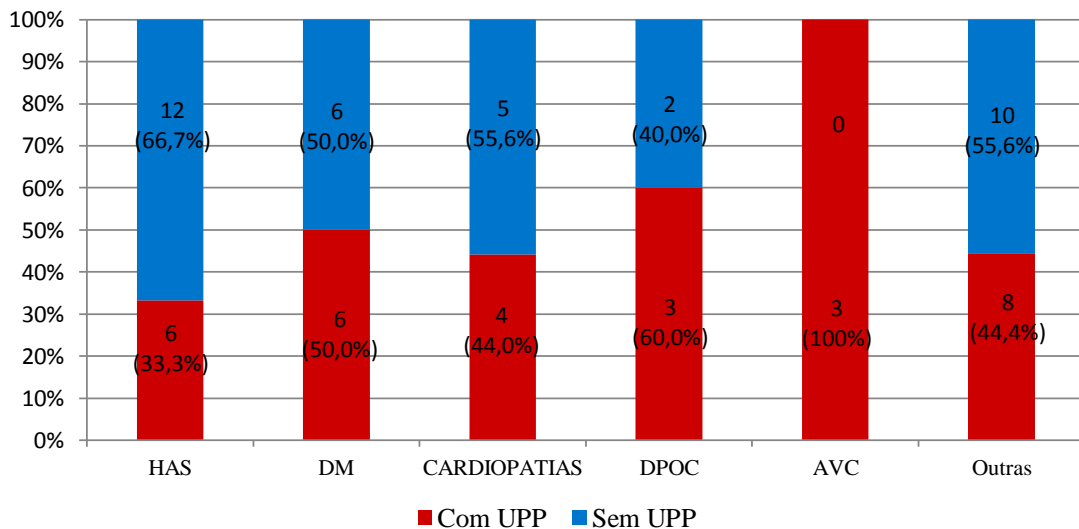
Tabela 4 – Distribuição dos pacientes do estudo segundo doenças de base. João Pessoa – PB, 2013 (N=45).

Doenças de base	n	%
Hipertensão	18	40,0
Diabetes Mellitus	12	26,7
Cardiopatias	9	20,0
DPOC	5	11,1
AVC	3	6,7
Outras *	18	43,9

Fonte: pesquisa direta. João Pessoa – PB, 2013. DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica; AVC – Acidente Vascular Cerebral; Outras* – Hanseníase, hepatopatia, miastenia, insuficiência renal crônica, neuropatia e síndrome de Down.

Com relação às doenças de base identificadas na amostra, verificou-se a presença de uma ou mais patologias em 75% dos pacientes. Conforme se verifica na Tabela 4, foram identificados os maiores índices para a hipertensão arterial sistêmica 18 (40,0%), o diabetes mellitus 12 (26,7%) e as cardiopatias 9 (20,0%).

Figura 4 – Distribuição das doenças de base segundo a ocorrência de úlcera por pressão. João Pessoa – PB, 2013.



Fonte: pesquisa direta. João Pessoa – PB, 2013.

Quando analisada a ocorrência de UPP de acordo com as doenças de base, verifica-se a seguinte distribuição: 3 (100%) em pacientes com AVC, 3 (60,0%) com DPOC, 6 (50,0%) com diabetes, 4 (44,4%) com cardiopatias e 6 (33,3%) com hipertensão. Não houve associação significativa pelo Teste Exato de Fisher entre a ocorrência de UPP e as doenças de base identificadas no grupo ($p=0,443$).

Tabela 5 – Distribuição dos pacientes segundo as categorias de diagnóstico médico de internação. João Pessoa – PB, 2013. (N=45).

Categorias	n	%
Disfunções respiratórias	26	57,8
Pós-operatório	15	33,3
Disfunções cardiovasculares	11	24,4
Outras*	13	28,9

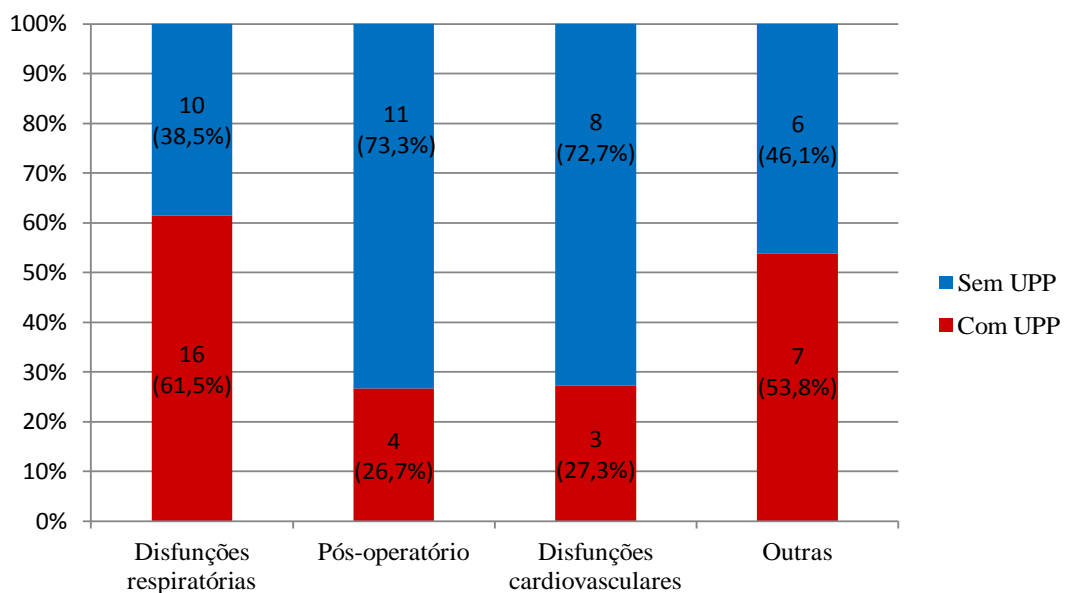
Fonte: pesquisa direta. João Pessoa – PB, 2013.

Alguns pacientes tinham mais de um diagnóstico médico de internação

Outras* - Pancreatite, hemorragia digestiva, derrame pleural, intoxicação exógena, edema agudo de pulmão e diabetes mellitus descompensado.

Para facilitar a apresentação dos resultados, os diagnósticos médicos de internação dos pacientes na UTI foram agrupados em categorias, tendo como mais frequentes as disfunções respiratórias 26 (57,8%) e cardiovasculares 11 (24,4%) e os paciente que se encontrava em pós-operatório (Tabela 5).

Figura 5 – Distribuição das categorias de diagnóstico médico de internação segundo a ocorrência de úlcera por pressão. João Pessoa – PB, 2013.



Fonte: pesquisa direta. João Pessoa – PB, 2013.

Quando analisado as categorias de diagnóstico médico de internação e a ocorrência de UPP, observou-se entre os pacientes que apresentavam alguma disfunção respiratória e cardiovascular 16 (61,5%) e 3 (27,3%) que estavam afetados pela lesão, respectivamente, e para os que estavam em pós-operatório 4 (26,7%). Não foi evidenciada associação significativa pelo Teste Exato de Fisher entre as categorias de diagnóstico médico de internação e a ocorrência de UPP ($p=0,094$).

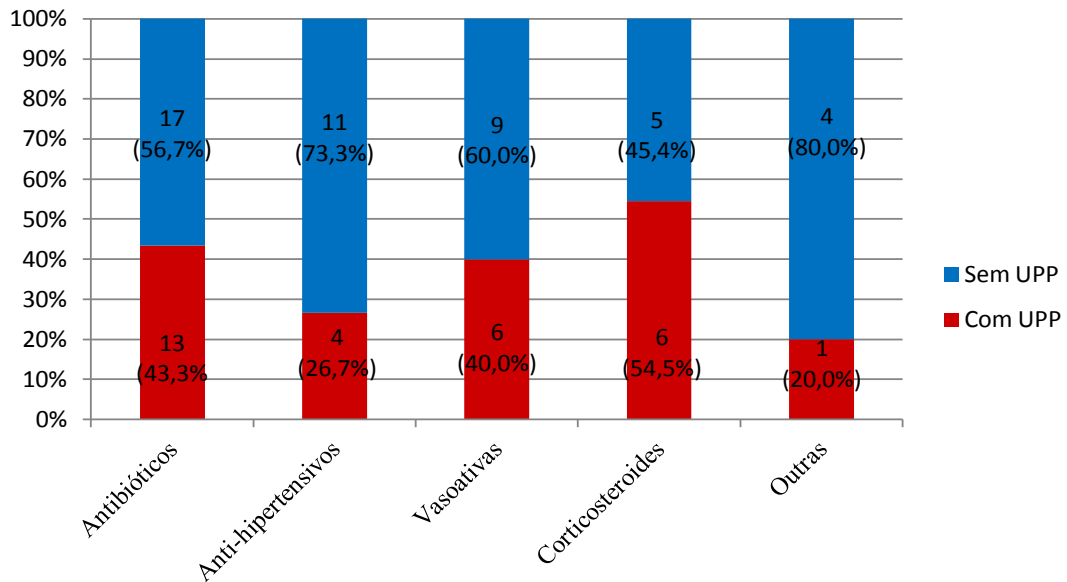
Tabela 6 – Distribuição dos pacientes segundo medicações usadas.
João Pessoa – PB, 2013. (N=45).

Medicações	n	%
Antibióticos	30	66,7
Anti-hipertensivos	15	33,3
Vasoativas	15	33,3
Corticosteroides	11	24,4
Outras	5	33,3

Fonte: pesquisa direta. João Pessoa – PB, 2013.

As medicações mais utilizadas pelos pacientes do estudo foram os antibióticos 30 (66,7%), seguidos pelos anti-hipertensivos e drogas vasoativas que apresentaram o mesmo percentual 15 (33,3%).

Figura 6 – Distribuição dos pacientes segundo medicações usadas e a ocorrência de úlceras por pressão. João Pessoa – PB, 2013.



Fonte: pesquisa direta. João Pessoa – PB, 2013.

Quando analisado os pacientes com UPP e a utilização das medicações, evidenciou-se que 6 (54,5%) fizeram uso de corticosteroides, 13 (43,3%) de antibióticos e 6 (40,0%) de drogas vasoativas. Também não foi evidenciada associação significativa entre a utilização das medicações e a ocorrência de UPP através da aplicação do Teste Exato de Fisher generalizado ($p= 0,574$).

Tabela 7 – Distribuição dos dados do exame físico por sistema segundo a ocorrência e úlceras por pressão. João Pessoa – PB, 2013 (N=45).

Exame Físico	UPP						Teste de Associação (Valor- p)
	Sim (n=17)		Não (n=28)		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Sistema Neurológico							
Lúcido	1	5,9	18	64,3	19	42,2	p ⁽¹⁾ =0,000
Sedado	9	52,9	7	25,0	16	35,6	
Torpor/coma	7	41,2	3	10,7	10	22,2	
Sistema Termorregulador							
Normal	15	88,2	28	100,0	43	95,6	p ⁽²⁾ =0,137
Hipertermia	2	11,8	0	00,0	2	4,4	
Sistema cardiovascular (Perfusão periférica)							
Normal	14	82,4	27	96,4	41	91,1	p ⁽²⁾ =0,144
Reduzida	3	17,6	1	3,6	4	8,9	
Modalidade de Ventilação							
Espontânea	5	29,4	15	53,6	20	44,4	p ⁽²⁾ =0,135
Mecânica	12	70,6	13	46,4	25	55,6	

Fonte: pesquisa direta. João Pessoa – PB, 2013.

Sedado - usando medicações sedativas, tais como: midazolam e dexmedetomidina (precedex)

p⁽¹⁾ Teste Exato de Fisher generalizado

p⁽²⁾ Teste Exato de Fisher simples

Conforme demonstrado na Tabela 7, quando avaliado o sistema neurológico dos pacientes verifica-se que a maioria dos que apresentavam UPP estava sedado 9 (52,9%) ou em estado de torpor/coma 7 (41,2%). Concernente ao sistema termorregulador, a grande maioria dos pacientes encontrava-se normotérmico (100,0% e 88,2%) nos dois grupos. Em relação à perfusão periférica verificou-se a predominância de normalidade (82,4%) mesmo nos pacientes com UPP. Quanto à modalidade de ventilação utilizada pelos pacientes investigados prevaleceu à mecânica para o grupo com UPP 12 (70,6%) e a espontânea para os sem UPP 15 (53,6%).

Tabela 8 – Condições da pele segundo a ocorrência de úlceras por pressão. João Pessoa – PB, 2013 (N=45).

Condições da Pele	UPP						Teste de Associação (Valor-p)
	Sim (n=17)		Não (n=28)		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Sistema Tegumentar: Hidratação							
Normal	13	76,5	28	100,0	41	91,1	P ⁽²⁾ =0,016
Ressecada	2	11,8	0	0,0	2	4,4	
Descamada	2	11,8	0	0,0	2	4,4	
Sistema Tegumentar: Textura							
Fina ou delicada	9	52,9	7	25,0	16	35,6	P ⁽²⁾ =0,025
Espessa	3	17,7	2	7,1	5	11,1	
Lisa	5	29,4	19	67,9	24	53,3	
Sistema Tegumentar: Tugor e Elasticidade							
Normal	8	47,1	21	75,0	29	64,4	P ⁽¹⁾ =0,107
Diminuído	9	52,9	7	25,0	16	35,6	
Sistema Tegumentar: Edema							
Sim	4	23,5	7	25,0	11	24,4	P ⁽²⁾ =0,896
Anasarca	2	11,8	2	7,1	4	8,9	
Não	11	64,7	19	67,9	30	66,7	

Fonte: pesquisa direta. João Pessoa – PB, 2013.

p⁽¹⁾ Teste Exato de Fisher generalizado

p⁽²⁾ Teste Exato de Fisher simples

Na avaliação inicial, a pele dos pacientes que não apresentavam UPP encontrava-se predominantemente hidratada 28 (100,0%), lisa 19 (67,9%), com turgor e elasticidade normal 21 (75,0%) e sem edema 19 (67,9%). Naqueles que apresentavam a lesão, as características predominantes da pele foram: hidratada 13 (76,5%), fina ou delicada 9 (52,9%), turgor e elasticidade diminuído 9 (52,9%) e sem edema 11 (64,7%).

Tabela 9 – Distribuição dos pacientes segundo Índice de Massa Corporal (IMC) e a ocorrência de úlceras por pressão. João Pessoa – PB, 2013 (N=45).

IMC	UPP					
	Sim (n=17)		Não (n=28)		Total	
	n	%	n	%	n	%
Baixo peso	0	0,0	2	7,1	2	4,5
Normal	9	52,9	15	53,6	24	53,3
Sobrepeso	6	35,3	7	25,0	13	28,9
Obesidade	2	11,8	4	14,3	6	13,3

Fonte: pesquisa direta. João Pessoa – PB, 2013.

Conforme evidenciado na Tabela 9, o cálculo de índice de massa corporal da maioria dos pacientes sem UPP revelou que estes se encontravam dentro dos parâmetros considerados normais 15 (53,6%). Em relação aos portadores de UPP, 9 (52,9%) estava na faixa normal, 6 (35,3%) com sobrepeso e 2 (11,8%) obesidade.

Tabela 10 – Distribuição dos pacientes segundo exames laboratoriais e a ocorrência de úlceras por pressão. João Pessoa – PB, 2013 (N=45).

Exames Laboratoriais	UPP						Teste de Associação (Valor-p)
	Sim (n=17)		Não (n=28)		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Hemoglobina							
Normal	6	35,3	14	50,0	20	44,4	p ⁽¹⁾ =0,335
< 11mg/dl	11	64,7	14	50,0	25	55,6	
Hematócrito							
Normal	1	5,9	8	28,6	9	20,0	p ⁽²⁾ =0,122
Alterado	16	94,1	20	71,4	36	80,0	
Glicemia							
Normal	6	35,3	8	28,6	14	31,1	p ⁽¹⁾ =0,743
Alterado	11	64,7	20	71,4	31	68,9	
Leucócitos							
Normal	8	47,0	15	53,6	23	51,1	p ⁽¹⁾ =0,763
Alterado	9	53,0	13	46,4	22	48,9	
Linfócitos							
Normal	2	11,8	3	10,7	5	11,1	p ⁽²⁾ =1,000
Alterado	15	88,2	25	89,3	40	88,9	
Proteínas Totais							
Normal	2	11,8	7	25,0	9	20,0	p ⁽²⁾ =0,447
Alterado	15	88,2	21	75,0	36	80,0	
Albumina							
Normal	0	0,0	3	10,7	3	6,7	p ⁽²⁾ =0,278
Alterado	17	100,0	25	89,3	42	93,3	

Fonte: pesquisa direta. João Pessoa – PB, 2013.

⁽¹⁾ Teste de Qui-quadrado

⁽²⁾ Teste Exato de Fisher simples

Na Tabela 10 foram demonstrados os componentes do sangue e suas associações com o aparecimento de UPP. A maioria dos pacientes do estudo estava com as taxas de

hemoglobina e hematócrito alterado, dentre estes, 11 (64,7%) e 16 (94,1%), apresentavam a lesão, respectivamente.

No item glicemia, os dois grupos obtiveram, em sua maioria, valores alterados 11 (64,7%) e 20 (71,4%). Já em relação aos leucócitos, verifica-se que a maioria dos pacientes com UPP estavam com os valores alterados 9 (53,0%), enquanto os pacientes sem a lesão apresentaram valores dentro dos padrões de normalidade 15 (53,6%). Para os linfócitos foi observada predominância de valores alterados para os dois grupos 15 (88,2%) e 25 (89,3%).

Quanto à avaliação das proteínas, nos pacientes com UPP encontrou-se valores alterados em 15 (88,2%) e quando especificado o tipo de proteína, a albumina estava abaixo dos níveis normais em 17 (100,0%) dos pacientes.

Tabela 11 – Distribuição do tempo de internação dos pacientes e a ocorrência de úlceras por pressão. João Pessoa – PB, 2013 (N=45).

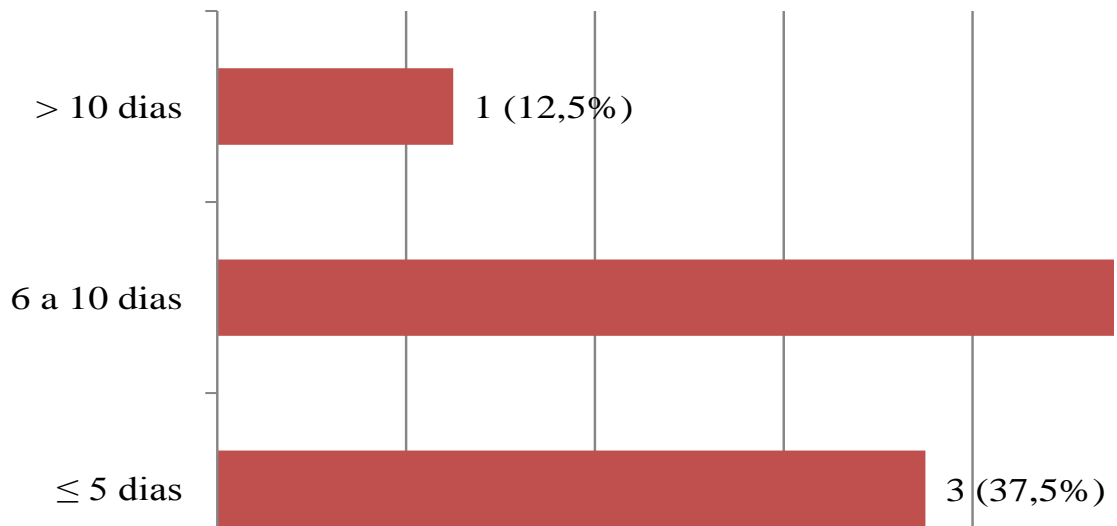
Tempo de internação (em dias)	UPP						Teste de Associação (Valor-p)
	Sim (n=17)		Não (n=28)		Total		
	n	%	n	%	n	%	
≤ 10	7	41,2	15	53,5	22	48,9	P ⁽¹⁾ =0,387
11 a 20	3	17,6	8	28,6	11	24,4	
21 a 30	5	29,4	4	14,3	9	20,0	
> 30	2	11,8	1	3,6	3	6,7	

Fonte: pesquisa direta. João Pessoa – PB, 2013.

p⁽¹⁾ Teste Exato de Fisher generalizado

Em relação ao tempo de internação, observa-se na Tabela 11 que entre os pacientes que permaneceram internados na unidade, por período menor ou igual a 10 dias, a maioria não apresentava UPP 22 (48,9%). Analisando o grupo com UPP, verificou-se 7 (41,2%) que ficaram no intervalo menor ou igual a 10 dias, 5 (29,4%) de 21 a 30 dias, 3 (17,6%) de 11 a 20 e 2 (11,8%) mais de 30 dias de internação na UTI. O tempo médio de internação foi de 18,5 dias para os pacientes com UPP e 13 dias para aqueles que não apresentavam a lesão.

Figura 7 - Tempo decorrido para o desenvolvimento de úlcera por pressão após internação na UTI. João Pessoa – PB, 2013 (n=8).



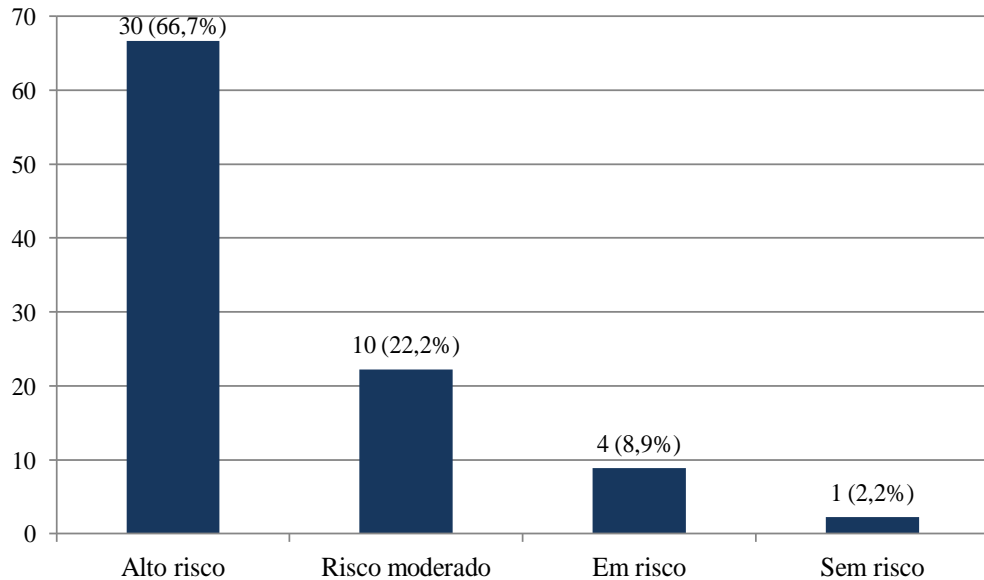
Fonte: pesquisa direta. João Pessoa – PB, 2013.

Conforme apresentado na Figura 7, dos 8 pacientes que desenvolveram UPP após admissão na UTI, 4 (50,0%) dos casos ocorreram no intervalo de tempo entre 6 e 10 dias e 3 (37,5%) em até 5 dias.

5.3 ESCORES DE RISCO E O DESENVOLVIMENTO DE ÚLCERA POR PRESSÃO

Os pacientes foram avaliados quanto ao risco para UPP através da Escala de Braden na primeira avaliação e em todas as reavaliações que ocorriam a cada 72 horas, durante o acompanhamento dos mesmos, totalizando entre 2 a 16 avaliações nos 45 pacientes.

Figura 8 – Distribuição dos pacientes segundo Escores de risco da Escala de Braden obtidos na avaliação inicial. João Pessoa – PB, 2013 (N=45).



Fonte: pesquisa direta. João Pessoa – PB, 2013.

Observa-se na Figura 8, que 30 (66,7%) pacientes investigados apresentavam alto risco (≤ 12 pontos) para o desenvolvimento de UPP, 10 (22,2%) risco moderado (13 a 14 pontos) e 4 (8,9%) em risco (15 a 18 pontos).

Tabela 12 - Distribuição dos pacientes segundo Escores de risco da Escala de Braden e a ocorrência de úlceras por pressão. João Pessoa – PB, 2013 (N=45).

Avaliação do Escore de Risco (Braden)	UPP				Teste de Associação (Valor-p)
	Sim (n=17)		Não (n=28)		
	n	%	n	%	
Alto risco	15	88,2	15	53,6	P ⁽¹⁾ =0,093
Risco moderado	2	11,8	8	28,5	
Em risco	0	0,0	4	14,3	
Sem risco	0	0,0	1	3,6	
Total	17	100,0	28	100,0	

Fonte: pesquisa direta. João Pessoa – PB, 2013. p⁽¹⁾ Teste Exato de Fisher generalizado

Quando analisada a ocorrência de UPP dentro de cada escore de risco verifica-se que dos 17 pacientes que apresentavam a lesão, 15 (88,2%) estavam classificados em alto risco e 2 (11,8%) em risco moderado (Tabela 12).

Tabela 13 – Subescalas de Braden e a ocorrência de úlceras por pressão. João Pessoa – PB, 2013 (N=45).

Domínios da Escala de Braden	UPP				Teste de Associação (Valor-p)
	Sim (n=17)		Não (n=28)		
	n	%	n	%	
Percepção Sensorial					
Totalmente Limitado	11	64,7	11	39,3	P ⁽¹⁾ =0,114
Muito Limitado	3	17,6	2	7,1	
Levemente Limitado	2	11,8	11	39,3	
Nenhuma Limitação	1	5,9	4	14,3	
Umidade					
Muito Molhado	1	5,9	2	7,1	P ⁽¹⁾ =0,781
Ocasionalmente Molhado	16	94,1	24	85,8	
Raramente Molhado	0	00,0	2	7,1	
Atividade					
Acamado	17	100,0	28	100,0	
Mobilidade					
Totalmente Imóvel	13	76,5	12	42,9	P ⁽¹⁾ =0,097
Bastante Limitado	4	23,5	9	32,1	
Levemente Limitado	0	00,0	4	14,2	
Não apresenta Limitações	0	00,0	3	10,7	
Nutrição					
Muito Pobre	8	47,1	14	50,0	P ⁽¹⁾ =0,481
Provavelmente Inadequado	0	00,0	3	10,7	
Adequado	9	52,9	10	35,7	
Excelente	0	00,0	1	3,6	
Fricção e Cisalhamento					
Problema	17	100,0	18	64,2	P ⁽¹⁾ =0,016
Problema em Potencial	0	00,0	5	17,9	
Nenhum Problema	0	00,0	5	17,9	

Fonte: pesquisa direta. João Pessoa – PB, 2013. p⁽¹⁾ Teste Exato de Fisher generalizado

No grupo de pacientes que não apresentava UPP na admissão e nem desenvolveu após internação na unidade, os subescores mais afetados no domínio **percepção sensorial** foram totalmente limitado e levemente limitado, com 11 (39,3%) cada. Já para o grupo com UPP predominou o subescore totalmente limitado com 11 (64,7%) e muito limitado com 3 (17,6%).

No domínio **umidade**, a maioria dos pacientes, de ambos os grupos, foram classificados no subescore ocasionalmente molhado (16; 94,1% e 24; 85,8%). Em relação ao item **atividade** 100% da amostra era acamada, predominando no domínio **mobilidade** o subescore totalmente imóvel (13;76,5% com UPP e 12; 42,9% sem UPP).

No domínio **nutrição** registrou-se para o grupo com UPP, 9 (52,9%) classificados com a dieta em adequada e 8 (47,0%) em muito pobre. Já para aqueles sem a lesão, 14 (50,0%) e 10 (35,7%) estavam no subescore muito pobre e adequado.

Em relação à **fricção e cisalhamento**, a categoria mais afetada para os dois grupos foi problema com 100,0% para aqueles que apresentavam UPP e 18 (64,3%) no grupo sem a lesão.

Tabela 14– Distribuição dos pacientes do estudo segundo o uso de dispositivos e cuidados preventivos e a ocorrência de úlceras por pressão. João Pessoa – PB, 2013 (N=45).

Dispositivos/cuidados preventivos	UPP						Teste de Associação (Valor-p)
	Sim (n=17)		Não (n=28)		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Superfícies de apoio							
Colchão pneumático	17	100,0	28	100,0	45	100,0	
Uso de Dispositivos/Coberturas							
Filme transparente	8	47,1	4	14,3	12	26,7	p ⁽¹⁾ =0,036
Hidrocolóide com espuma	3	17,6	3	10,7	6	13,3	
Hidrocolóide transparente	0	0,0	1	3,6	1	2,2	
Nenhum dispositivo	6	35,3	20	71,4	26	57,8	
Posição no leito							
Dorsal	17	100,0	24	85,7	41	91,1	
DLD	0	0,0	3	10,7	3	6,7	P ⁽¹⁾ =0,375
DLE	0	0,0	1	3,6	1	2,2	

Fonte: pesquisa direta. João Pessoa – PB, 2013. DLD – decúbito lateral direito; DLE – decúbito lateral esquerdo. p⁽¹⁾ Teste Exato de Fisher generalizado

Concernente à utilização de medidas e materiais para prevenção de UPP, observa-se na Tabela 14, que 100,0% da amostra fazia uso de superfície de apoio do tipo colchão pneumático (ar dinâmico). A maioria dos pacientes que não desenvolveu UPP não utilizava dispositivos aplicados diretamente na pele 20 (71,4%), enquanto entre os que apresentavam a lesão a maioria usou filme transparente 8 (47,1%) evidenciando-se uma associação significativa entre o uso dos dispositivos e a ocorrência de UPP. Quanto à posição no leito verificada na primeira avaliação e considerando o posicionamento em que o paciente foi colocado após o banho no leito, predominou a posição dorsal para ambos os grupos 17 (100,0%) e 24 (85,7%) com e sem UPP, respectivamente.

6 DISCUSSÃO

Os efeitos danosos das úlceras por pressão são inegáveis e têm despertado a atenção dos profissionais de saúde e pesquisadores para o problema, que apresenta causalidade multifatorial e tem sua ocorrência vinculada à presença de alguns fatores de risco, afetando determinados grupos de pacientes mais vulneráveis, aumentando a morbidade e mortalidade.

Essas lesões se configuram como uma das complicações mais frequentes na unidade de terapia intensiva em consequência da execução dos procedimentos invasivos e da maior necessidade de manipulação, além de tratar-se de pacientes graves, com comorbidades associadas, restritos ao leito e com limitação de movimentos e, portanto, mais suscetíveis para formação da lesão (FERNENDES; TORRES, 2008; CRESMACO et al., 2009).

É de conhecimento de todos que as UPP requerem envolvimento multiprofissional para atuar desde sua prevenção até o tratamento específico, mas é da equipe de enfermagem que se tem exigido mais atuação nesse problema, o que se justifica pelo próprio objeto de trabalho da profissão, que se configura em oferecer cuidados contínuos por 24 horas diárias, principalmente em ambientes críticos como a unidade de terapia intensiva.

Nesse sentido, a enfermagem precisa buscar conhecimentos e habilidades para agir com as diversas demandas em torno das UPP, tais como: conhecer os fatores causais e as escalas preditivas validadas e adotadas pela sua instituição, para verificar o risco que o paciente apresenta para desenvolver a lesão; dominar desde a fisiologia da ferida até técnicas para mensurar dimensionamento e determinar grau de evolução; e ainda reconhecer e saber dispor da variedade de materiais disponíveis para prevenção e tratamento das UPP, a fim de prevenir a ocorrência desse agravo, no seu ambiente de trabalho.

É de fundamental importância que se realize um levantamento diagnóstico da realidade do serviço através das taxas de incidência e prevalência das UPP, tendo em vista que são importantes indicadores para aferir a proporção de pacientes que são afetados por uma doença ou condição para desenvolvê-la, em um determinado momento.

Nesta investigação, dos 45 pacientes que compuseram a amostra, 9 já foram admitidos com UPP prévia e 36 sem, sendo que 8 destes vieram a desenvolver posteriormente 11 lesões, representando uma incidência de 22,2% e prevalência de 37,8%.

A incidência de UPP encontrada na unidade de terapia intensiva durante os três meses de acompanhamento dos pacientes no estudo, embora ainda alta, retratam valores menores que os encontrados em algumas pesquisas realizadas em UTI de hospitais públicos e privados

do Brasil. Matos, Duarte e Minetto (2010), ao realizarem um estudo no CTI geral de um Hospital Público-DF, verificaram uma taxa de 37,0% ao acompanharem os pacientes durante 2 meses. Em um hospital não governamental de Santos-SP foram acompanhados 30 pacientes internados na UTI durante 1 mês e 11 (36,7%) destes apresentaram UPP (MATTIA et al., 2010). Outro estudo realizado em um centro de terapia intensiva de um hospital universitário de grande porte, no interior do Estado de São Paulo, acompanhou 48 pacientes durante 4 meses e verificou que 62,5% da amostra desenvolveu UPP (FERNANDES; CALIRI, 2008).

Quanto à prevalência de UPP verificada na unidade, observa-se que os números estão no mesmo patamar do cenário nacional e internacional (37,8%). Por exemplo, um estudo realizado na UTI geral de um hospital em Portugal, encontrou prevalência de 37,4% (LOURO; FERREIRA; PÓVOA, 2007). Semelhante achado foi verificado no Hospital Hans Dieter Schmidt da cidade de Joinville-SC, que analisou 690 pacientes e encontrou uma prevalência de 41,5% para a unidade de terapia intensiva (MORO et al., 2007).

Esses dados reforçam que as úlceras por pressão continuam representando um grave problema dentro das unidades de terapia intensiva, mesmo com todos os recursos materiais e capacitação humana que tem se buscado importar para dentro das unidades, na tentativa de reduzir esses números.

Analisando todos os pacientes participantes do estudo verificou-se que houve predomínio dos homens, da raça branca e acima dos 70 anos. Analisando o grupo com UPP, embora não se tenha evidenciado associação significativa com o desenvolvimento da lesão, houve predomínio das mesmas características anteriormente descritas. Um estudo piloto do tipo prospectivo, realizado em uma UTI de um Hospital Universitário do Sul do Brasil encontrou predomínio do gênero masculino e da raça branca no grupo que desenvolveu UPP (BAVARESCO; MEDEIROS; LUCENA, 2011). Outra pesquisa realizada em duas UTI de um hospital privado do Rio Grande do Norte também registrou o mesmo predomínio (FERNANDES, 2005).

Gomes et al. (2010) realizaram um estudo seccional que abordou 22 CTI de 15 hospitais públicos e privados de Belo Horizonte/MG, compondo uma amostra de 142 pacientes e encontrou 53,0% para o sexo masculino e 65,0% para os de pele branca, porém não evidenciou diferença estatística significativa entre essas variáveis.

Um estudo realizado por Anthony et al. (2002) com pacientes de vários grupos étnicos do Reino Unido e principalmente paquistaneses (pele não branca) e pacientes de pele branca, não evidenciou a etnicidade como fator de risco para UPP.

Em relação à idade dos pacientes, ainda na análise da prevalência de UPP, os achados também corroboram com os de Rogenski e Santos (2005) que encontraram no grupo com UPP a média de idade correspondente a 70,3 anos.

Já quanto à análise da incidência, entre os pacientes que desenvolveram UPP, observou-se que homens e mulheres foram afetados igualmente, predominando a raça branca e com idade de até 50 anos. Quanto à idade identificada nesse grupo, o resultado corrobora com um estudo realizado por Bavaresco, Medeiros e Lucena (2011), em uma UTI de um hospital universitário do Sul do Brasil que evidenciaram uma média de idade de 48,8 anos para os pacientes que desenvolveram UPP.

Em nosso estudo, esses achados provavelmente se explicam pelo fato dos pacientes que desenvolveram UPP permanecerem internados por mais tempo, fazendo uso de drogas vasoativas e corticóides e ainda portarem doenças de base importantes para gênese das UPP como DPOC e diabetes.

Todavia, é importante reforçar que a literatura refere o fator idade como um dos mais importantes na contribuição para formação das UPP, considerando as mudanças que ocorrem nas características da pele e do tecido subcutâneo (ROGENSKI; SANTOS, 2005; FERNANDES; TORRES, 2008).

Quanto à procedência dos pacientes que apresentavam UPP, a maioria deles era proveniente do setor de emergência/urgência da própria instituição. Chamando atenção para possíveis falhas na aplicação de medidas preventivas neste setor, onde muitas vezes, o paciente com indicação de ser removido para UTI espera alguns dias até que surja um leito para recebê-lo, cabendo à gestão refletir sobre alternativas que possam minimizar estes problemas.

Atualmente, tem-se acompanhado pela mídia que a ausência de leitos de UTI não se restringe a instituição em estudo, mas constitui-se uma realidade no cotidiano dos hospitais brasileiros, impondo desafios para os profissionais que prestam assistência a esses doentes graves, em ambientes inadequados, e para as autoridades, que tem o dever de proporcionar políticas voltadas à saúde integral dos cidadãos.

No âmbito à instituição pesquisada poder-se-ia pensar na ampliação do número de leitos, pactuação com outros hospitais para receber os pacientes graves, e na impossibilidade destes, melhorar a estrutura da sala vermelha (localizada no setor de emergência/urgência, onde ficam os pacientes mais graves, às vezes com indicação de UTI) proporcionando dispositivos de apoio para os leitos, como o colchão caixa de ovo, hidrocolóides com espuma

em áreas de proeminências ósseas e, principalmente, sensibilização da equipe para a complexidade do problema.

Enfatiza-se ainda, que a natureza do atendimento em uma sala de emergência é completamente diferente de uma UTI. O objetivo primordial é salvar a vida, ficando para segundo plano as demais medidas, como a prevenção das UPP. No entanto, com a permanência dos pacientes no setor, por falta de vaga no local adequado, se faz necessário que outras intervenções sejam implementadas para que se preste um cuidado integral, ao qual o Sistema Único de Saúde (SUS) preconiza em um dos seus princípios fundamentais (BRASIL, 1990).

Nesse escopo, enxergamos como um grande desafio para a gestão despertar na equipe que atua na emergência o compromisso e a responsabilidade pela implementação de medidas preventivas eficazes para prevenção desse agravo, tendo em vista que estão voltados para outro foco e que a estrutura não coopera para uma boa acomodação e nem com condições favoráveis para aplicação das técnicas preventivas.

Concernente às doenças de base, a hipertensão arterial sistêmica, o diabetes mellitus e as cardiopatias foram as mais prevalentes na amostra. No entanto, quando averiguado em relação à presença de UPP, dos pacientes com DPOC 3 (60,0%) apresentavam a lesão e entre os 3 (100%) com AVC, todos também tinham UPP. Não foi encontrada associação significativa pelo Teste Exato de Fisher (valor-p < 0,05) entre as doenças de base e a ocorrência de UPP.

Estes achados corroboram aos encontrados por Medeiros (2006) em uma análise da prevalência e fatores de risco em idosos hospitalizados, em face as patologias mais prevalentes foram o AVC 180 (60%) e a hipertensão 223 (74,3%).

Quanto ao diagnóstico médico de internação, foi evidenciado na maioria dos participantes do estudo com UPP as disfunções respiratórias e cardiovasculares. Um estudo realizado nas unidades de Clínica Cirúrgica, Clínica Médica, Unidade de Terapia Intensiva e Unidade de Cuidados Semi-Intensivos do HU-USP, verificou predominância para o sistema cardiocirculatório (71,2%) e respiratório (66,6%) (ROGENSKI; SANTOS, 2005). Em outro estudo sobre fatores associados à úlcera por pressão em pacientes de CTI verificou-se 54,5% para o sistema respiratório e 16,6% para o circulatório (GOMES et al., 2010).

O sistema cardiocirculatório é responsável por regular o fluxo sanguíneo para as células e quando ocorrem alterações na quantidade desse fluxo para menos do que as necessidade corporais, há uma diminuição do aporte de oxigênio e nutrientes para os tecidos,

causando isquemia, palidez de extremidades e falência na manutenção da integridade da pele (SMELTZER; BARE, 2005).

Portanto, essas patologias influenciam na formação das lesões de pele além de interferir em várias condições clínicas que podem favorecer o desenvolvimento das UPP (MEDEIROS, 2006). Fernandes (2000) ressalta que essas comorbidades são frequentes em pacientes graves ocasionando instabilidade hemodinâmica e limitação dos movimentos, impondo o repouso no leito.

Rogenski (2002) acrescenta que o comprometimento do sistema cardiovascular/respiratório pelas comorbidades e doenças associadas, e as medicações de uso contínuo, como os hipotensores, analgésicos e corticóides, também são apontadas como condições que influenciam na gênese das UPP.

As medicações mais utilizadas pelos pacientes do estudo são os antibióticos e os hipotensores. Para o grupo com UPP as mais prevalentes foram os corticosteroides 6 (54,5%), os antibióticos 13 (43,3%) e as drogas vasoativas 6 (40,0%).

Um estudo piloto realizado com 74 pacientes internados em uma UTI de um hospital universitário, com vistas à implantação da Escala de Braden, também encontrou a antibioticoterapia como a medicação mais utilizada durante a internação (48,6%), inclusive entre os que apresentavam UPP (63,1%) (BAVARESCO; MEDEIROS; LUCENA, 2011). Medeiros (2006) também verificou que os pacientes tratados com antibióticos foram os mais afetados pelas úlceras por pressão 37 (12,3%).

O uso dos antibióticos podem ocasionar reações como *rash* maculopapular e eritematoso, urticária e edema no local da injeção, febre, dispnéia e outras reações sistêmicas que afetam o transporte de oxigênio e nutrientes para as células interferindo no funcionamento da imunidade do organismo, levando à fragilidade da pele e órgãos vitais (BONFIM, BONFIM, 2005). Em se tratando de unidade de terapia intensiva, o uso dos antibióticos pela maioria dos pacientes, se explica pelo crescente número de infecções que assolam as UTI nos últimos anos.

Quanto ao uso dos hipotensores necessários para manter a pressão arterial dentro dos parâmetros da normalidade, estes podem alterar o fluxo sanguíneo e conseqüentemente reduzir a perfusão tecidual e a capacidade de tolerância dos tecidos à pressão (ROGENSKI, 2002). Fernandes (2000) complementa citando que algumas medicações, mesmo imprescindíveis para a terapêutica instituída para o paciente podem causar alterações no organismo que propiciem o aparecimento de UPP, como por exemplo, os hipotensores, os corticóides e os sedativos.

Nesse contexto, Medeiros (2006) verificou através de teste estatístico que existe uma associação significativa entre o uso de medicamentos e a ocorrência de UPP na hospitalização dos idosos, associação não evidenciada em nossos dados.

Na avaliação do sistema neurológico entre os pacientes com e sem UPP foi verificado uma associação significativa pelo Teste Exato de Fisher generalizado ($p=0,000$). Dos pacientes que estavam com alteração do nível de consciência, sedado 9 (52,9%) e em estado de torpor/coma 7 (41,2), a grande maioria apresentava UPP, enquanto que os pacientes que se encontravam com sua lucidez preservada, apenas 1(5,9%) apresentou UPP.

Pacientes internos em UTI ficam, muitas vezes, sob efeito de drogas sedativas, o que implica em déficit de percepção sensorial e dificuldade de mobilização, aumentando consequentemente o risco para ocorrência de UPP (FERNANDES, 2005).

As medicações que agem no sistema nervoso central, causando sedação são bastante usadas em pacientes graves para terapia ou realização de procedimentos invasivos dolorosos, mas os efeitos dessas drogas interferem na percepção e mobilidade do paciente, fazendo-o permanecer por longos períodos em uma mesma posição, elevando o risco para ocorrência de UPP (FERNANDES, 2005).

Portanto, nossos achados são conducentes com a literatura quando menciona que as alterações do estado de consciência se relacionam com a percepção sensorial, com a mobilidade e atividade, que de forma isolada ou associada pode vir a desencadear a formação de UPP (BRADEN, 1997).

Nesse contexto, reforça-se a importância do desmame precoce da sedação e da utilização de todos os recursos disponíveis para prevenção dessas lesões, considerando o risco que esses pacientes críticos estão expostos, para a formação desse agravo.

Quanto à ventilação mecânica identificada na maioria dos pacientes com UPP 12 (70,6%), Costa (2003) menciona que os pacientes de UTI geralmente estão conectados a aparelhos que dificultam a mudança de decúbito. Fernandes (2006) complementa afirmando que o uso desses aparelhos além de apontar para deficiência de oxigenação tecidual, confere também maior dificuldade de movimentação do paciente e, consequentemente, maior risco para UPP. Na mesma pesquisa a autora menciona que encontrou uma relação significativa entre o uso de ventilação controlada e a presença de UPP, divergindo dos nossos resultados, que não evidenciaram associação significativa.

Quanto às características do sistema tegumentar, registradas na avaliação inicial, predominou para o grupo sem UPP pele hidratada, de textura lisa, com turgor e elasticidade

normais e livre de edema. No grupo com UPP a maioria tinha pele fina ou delicada, turgor e elasticidade diminuído e também não apresentava edema.

Em virtude do maior tempo de internação vivenciado pelos os pacientes com UPP, já era esperado que o turgor e elasticidade estivessem diminuídos, conforme outros estudos como o de Fernandes (2005) que identificou para os pacientes com UPP, turgor e elasticidade diminuído em 70,0%, pele seca em 85,0%, áspera 70,0% e edema discreto em 60,0%. Entretanto, não se esperava encontrar a maioria do grupo com UPP sem edema, uma vez que este sinal pode dificultar a circulação e interferir no fornecimento de nutrientes para a célula, ocasionando isquemia. O edema pode ser classificado em discreto/moderado (+/ 4+), intenso (+++/4+) e anasarca ou generalizado (SMELTZER; BARE, 2005).

Concernente à avaliação do índice de massa corporal verificou-se valores dentro dos padrões de normalidade para ambos os grupos. No entanto, esses achados podem não expressar exatamente a realidade quanto ao IMC destes pacientes, tendo em vista que a unidade pesquisada não oferecia um método seguro para aferir os dados antropométricos dos pacientes.

No estudo realizado por Rogenski e Santos (2005) foi verificado 42,2% e 46,6%, para os grupos sem e com úlceras por pressão, respectivamente, classificados na categoria normal da tabela do IMC. Semelhantemente, Fernandes (2006) encontrou a maioria dos pacientes classificados dentro dos valores considerados normais, e sem evidenciar diferença estatisticamente significativa entre os grupos com e sem UPP, pelo teste de Mann-Whitney.

Na avaliação dos componentes do sangue não foi encontrada relação estatisticamente significativa com a ocorrência de UPP, embora todas as taxas estivessem alteradas para os pacientes que apresentaram a lesão. A não associação talvez decorra da limitação amostral.

Um estudo de caso avaliou o “Protocolo de Monitorização do Paciente Crítico com Risco de Desenvolver Úlcera de Pressão” em pacientes internados por curto período de tempo, objetivando constatar sua efetividade em paciente internado por longo período, encontrou na paciente acompanhada uma média de 9,38 mg/dl de hemoglobina, reduzindo para 7,8 mg/dl entre a 13ª e 14ª semana de internação, coincidindo com o período de ocorrência da lesão, levando os autores a considerar a relação entre a taxa de hemoglobina e a UPP (ITO et al., 2004). Os mesmo autores acrescentam que o nível baixo de hemoglobina interfere na oxigenação dos tecidos, aumentando o risco para o desenvolvimento da lesão.

Fernandes (2005) identificou algumas condições predisponentes para o aparecimento das úlceras, entre elas: anemia (90,0%), hipotensão (80,0%), leucocitose (75,0%), constatando ainda, que os pacientes com leucocitose apresentavam uma diferença estatística significativa

($p=0,028$) de 5,0 vezes mais chance de desenvolver UPP, em relação àqueles com leucócitos normais.

O baixo nível de albumina também é apontado como fator de risco para a ocorrência de UPP (FIFE et al., 2001). A hipoproteinemia, especialmente a albumina, pode intervir na prevenção e tratamento das UPP, uma vez que é responsável por controlar a entrada e saída de líquidos das células e quando está reduzida ocorre edema tissular, que é tido como um fator de risco importante para a presença das lesões. (MEDEIROS, 2006).

A redução da taxa de albumina sérica provoca alterações da pressão oncótica e, conseqüentemente, edema, comprometendo a difusão de oxigênio e nutrientes para os tecidos, favorecendo a hipóxia e morte celular (WOCN, 2010).

Quanto ao tempo de internação, este variou de 5 a 39 dias para o grupo sem UPP e de 5 a 48 dias para o grupo com UPP. O tempo decorrido para o desenvolvimento da lesão predominou na categoria entre 6 a 10 dias 4 (50%) e 3 (37,5%) em até 5 dias.

Bavaresco, Medeiros e Lucena (2011) verificaram em sua pesquisa que os pacientes permaneceram internados por um tempo mediano de 14 (4-30) dias e as úlceras começaram a surgir no período compreendido entre o 2º e o 26º dia de hospitalização.

Na pesquisa de Matos, Duarte e Minetto (2010), metade das úlceras foram identificadas entre o 2º e o 4º dia de avaliação, dado que reflete a realidade evidenciada também por Fernandes (2005), com pacientes internados em duas UTI de um hospital privado de Natal-RN, que detectou 16 (80,0%) com até 7 dias de internação. Para Costa (2003), o desenvolvimento de UPP normalmente acontece nas duas primeiras semanas de hospitalização.

Esses achados provavelmente decorrem da gravidade dos pacientes internos na terapia intensiva, os quais, geralmente apresentam-se mais instáveis nos primeiros dias de internação, necessitando de procedimentos para estabilização do quadro clínico, ficando para segundo plano as atividades de avaliação do risco e intervenções para integridade da pele.

Nesse sentido, os pacientes que conseguem passar por essa fase de instabilidade sem desenvolver UPP, mas continuam nesse ambiente complexo, acamados, com alterações do nível de consciência, com mobilidade prejudicada, conectados aos dispositivos, usando vasopressores e corticóides, precisam ser vistos pela equipe multidisciplinar como um grupo de elevado risco para UPP, devendo-se instituir medidas profiláticas precoces, almejando não apenas a estabilidade do quadro clínico e a alta da unidade, mas também devolvê-lo para família sem iatrogenias, como as tão temidas úlceras por pressão.

Contrariamente aos nossos resultados, Fernandes (2005), analisando o tempo de internação encontrou diferença estatisticamente significativa com UPP, revelando que quanto maior o período de internação maior o risco para o desenvolvimento desse agravo. Cardoso, Caliri e Hass (2004) também verificaram a associação entre UPP e o período de internação, confirmando-se este, como um fator de risco para o desenvolvimento desse tipo de lesão.

Concernente ao risco para o desenvolvimento de UPP, este foi mensurado através da Escala de Braden, predominando as categorias alto risco 30 (66,7%) (≤ 12 pontos) e risco moderado 10 (22,2%) (13 a 14 pontos). Outras pesquisas encontraram resultados com números inferiores aos nossos, mas com predomínio também dos classificados em alto risco para desenvolver UPP, como a de Matos, Duarte e Minetto (2010) 55,5% e Silva et al. (2010) 57,3%.

Analisando os pacientes com UPP 17 (100%) e o risco mensurado pela Escala de Braden, verificou-se que 15 (88,2%) estavam classificados em alto risco e 2 (11,8%) em risco moderado, evidenciando que o escore de risco é compatível com o desenvolvimento de úlceras por pressão nesses pacientes.

Escore de risco para UPP elevados são esperados para pacientes internados em UTI, haja vista os resultados de pesquisas evidenciarem essa realidade, como as de Rogenski (2005) e Cremasco et al. (2009). Esse elevado risco se justifica pela gravidade, complexidade e condição de dependência que estão sujeitos os pacientes internados nas unidades de terapia intensiva (MATOS; DUARTE; MINETTO, 2010).

Portanto, os achados constata a vulnerabilidade dos pacientes de UTI, como também revelam a importância da utilização da Escala de Braden para prever o risco que estes apresentam para desenvolver UPP, visto que a maioria deles foi classificada em alto risco, e que destes, 15 (88,2%) apresentavam a lesão, sugerindo que esta escala pode ser um instrumento confiável para avaliar o risco, considerando o cenário, a população e a capacitação profissional de quem aplica a escala.

Fife et al. (2001) investigaram a Escala de Braden como instrumento para prever o risco de UPP em 186 pacientes neurológicos. Excluindo as úlceras em estágio I, verificaram uma incidência de 12,4%. Os escores da escala de Braden variaram de 8 a 23 pontos e os pacientes com UPP obtiveram escore ≤ 15 . Com exceção do índice de massa corporal, a escala foi considerada melhor do que qualquer outro instrumento para prever o desenvolvimento da lesão nos pacientes do estudo.

Rogenski (2002), após encontrar dados similares aos nossos em sua dissertação de mestrado, menciona que esses resultados permitem afirmar que a Escala de Braden deve ser

usada como um instrumento preditor para o risco de UPP, tanto na avaliação inicial como no acompanhamento da evolução dos pacientes de risco ou mesmo daqueles que já desenvolveram a lesão durante o período de internação, possibilitando intervenções pertinentes a cada caso.

As escalas são instrumentos eficientes e que podem ajudar o enfermeiro na mensuração do risco, fornecendo subsídios para o planejamento do cuidado individualizado, de forma a intervir no paciente com melhores resultados. Nesse contexto, Matos, Duarte e Minetto (2010), mencionam que para uma prática com qualidade, as ações de cuidado devem estar sustentadas cientificamente na melhor evidência clínica, otimizando recursos humanos disponíveis e a redução de custos à instituição.

Ao se buscar nas subescalas ou domínios da Escala de Braden os escores de risco mais afetados verificou-se que no domínio percepção sensorial dos pacientes com UPP 11 (64,7%) não reagem aos estímulos dolorosos, em consequência ao rebaixamento do nível de consciência ou uso de sedativos ou capacidade limitada de sentir dor na maior parte do corpo, sendo registrados como totalmente limitados. Já para o grupo sem UPP predominou totalmente limitado e levemente limitado com 11 pacientes em cada subescala.

Esses achados ratificam a necessidade de cuidados voltados à prevenção das UPP nesse grupo, tendo em vista que o déficit sensorial que os acomete dificulta a mudar a posição do corpo ou até mesmo solicitar ajuda para fazê-lo, aumentando a exposição à pressão e consequentemente ao risco para desenvolver a lesão.

No domínio umidade foi verificada que a grande maioria dos pacientes no grupo com e sem UPP encontrava-se ocasionalmente molhado. É esperado que pacientes com quadro semelhante aos participantes da pesquisa apresentem umidade em decorrência do rebaixamento do nível de consciência, restrição no leito, uso de medicações, dependência para higienização e pelo edema que geralmente desenvolvem após dias de internação, levando-os a drenagem de líquidos pelos poros.

Mostra-se relevante ressaltar que a umidade pode ser ocasional, ao invés de completamente molhado ou muito molhado, pelo fato da maioria dos pacientes utilizarem sonda vesical de demora e que a equipe de enfermagem dispõe de algumas estratégias para prevenir que o paciente fique exposto à umidade por longos períodos, tais como: colocação de dispositivo para incontinência urinária nos homens, para canalizar a diurese para um coletor externo naqueles que não estão sondados; envolvimento dos membros exsudativos com lençóis e troca quando necessário, evitando que essa umidade molhe os lençóis da cama, e de rotina, a equipe diurna troca os pacientes pela manhã por ocasião do banho e à tarde verificam

a presença de umidade, realizando a higienização e troca dos lençóis quando necessário. A equipe da noite troca no começo do plantão e novamente pela manhã, antes de passar o plantão.

Na avaliação de Fernandes (2006), a umidade também não foi frequente nos pacientes do estudo. A autora acrescenta que esses resultados provavelmente se explicam pelo uso frequente da sonda vesical de demora que geralmente ocorre na UTI, pela necessidade de tratamento de algumas patologias e controle rigoroso da diurese.

Outras pesquisas realizadas também em unidade de cuidados intensivos verificaram diferença estatística significativa entre os grupos expostos à umidade ou não, como por exemplo, a de Fife et al. (2001) que constatou incidência de 26,1% para os pacientes com incontinência urinária contra 10,4% para os que não tinham esse problema ($p=0,033$) e a de Carlson, Kemp e Shott (1999) que também verificou diferença estatística significativa entre os grupos.

Considerando a gravidade dos pacientes críticos que impõe muitas restrições como também, chamando atenção para possíveis falhas nos recursos materiais e humanos, no item atividade, 100% dos pacientes se encontravam acamados, significando dizer: não ir ao banheiro, não sentar na cadeira e nem tampouco na cama com as pernas para fora do leito.

Atualmente, existem equipamentos (guincho) que retiram o paciente do leito e colocam na cadeira com apoio e supervisão dos profissionais. Esses dados sugerem que precisamos evoluir nesse item, uma vez que se sabe dos vários riscos que sofre os pacientes acamados por longos períodos, entre eles, atrofia muscular e as tão temidas UPP (FERNANDES; TORRES, 2008).

Concernente à mobilidade, 13 (76,5%) dos pacientes com UPP estavam totalmente imóveis e 4 (23,5%) bastante limitado. Outro estudo verificou no grupo com UPP (69,6%) para totalmente imóvel (GOMES et al., 2011).

Segundo a descrição da Escala de Braden a mobilidade é entendida como a capacidade de mudar, manter ou sustentar a posição do corpo, aliviando a pressão em áreas da pele/corpo beneficiando a circulação. Para os pacientes da terapia intensiva essa mobilidade geralmente está comprometida e ainda se agrava pelo déficit sensorial e comorbidades requerendo da equipe um planejamento direcionado para a prevenção das UPP.

Resultado não esperado foi o da subescala nutrição, o qual revelou que a maioria dos que apresentava UPP 9 (52,9%) estava categorizado como adequado, ou seja, recebiam alimentação por sonda ou nutrição parenteral total (NPT). Estranhamente, no grupo sem a lesão, 14 (50,0%) foi categorizado com nutrição muito pobre.

O fato dos pacientes com UPP estarem em sua maioria recebendo alimentação, provavelmente decorre de um maior tempo de internação na unidade, o que resulta em estabilização do quadro e iniciação da alimentação, haja vista os benefícios de manter o paciente nutrido não apenas para prevenção das UPP, mas considerando o contexto geral da terapia intensiva. Enfatiza-se ainda que a gênese dessas lesões são multifatoriais, representando a dieta apenas um fator de risco a mais e não um determinante do seu aparecimento. Inferimos assim, que esses resultados são insuficientes para relacionar ou descaracterizar a ocorrência de UPP com a alimentação recebida pelos pacientes do estudo.

Analisando a fricção e o cisalhamento o escore problema foi identificado em 100,0% dos 17 com e em 18 (64,2%) dos sem UPP, evidenciando uma associação significativa entre esses domínios da Escala de Braden e a ocorrência de UPP ($p=0,016$). Semelhantemente, Fernandes (2005) verificou a presença do fator externo fricção e cisalhamento em 100% dos pacientes com UPP.

Esses números são preocupantes e inquietantes, porque mesmo sendo compartilhado por muitos autores que esse fator externo contribui para a formação de UPP, principalmente quando associado a outros riscos, como é o caso dos pacientes graves, ele é frequentemente presente em nossa prática. O mais agravante é que as medidas para eliminar esse risco ou amenizá-lo, não precisam de muitos recursos e nem de novas tecnologias para realizá-lo, requerem apenas que os profissionais conheçam a multicausalidade das UPP e se comprometam com o paciente e com o serviço.

O lençol móvel (conhecido na prática como travessa) deve ser usado para mover/transferir o paciente, evitando exposição à fricção e cisalhamento, devendo estar ajustado na posição adequada em relação ao corpo do paciente, que ajude a sustentar o tronco, para elevar sem arrastar o paciente, quando da mobilização no leito. Nesse sentido, a Wocn (2003) destaca o uso do lençol móvel e de curativos protetores da pele como medidas preventivas que tendem a reduzir a lesão mecânica resultante da fricção.

Em uma análise das 6 subescalas de Braden e o risco relacionado para UPP, observou-se que nos pacientes que apresentavam maior comprometimento nas categorias: percepção sensorial (completamente limitado), umidade (constantemente e muito úmida), atividade (acamado), mobilidade (completamente imobilizado), nutrição (adequado) e fricção e cisalhamento (problema); foram identificadas maior quantidade de lesões (GOMES et al., 2011).

Os dispositivos utilizados e cuidados dispensados aos pacientes na unidade estudada assemelham-se aos encontrados em outras pesquisas realizadas nos cenários de terapia

intensiva no Brasil. Um diferencial encontrado foi o uso de superfície de apoio do tipo colchão pneumático (ar dinâmico) por todos os pacientes. Por outro lado, apesar da unidade dispor de rolos de espuma, travesseiros e almofadas para auxiliar no reposicionamento do paciente no leito, não foi observado durante a coleta de dados o uso frequente destes dispositivos. Para diminuir o atrito entre as proeminências ósseas, como por exemplo, entre os joelhos e tornozelos, usam lençóis, revelando que os profissionais de enfermagem não se adaptaram as almofadas confeccionadas para tal função, alegando que são pequenas e escorregadias, deixando o paciente desarrumado, necessitando que seja verificada a adequação desses dispositivos na prática.

Os dispositivos utilizados para prevenção das UPP na unidade são o filme transparente, placas de hidrocolóide com espuma e transparente, aplicados na pele pela enfermeira da comissão de pele. Verificando os dados coletados na avaliação inicial, a maioria no grupo com UPP fez uso do filme transparente 8 (47,1%) e no grupo sem UPP 26 (57,8%) não usaram qualquer tipo de dispositivo de proteção.

A membrana ou filme transparente é composto de poliuretano, impermeável a fluidos e micro-organismos e adesiva a pele seca. Indicado para prevenção de UPP de categoria I, para fixar e proteger os cateteres vasculares de contaminações, proteção da pele vizinha das feridas com exsudato e como coberturas de incisões íntegras (SILVA et al., 2011).

Tem-se acompanhado na prática o uso em larga escala do filme semipermeável transparente para fins de prevenção das UPP, no entanto, sabe-se empiricamente, que esse dispositivo não contém componentes que funcionem como aliviador de pressão. A aplicação desse filme em áreas de proeminências ósseas talvez decorra pelo menor custo quando comparado às placas de hidrocolóides e espumas.

Provavelmente, o uso do filme seja importante para fazer um isolamento na pele e proteger contra a fricção e cisalhamento, mas não se podem afirmar tais benefícios, tendo em vista que não foi objetivo de nossa pesquisa, sendo necessários outros estudos para avaliar a efetividade desses dispositivos.

Uma pesquisa clínica realizada por Souza (2010) analisando a efetividade do filme transparente de poliuretano para prevenção de UPP em calcâneos verificou uma incidência significativamente inferior no grupo que sofreu a intervenção.

Os dispositivos são estratégias importantes no auxílio à prevenção e como complemento fundamental do tratamento, mas não devem substituir a execução de medidas que vem sendo aplicadas já há muito tempo, e que não dependem de tecnologias, nem de altos investimentos, mas apenas de algumas medidas simples e economicamente viáveis que podem

ser utilizadas tanto em ambientes hospitalares quanto domiciliares, como por exemplo, manter a pele limpa e hidratada, proteger da umidade e da fricção e cisalhamento e mudar o decúbito em períodos regulares de acordo com a condição clínica do paciente.

Reconhecemos a grande importância das novas tecnologias na perspectiva da prevenção e tratamento das úlceras por pressão e afirmamos que seus benefícios são inegáveis em nossa prática, mas alertamos que não podemos estar engessados a esses recursos (até mesmo porque eles costumam faltar nos serviços públicos por falha no planejamento e excesso de burocracia) nem deixar de executar práticas simples e reconhecidas pela literatura como favoráveis a prevenção, principalmente porque não demandam grandes investimentos e são contrários ao comodismo da não realização de cuidados por falta de material, já que alguns dos mais importantes para a prevenção de UPP, como a mudança de decúbito, não requerem nenhum material específico para sua realização, mas somente o envolvimento responsável dos profissionais de enfermagem que primam pela qualidade da assistência.

Em relação à posição do paciente no leito, considerou-se o momento da primeira avaliação e o posicionamento que foi realizado após o banho no leito, verificando-se que 17 (100,0%) e 24 (85,7%) dos pacientes com e sem UPP estavam em decúbito dorsal.

Esses achados denunciam a falta de reposicionamento dos pacientes no leito em intervalos regulares pela equipe que presta assistência direta, negligenciando as recomendações dos *guidelines*, que enfatizam a pressão como um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de úlceras por pressão. Talvez essa atitude dos profissionais esteja relacionada à aquisição dos colchões pneumáticos para todos os leitos dos pacientes, acreditando erroneamente, que uma vez que essa superfície de apoio redistribui o peso aliviando áreas sobrecarregadas pela pressão, dispensaria a tão antiga e exaustiva função de mudança de decúbito.

Ao pesquisar sobre essas medidas preventivas e de como elas são aplicadas em outras realidades, encontra-se resultados semelhantes aos da nossa prática, como o verificado em uma pesquisa de intervenção educativa, realizada com profissionais de enfermagem de um centro de terapia intensiva do hospital das clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-SP, que observou a posição adotada pelo paciente no início e final do banho no leito, verificando que a mais adotada era decúbito dorsal tanto na fase pré-intervenção 45 (90,0%) como na pós-intervenção 44 (88,0%). No final do banho 35 (70,0%) permaneceram em decúbito dorsal na fase pré e 46 (92,0%) na fase pós, ou seja, nas duas fases e nos dois momentos diferentes do banho no leito, prevaleceu a posição dorsal (FERNANDES, 2006).

Fernandes (2005) verificou que entre os fatores extrínsecos presentes nos pacientes com UPP, os mais frequentes foram: tipo de colchão inadequado (densidade, tempo de uso, espessura <13 cm) (100,0%), posicionamento no mesmo decúbito por mais de 2 horas (100,0%) e forças de cisalhamento/fricção e força de pressão (100%), constatando ainda uma associação significativa entre esses fatores e a ocorrência de UPP.

Mais uma vez questiona-se a nossa prática, porque se tem investido tanto em recursos materiais e humanos para reduzir as úlceras por pressão se não estamos fazendo nem o mais básico? Falta conhecimento sobre a importância desse simples cuidado? Falta envolvimento? O que fazer para despertar nos profissionais o compromisso e a responsabilidade com o outro? Será sobrecarga de trabalho, já que a enfermagem é uma profissão imbuída de muitas atividades durante o plantão? Será que esses questionamentos se restringem a instituição pesquisada?

Uma coisa é certa, os resultados aqui apresentados expressam claramente que precisamos investir em ações educativas que envolvam nossos profissionais, tornando-os conhecedores do problema, interessados em soluções e sensíveis para um atendimento mais humanizado e integrado, que com certeza resultará entre outras medidas, na prevenção das úlceras por pressão e consequentemente na redução das taxas de incidência e prevalência.

7 CONCLUSÃO

Identificou-se uma incidência de 22,2% e uma prevalência de 37,8% de úlceras por pressão na unidade pesquisada, sendo verificado um alto risco para UPP através da Escala de Braden na maioria dos pacientes avaliados (66,7%) e em 88,2% dos que apresentavam a lesão, sendo a atividade e fricção e cisalhamento as subescalas de Braden mais afetadas para estes pacientes.

Não se evidenciou associação significativa pelo Teste de Qui-quadrado e o Exato de Fisher entre os dados sociodemográficos e a ocorrência de UPP, todavia, confirmou-se associação significativa entre o nível de consciência ($p=0,000$), as características da pele ($p=0,016$) e a subescala fricção e cisalhamento da Escala de Braden ($p=0,016$) com a ocorrência de úlcera por pressão.

Considerando a incidência de UPP identificada, os resultados retratam uma taxa menor do que a encontrada em alguns cenários das unidades de terapia intensiva do Brasil, embora ainda seja elevado quando comparado as taxas descritas no contexto internacional. Esses dados reforçam que as úlceras por pressão continuam representando um grave problema dentro das unidades de terapia intensiva, mesmo com todos os recursos materiais e capacitação humana que tem se buscado importar para dentro das unidades, na tentativa de reduzir esses números.

Concernente ao elevado risco para UPP identificado nos pacientes do estudo, pela Escala de Braden, constatou-se a vulnerabilidade dos pacientes de terapia intensiva como também a importância da utilização desta escala para prever o risco que estes apresentam para desenvolver a lesão, sugerindo que esta escala pode ser um instrumento confiável para verificar o risco, considerando o cenário, a população e a capacitação profissional de quem aplica o instrumento.

Os resultados permitiram traçar um delineamento da nossa realidade sobre as úlceras por pressão e chamam a atenção para os desafios que temos diante de tão complexa iatrogenia, principalmente na terapia intensiva, uma vez que mesmo com todos os investimentos já feitos em superfície de apoio, como por exemplo, aquisição dos colchões de ar dinâmico para todos os leitos, dos diversos dispositivos para prevenção e tratamento das UPP e da implantação de uma comissão de pele dentro da instituição, ficando uma enfermeira e uma técnica em enfermagem dentro da UTI, ainda há muito para se fazer em nossa prática a fim de obter a redução desses números.

Os resultados desta investigação serão socializados juntos aos profissionais do serviço e a direção da instituição, para que todos conheçam a dimensão do problema representado pelas úlceras por pressão, fortalecendo as práticas que estão sendo adequadas e refletindo as consideradas inadequadas, favorecendo assim, mudanças nas ações de cuidado prestado na unidade pesquisada.

Uma das limitações do estudo foi o reduzido tamanho da amostra que prejudicou a verificação de associação significativa entre algumas variáveis, nos grupos com e sem UPP. Ressalta-se a importância da realização de mais pesquisas sobre essa temática e nessa população específica, sendo estas desenvolvidas com um maior número de participantes e com maior tempo de coleta de dados, tendo em vista a complexidade das úlceras por pressão e as particularidades dos pacientes internados em unidades de terapia intensiva.

Ante aos achados e as observações durante o processo investigativo, sugere-se como estratégia para reduzir a incidência e prevalência de UPP na unidade: investir em capacitação profissional através de educação permanente em serviço e construir e implantar protocolos para prevenção e tratamento dessas lesões, uma vez que existem algumas pesquisas clínicas evidenciando a redução da incidência após essas medidas, que devem ser fundamentadas nas melhores evidências clínicas de modo a auxiliar no direcionamento das ações de cuidado, possibilitando melhores resultados.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, E. S. S. **Risco de úlcera por pressão em idosos com declínio funcional de mobilidade física domiciliados em João Pessoa-PB.** João Pessoa, 2011. 94 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, 2011.
- AGENCY FOR HEALTH CARE POLICY AND RESEARCH, U.S. Department of Health and Human Services. **Pressure ulcers in adults: Prediction and prevention.** 1992, n.92-0047.
- ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M. Z. **Introdução à epidemiologia.** 4 ed. Rev. Ampliada. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- ANSEMI, M. L.; PREDUZZI, M.; JÚNIOR, I. F. Incidência de úlcera por pressão e ações de enfermagem. **Acta Paulista de enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 33. p. 257-64, 2009.
- ANTHONY, D, et al. Ethnicity in pressure ulcer risk assessment, with specific relation to the pakistani ethnic minority in Burton, England. **J. Adv. Nurs.**, v. 38, n.6, p. 592-597, 2002.
- AYELLO, E. A. Predicting pressure ulcer risk. Try This: Best Practices in Nursing Care to Older Adults. **New York**, n. 5, revised 2007.
- ARAÚJO, R. D. et al. A enfermagem e a utilização da escala de Braden em úlcera por pressão. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 359-64, 2010. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v18n3/v18n3a04.pdf>. Acesso em 12 de julho de 2012.
- ASSOCIAÇÃO AMIGOS DA GRANDE IDADE. Superfícies de apoio na prevenção das úlceras de pressão. **Revista envelhecimento e inovação.** v. 1, n. 4, 2012. Disponível em: <Http://www.associacaoamigosdagrandeidade.com/revista/volume-1-numero-4-2012/superficies-de-apoio/>. Acesso em: 14 de out 2012.
- AZEN, R.; WALKER, C. M. **Categorical data analysis for the behavioral and social sciences.** New York, Taylor & Francis, 2011.
- BAVARESCO, T.; MEDEIROS, R. H.; LUCENA, A. F. Implantação da escala de Braden em uma unidade de terapia intensiva de um hospital universitário. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre v. 32, n. 4, p.703-10, 2011. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/17469/14445>. Acesso em: 12 set. 2012.
- BERGSTROM, N. et al. The Braden Scale for predicting pressure sore risk. **Nurs. Res. New York**, v.36, n. 4, p. 205-210, jul/Ago. 1987.
- BERGSTROM, N. et al. Predicting pressure ulcer risk: a multisite study of the predictive validity of the Braden scale. **Nursing Research**, v. 47, n. 5, p. 261-259, 1998.
- BLANES, L. et al. Avaliação clínica e epidemiológica das úlceras por pressão em pacientes internados no Hospital São Paulo. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 50, n. 2, p.182-7, 2004.

BRADEN, B.; BERGSTROM, N. A conceptual schema for the study of the etiology of pressure sore. **Rehab Nurs**, v. 12, n. 1, p. 8-12, 1987.

BRADEN, B. J. Assessment in pressure ulcer prevention. In: KRASNER, D.; KANE, D. **Chronic Wound Care**, Wayne, PA, 2nd edition, health management publications, p.29-36, 1997.

BRANDÃO, E. S.; SANTOS, J. A.; SANTOS, I. Úlceras por compressão: importância da avaliação do cliente. In: SILVA, et al. **Feridas: fundamentos e atualizações em enfermagem**. 3 ed. São Paulo: yendis, 2011.

BOMFIM, E.; BOMFIM, G. **Guia de medicamentos em enfermagem**. São Paulo, Rio de Janeiro, Ribeirão Preto, Belo Horizonte: Atheneu, 2006, p.1-196.

BRASIL. Ministério da saúde: Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos: Resolução 196/96**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/normas_pesquisa_sereshumanos.pdf. Acesso em 10 mar. 2011.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei Nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

BUSSAB, W.; MORETTIN, P. **Estatística Básica**. 5 ed. edição. São Paulo: Saraiva, 2006.

CAMPBELL, D.; STANLEY, J. **Delineamentos Experimentais e Quase-experimentais da Pesquisa**. São Paulo: EDUSP, 1979.

CÂNDIDO, L. C. **Feridólogo** - Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa e Tratamento de Feridas. Disponível em: <http://www.feridologo.com.br/> Acesso em: 21 dez 2011.

CARDOSO, M. C. de S.; CALIRI, M. H. L.; HASS, V. J. Prevalência de úlceras de pressão em pacientes críticos internados em um hospital universitário. **Rev. Min. Enferm. (REME)**, v. 8, n. 2, p. 316-320, abr-jun, 2004. Disponível em: http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/files/files_4c0cee7f70151.pdf. acesso em 15 de outubro de 2012.

CARLSON, E.V.; KEMP, M. G.; SHOTT, S. Predicting the risk of pressure ulcers in critically ill patients. **American Journal of Critical Care**, v. 8, n.4, p. 262-269.1999.

COSTA, I. G. Incidência de úlcera por pressão em hospitais regionais de Mato Grosso, Brasil. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 31, n. 4, p.693-700. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472010000400012&script=sci_arttext. Acesso em 09 de agosto de 2012.

COSTA, I. G. **Incidência de úlcera de pressão e fatores de risco relacionados em pacientes de um centro de terapia intensiva**. Ribeirão Preto, 2003. 150p. Dissertação (Mestrado) - Escola de enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, 2003.

CREMASCO, M. F. et al. Úlcera por pressão: risco e gravidade do paciente e carga de trabalho de enfermagem. **Acta Paul Enferm.**, v. 22, n. (Especial - 70 Anos), p. 897-902. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe/11.pdf>. Acesso em 01 de out 2012.

CUERVO, F. M. Las Úlceras por Presión: una problemática prevenible. In Colectânea: **Enfermagem e Úlceras por Pressão**: da reflexão sobre a disciplina às evidências nos cuidados, GRUPO ICE. Angra do Heroísmo, cap. 2 p.169-191, 2008. Disponível em: http://sociedadeferidas.pt/documentos/Enfermagem_e_ulceras_por_Pressao_-_Colectanea.pdf. Acesso em: 07 jun 2012.

EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL; NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL. **Prevention and treatment of pressure ulcers**: quick reference guide. Washington DC: NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL; 2009. Disponível em: <http://www.npuap.org/resources/>. Acesso em: 10 jul. 2011.

FALCI, J. S. P.; CRUZ, I. C. F. Risk assessment for pressure ulcer evidence based nursing practice. **Journal of Specialized Nursing Care**, North America, 2008. Disponível em: <http://www.uff.br/jsncare/index.php/jsncare/article/view/j.1983-4152.2008.1648>. Acesso em 05 nov. 2012.

FERNANDES, L. M. **Úlcera de pressão em pacientes críticos hospitalizados**: uma revisão integrativa de literatura. Ribeirão Preto, 2000. 168 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2000.

FERNANDES, L. M. **Efeitos de intervenções educativas no conhecimento e práticas de profissionais de enfermagem e na incidência de úlceras de pressão em centro de terapia intensiva**. 2006. 215f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

FERNANDES, N. C. S. **Úlceras de pressão**: um estudo com pacientes de unidade de terapia intensiva. 2005. 139 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2005.

FERNANDES, L. M.; CALIRI, M. H. L. Úlcera de pressão em pacientes críticos hospitalizados: uma revisão integrativa da literatura. **Rev. Paul. Enf.**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 25-31, 2000.

FERNANDES, L. M.; CALIRI, M. H. L. Uso da escala de Braden e de Glasgow para identificação do risco para úlceras de pressão em pacientes internados em centro de terapia intensiva. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.16, n. 6, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n6/pt_06 . Acesso em: 12 de agosto de 2012.

FERNANDES, N. C. S.; TORRES, G. V. Incidência e fatores de risco de úlceras de pressão em pacientes de unidade de terapia intensiva. **Cienc. Cuid. Saude**, v. 7, n. 3, p. 304-310. 2008. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/6484/3855>. Acesso em: 14 jul 2012.

FERNANDES, N. C. S.; TORRES, G. V. Ulcers of pressure in patients of intensive therapy unit: incidence and association of risk factors. **The FIEP bulletin**, Foz do Iguaçu, v. 76, n. 2, p. 55-58, 2006.

FERNANDES, L. M.; CALIRI, M. H. L.; HAAS, V. J. Efeito de intervenções educativas no conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre prevenção de úlceras pressão. **Acta Paul Enferm**, v. 21, n. 2, p. 305-11, 2008; Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n2/a12v21n2.pdf>. Acesso em 15 de setembro de 2012.

FERNANDES, N. C. S.; TORRES, G. V.; VIEIRA, D. Fatores de risco e condições predisponentes para úlcera de pressão em pacientes de terapia intensiva. **Rev. Eletr. Enf.** v.10, n. 3, p.733-46. 2008. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v10/n3/pdf/v10n3a19.pdf. Acesso em 05 de outubro de 2012.

FIFE, C. et al. Incidence of pressure ulcers in a neurologic intensive care unit. **Crit Care Med Texas** (USA), v. 29, n. 2, p. 283-90, 2001.

FREEMAN, G. H.; HALTON, J. H. **Note on an exact treatment of contingency, goodness of fit and other problems of significance**. Biometrika, 1951.

GIOVANINI, T.; OLIVEIRA JÚNIOR, A. P. G.; PALERMO, T. C. S. **Manual de curativos**. São Paulo: Corpus, 2007.

GOMES, F. S. L.; MAGALHÃES, M. B. B. Úlcera por pressão. In: BORGES, E. L. et al. **Feridas: como tratar**. 2º Ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2008. Cap.11, p. 189-223.

GOMES, F. S. L. et al. Factors associated to pressure ulcers in patients at Adult Intensive Care Units. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 1065-71. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n4/en_31.pdf. Acesso em: 10 de out 2012.

GOMES, F. S. L. et al. Avaliação de risco para úlcera por pressão em pacientes críticos. **Rev. Esc Enferm USP**. v. 45, n. 2, p. 313-18, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/v45n2a01.pdf>. Acesso em: 11 de Nov 2012.

GOMES, A. M. Desenvolvimento histórico da prática assistencial em cuidados intensivos no Brasil. In: VIANA, R. A. P. P.; WHITAKER, I. Y. e colaboradores. **Enfermagem em Terapia Intensiva: práticas e vivências**. Porto Alegre: Artmed, 2011. Cap. 01. p. 21-26.

GOMES, R. C. et al. Úlcera por pressão: proposta de sistematização da assistência de enfermagem em unidade de cuidados intensivos à luz da literatura. **Revista Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição** [serial on-line], v. 1, n. 2, p. 1-18. 2009. Disponível em: http://www.ceen.com.br/conteudo/downloads/4552_31.pdf. Acesso em: 08 jul 2012.

IRION, G. **Feridas**. Novas abordagens, manejo clínico e Atlas em cores. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

ITO, P. E. et al. Aplicação do protocolo de monitorização em paciente com risco de desenvolver úlcera de pressão: um estudo de caso. **Arq. ciências saúde UNIPAR**, v. 8, n. 1, p. 79-84, 2004.

JORGE, S. A.; DANTAS, S. R. P. E. **Abordagem multidisciplinar do tratamento de feridas**. 3. Ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2005.

LINDOHLM, C. **Úlceras de Pressão com “caso-estudo” nos Açores**. 2007. Disponível em: <http://www.azoresglobal.com/canais/noticias/noticia.php?id=14056>. Acesso em 22 nov 2011.

LISE, F.; SILVA, L. C. Prevenção de úlcera por pressão: instrumentalizando a enfermagem e orientando o familiar cuidador. **Acta Sci. Health Sci.**, Maringá, v. 29, n. 2, p. 85-89, 2007.

LOURO, M.; FERREIRA, M.; PÓVOA P. Avaliação de protocolo de prevenção e tratamento de úlceras de pressão. **RBTL**, v. 19, n. 3, p. 337-341, jul- set, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v19n3/v19n3a12.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2011.

MAIA, L. C. M.; MONTEIRO, M. L. G. Úlceras por compressão: prevenção e tratamento. In SILVA, R. C. L. et al. **Feridas: fundamentos e atualizações em enfermagem**. 3 ed. São Caetano do Sul: yendis, 2011. cap. 16. p. 387- 403.

MATTIA, A. L. et al. Úlcera por Pressão em UTI: fatores de risco e medidas de prevenção. **Saúde Coletiva**, v. 7, n. 46. p.296-299. 2010. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=84215678003>. Acesso em: 21 de set 2012.

MATOS, L. S.; DUARTE, N. L. V.; MINETTO, R. C. Incidência e prevalência de úlcera por pressão no CTI de um Hospital Público do DF. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 12, n. 4, p. 19-26, 2010. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/viewFile/8481/8495>. Acesso em: 08 nov. 2012.

MEDEIROS, A. B. F.; LOPES, C. H. A. F.; JORGE, M. S. B. Análise da prevenção e tratamento das úlceras por pressão propostos por enfermeiros. **Rev Esc. Enferm., USP**, v. 44, n. 1 p. 223-8, São Paulo, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n1/29>. Acesso em: 20 jan. 2012.

MEDEIROS, A. B. F. **Úlcera por pressão em idosos hospitalizados: análise da prevalência e fatores de risco**. Fortaleza, 2006. 125p. Dissertação (Mestrado em enfermagem). Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2006. Disponível em: http://www.uece.br/cmaccilis/dmdocuments/adriana_bessa_fernandes_medeiro.pdf

MESSER, M. S. Pressure ulcer risk in ancillary services patients. **Journal of Wound Ostomy and Continence Nursing**, v. 37, n. 2, p. 153-8, 2010. Disponível em: http://journals.lww.com/jwoconline/Citation/2010/03000/Pressure_Ulcer_Risk_in_Ancillary_Services_Patients.9.aspx. Acesso em: 21 jul. 2012.

MORO, A. et al. Avaliação dos pacientes portadores de lesão por pressão internados em hospital geral. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 53, n. 4, p. 300-4, 2007.

NOTAS sobre enfermagem: um guia para cuidadores na atualidade. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. 179p.

PAIVA, L. C. **Úlcera de pressão em pacientes internados em um hospital universitário em Natal/RN:** condições predisponentes e fatores de riscos. Natal, 2008. 99f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, 2008.

PARANHOS, W.Y; SANTOS, V. L. C. G. Avaliação de risco para úlceras de pressão por meio da escala de Braden, na língua portuguesa. **Rev.Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 33, n. esp., p.191-206,1999.

ROCHA, J. A.; MIRANDA, M. J.; ANDRADE, M. J. Abordagem terapêutica das úlceras de pressão - intervenções baseadas na evidência. **Acta Med Port.**, v. 19, p. 29-38, 2006. Disponível em: <http://actamedicaportuguesa.com/pdf/2006-19/1/029-038.pdf>. Acesso em: 14 de maio 2012.

RODRIGUES, M. M.; SOUZA, M. S.; SILVA, J. L. Sistematização da assistência de enfermagem na prevenção da lesão tecidual por pressão. **Cogitare Enferm**, Niterói, v. 13, n. 4. p. 566-75, 2008. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/13117/8875>. Acesso em: 15 agost 2012.

ROCHA, A. B. L.; BARROS, S. M. O. Avaliação de risco de úlcera por pressão: propriedades de medida da versão em português da escala de Waterlow. **Acta Paul Enferm**, v. 20, n. 2, p. 143-50, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n2/a06v20n2.pdf>. Acesso em: 14 out 2012.

ROGENSKI, N. M. B. **Estudo sobre a prevalência e a incidência de úlceras de pressão em um hospital universitário.** São Paulo, 2002. 109p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

ROGENSKI, N. M. B.; SANTOS, V. L. C. G. Estudo sobre a incidência de úlceras por pressão em um hospital universitário. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 4, p. 474-80, 2005.

SANTOS, C. C. V. et al. Aspectos éticos e legais na assistência de enfermagem. In: SILVA, R. C. L.; FIGUEIREDO, N. M. A.; MEIRELES, I. B. **Feridas:** fundamentos e atualizações em enfermagem. 2. ed. São Caetano do Sul: Yendis, 2007.

SERPA, L. F. **Capacidade preditiva da subescala Nutrição da Escala de Braden para avaliar o risco de desenvolvimento de UP.** São Paulo, 2006. 150 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

SILVA, et al. Unidade de Terapia Intensiva – UTI. In: FIGUEIREDO, N. M. A.; SILVA, C. R. L.; SILVA, R. C. L. (Org.). **CTI:** atuação, intervenção e cuidados de enfermagem. São Caetano do Sul: Yendis, 2009. Cap. 01. p. 1- 42.

SILVA, R. C. L. et al. **Feridas:** fundamentos e atualizações em enfermagem. 3. ed. São Caetano do Sul: Yendis, 2011.

SILVA, E. W. N. L. et al. Aplicabilidade do protocolo de prevenção de úlcera de pressão em unidade de terapia intensiva. **Rev Bras Ter Intensiva**, v. 22, n. 2, P. 175-185. 2010; Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v22n2/a12v22n2.pdf>.

SOUZA, D. M. S. T.; SANTOS, V. L. C. G. Fatores de risco para o desenvolvimento de úlceras por pressão em idosos institucionalizados. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n.5, p. 958-964, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n5/pt_v15n5a11.pdf . Acesso em 15 maio 2012.

SOUZA, T. S. **Avaliação da efetividade do filme transparente de poliuretano na prevenção de úlcera por pressão em calcâneo**. Curitiba, 2010. 95 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2010. Disponível em: <http://www.ppgenf.ufpr.br/Disserta%C3%A7%C3%A3oThaisdeSouza.pdf>. Acesso em 14 dez 2012.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. Brunner e Suddarth. **Tratado de enfermagem Médico-Cirúrgica**. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2005.

VIEIRA, S.; HOSSNE, W. S. **Pesquisa Médica: a Ética e a Metodologia**. São Paulo: Pioneira, 1998.

WADA, A.; NETO, N. T.; FERREIRA, M. C. Úlceras por pressão. **Rev Med.**, v. 89, n. ¾ p.170-7.São Paulo, 2010. Disponível em: <http://www.revistademedicina.org.br/ant/89-3/14-ulceras%20pressao.pdf>. Acesso em 12 de set 2012.

WOUND OSTOMY AND CONTINENCE NURSES SOCIETY (WOCN). **Guideline for prevention and management of pressure ulcers**. Mount Laurel (NJ): Wound, Ostomy, and Continence Nurses Society (WOCN); 2010, 96 p. (WOCN clinical practice guideline; n. 2). Disponível em: <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=23868>. Acesso em 24 jan. 2012.

WOUND OSTOMY AND CONTINENCE NURSES SOCIETY (WOCN). **Guideline for prevention and management of pressure ulcers**. WOCN Clinical Practice Guidelines Series. Glenview (IL):WOCN; 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity: preventing and managing the global epidemic – report of a WHO consultation on obesity**. Geneva (Suíça) WHO; 2000.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Título do estudo: Ocorrência de úlceras por pressão em unidade de terapia intensiva.

Prezado Srº Luciano Alves Pontes

Diretor Administrativo do Hospital da Polícia Militar General Edson Ramalho

A internação hospitalar, principalmente em ambiente de terapia intensiva, pode expor o paciente ao desenvolvimento de lesões de pele, ocasionando dor, aumento do tempo de internação e dos custos hospitalares. Os pacientes de UTI podem estar mais susceptíveis ao desenvolvimento desse agravo por apresentarem instabilidade do quadro de saúde associado a outros fatores de risco. Por isso, essa pesquisa tem como objetivo identificar a incidência de úlcera por pressão (UPP) na unidade de terapia intensiva (UTI), estimar o risco para o desenvolvimento de UPP através da escala de Braden e verificar a associação dos dados sociodemográficos e clínicos e dos fatores de risco com o desenvolvimento de UPP entre os pacientes da UTI.

Aqueles que concordarem em participar, assinará o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ou terá sua participação autorizada pelo seu representante legal, conforme preconiza a resolução Nº196/96 do Conselho Nacional de Saúde. A coleta de dados será realizada pela pesquisadora e uma aluna da graduação em Enfermagem da UFPB, devidamente treinada, através da técnica do exame físico da pele e de outras informações pertinentes registradas no prontuário.

Toda informação obtida é considerada CONFIDENCIAL e a identificação dos pacientes e da instituição será mantida como informação sigilosa.

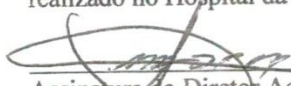
Esta pesquisa apresenta riscos mínimos para os pacientes e tem como benefícios trazer informações que subsidiarão o planejamento de ações preventivas para redução das UPP na unidade.

Em caso de dúvida, pode-se comunicar com **Maria do Livramento Neves Silva** ou com a **Profª Drª Simone Helena dos Santos Oliveira**, orientadora deste projeto, no Programa de Pós graduação em enfermagem da Universidade Federal da Paraíba.

Agradecendo a sua colaboração, solicitamos a declaração de sua autorização para que a pesquisa possa ser realizada na instituição.

Consentimento:

Declaro que, após receber os esclarecimentos sobre o estudo, autorizo que este possa ser realizado no Hospital da Polícia Militar General Edson Ramalho.



 Assinatura do Diretor Administrativo

João Pessoa, 18 de maio de 2012.

Luciano Alves Pontes MAJ QOC
 Diretor Administrativo do HPMGER
 Romanos 8.28

APÊNDICE II: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Eu, **Maria do Livramento Neves Silva**, enfermeira, registro no Conselho de Classe (COREN-PB) 73219, portadora do RG 1562998 SSP/PB, aluna regularmente matriculada no Curso de Pós Graduação em Enfermagem, nível mestrado, da Universidade Federal da Paraíba, orientada pela professora Dr^a. Simone Helena dos Santos Oliveira, venho convidá-lo a participar da pesquisa: **Incidência, prevalência e fatores associados à úlceras por pressão em unidade de terapia intensiva (UTI)** que tem como objetivos: analisar a incidência, prevalência e fatores associados à úlceras por pressão na unidade de terapia intensiva; verificar o risco para o desenvolvimento de UPP através da Escala de Braden e a associação dos dados sociodemográficos e clínicos e dos fatores de risco com o desenvolvimento de úlceras por pressão entre os pacientes da Unidade de Terapia Intensiva.

Os resultados desta investigação visam conhecer a realidade do serviço contribuindo para subsidiar o planejamento das ações de prevenção e a consequente redução das úlceras por pressão na UTI. A coleta de dados ocorrerá de julho a setembro de 2012 e caso o senhor (a) venha concordar em participar da pesquisa, será realizado o exame físico e avaliação das condições de sua pele, de segunda a sexta feira, pela pesquisadora, enquanto o senhor (a) permanecer internado na unidade ou terminar o tempo determinado para coleta. Também será registrado outras informações do seu prontuário como dados de identificação, dados clínicos, resultados de exames, tipo de dieta, tipo de colchão em uso e frequência de reposicionamento no leito.

O senhor (a) terá total liberdade de aceitar ou não participar da pesquisa, e se aceitar, poderá desistir a qualquer momento, sem que isto traga nenhum tipo de prejuízo, pois sua participação é voluntária, não trará nenhuma despesa adicional, por outro lado, também não trará nenhuma remuneração financeira. Solicitamos também a sua devida autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. Informamos que essa pesquisa respeita as determinações da Resolução 196/96 do CNS e que esta oferece riscos mínimos relacionados à exposição do paciente durante a realização do exame físico, mas que serão atenuados mediante o cumprimento das técnicas recomendadas para preservar a privacidade, executado através do trancamento da porta do boxe e colocação de lençóis em áreas que não estão sendo examinadas.

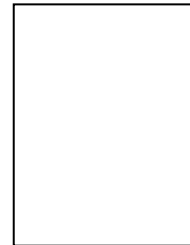
Os pesquisadores estarão à sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

CONSENTIMENTO PARA PARTICIPAÇÃO

Após receber os devidos esclarecimentos estou de acordo com a participação no estudo acima descrito, ciente de que minha participação é totalmente voluntária e que poderei recusar ou abandonar o estudo sem qualquer prejuízo à minha pessoa ou a minha família. Todas as informações prestadas por mim serão sigilosas e utilizadas somente para esta pesquisa. Foi-me garantido o anonimato e o sigilo dos dados referente à minha identificação. Estou ciente que receberei uma cópia deste documento.

João Pessoa, ____ de _____ de 2012.

Assinatura do paciente ou responsável legal



Assinatura da testemunha

Espaço para impressão digital

Em caso de dúvida, comunicar com a pesquisadora responsável através do fone (83) 8890-6727, 3231-7277.

Atenciosamente,

Maria do Livramento Neves Silva
Pesquisadora Responsável

APÊNDICE III

I – Dados sociodemográficos:

Paciente: _____	Box: _____	Data de Nascimento: ___/___/___
Local de Procedência: _____	Data da internação: ___/___/___	
Data de Avaliação Inicial: ___/___/___	Data de Admissão na UTI: ___/___/___	
Sexo: () Feminino () Masculino		
Cor/raça: () Branca () Preta () Parda () Indígena		
Tabagismo: () sim () não, há quanto tempo: _____ história anterior de tabagismo: _____		
Estado Civil: () Casado () Solteiro () Outro. Especifique: _____		
Religião: () Católico () Evangélico () Outra. Especifique: _____		
Nível de Instrução:		
() Analfabeto(a)		
() Ensino Fundamental: () Completo () Incompleto		
() Ensino Médio: () Completo () Incompleto		
() Ensino Superior: () Completo () Incompleto		
() Ensino Superior: () Completo () Incompleto		
Ocupação/Profissão: _____		
Rendimento Mensal Familiar:		
() até um salário mínimo		
() mais de um a dois salários mínimos		
() mais de dois a três salários mínimos		
() mais de três a cinco salários mínimos		
() mais de cinco a dez salários mínimos.		
Nº de pessoas residentes no domicílio: _____		
Cuidador: () Esposo(a) () Filho(a) () Outro. Especifique: _____		

II - Dados Clínicos:

Diagnóstico médico de internação (principais): _____
Doenças de base:
() DM
() Câncer
() DPOC
() Cardiopatias
() Hipertensão
() Neuropatia
() AVC
() Anemia
() IRC
() Outras. Especifique: _____

<p>Medicamentos em uso:</p> <p>() Antihipertensivos () Hipoglicemiantes () Quimioterápicos () Antibióticos () Corticosteroides () Betabloqueadores () Vasoativas () Outros</p>
<p>Hemiplegia:</p> <p>() Sim . Membro afetado: () MID () MIE () MSD () MSE () Não Lesão raquimedular (LRM): () sim () não</p>
<p>Peso: _____Kg Altura: _____m IMC: _____</p>
<p>Tipo de Dieta:</p> <p>() Livre () Hiperproteica () Hipercalórica () Hipoglicemiante () Hipossódica () Zero () Outra. _____</p>
<p>Via de administração da dieta:</p> <p>() Via Oral (VO) () Sonda Nasogástrica e/ou Nasoentérica () Nutrição Parenteral Total () Gastrostomia () Jejunostomia</p>
<p>Exames Laboratoriais (considerar data de admissão na UTI)</p> <p>Hemoglobina: _____ Hematócrito: _____ Glicemia: _____ Leucócitos: _____ Linfócitos: _____ Proteínas Totais: _____ Albumina: _____</p>

III – Exame Físico:

<p>1. Sistema neurológico:</p> <p>() lúcido () comatoso () torporoso () sedado () outro</p>	<p>2. Sistema termorregulador:</p> <p>() normal () hipertermia () hipotermia</p>
<p>3. Sistema cardiovascular:</p> <p>a. Ritmo: () regular () irregular</p> <p>b. Frequência: _____ bpm</p> <p>c. Pressão arterial: _____ mmHg</p> <p>d. Perfusão periférica: () normal () reduzida</p>	<p>4. Sistema respiratório:</p> <p>a. Padrão: () eupneico () dispneico</p> <p>b. Modalidade de ventilação:</p> <p>() Espontânea: () sem suporte de O₂ () cateter nasal () máscara de Venturi</p> <p>() Mecânica: () intubado () traqueostomizado</p>
<p>5. Eliminações intestinais:</p> <p>a) Consistência: () sólida () pastosa () líquida</p> <p>b) Frequência: () ausente nas 24 horas () 1 a 2 vezes ao dia () ≥ três vezes ao dia () colostomia</p> <p>c) Dispositivo: () aparadeira () fralda</p>	<p>6. Eliminações vesicais:</p> <p>() Sonda Vesical de Folley () espontânea (papagaio/aparadeira) () jontex () fralda</p>
<p>7. Sistema tegumentar:</p> <p>a) hidratação: () normal () ressecada () descamada</p> <p>b) textura: () fina ou delicada () espessa () lisa () rígida ou endurecida</p> <p>c) turgor e elasticidade: () normal () diminuído</p>	

d) Edema: () sim. Localização: _____ Grau (+): _____
() anasarca
() não

e) Integridade: () íntegra
() não íntegra. Tipo de lesão: _____

Número de lesões: _____

Localização: _____

f) Úlcera por pressão: () ausente
() presente

Número de lesões: _____ Localização: _____ Estágio: _____

Dimensões: UPP 1: (larg.x comp.) _____ x _____ = _____ cm. Profund. _____ cm,
UPP 2: (larg.x comp.) _____ x _____ = _____ cm. Profund. _____ cm,
UPP 3: (larg.x comp.) _____ x _____ = _____ cm. Profund. _____ cm.

Conteúdo microbiano: _____ Aspecto do exsudato: _____

Quantidade do exsudato: _____

Odor: _____ Leito: _____ Bordas: _____

Dor: _____

OBSERVAÇÕES: _____

APÊNDICE IV: Ficha de acompanhamento dos escores de risco, exames laboratoriais e outros fatores/dispositivos/cuidados

I. Escores de riscos para UPP segundo Escala de Braden

Sub escalas	Data	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
	Percepção sensorial						
	Umidade						
	Atividade						
	Mobilidade						
	Nutrição						
	Fricção e cisalhamento						
	Total de pontos						

II. Exames laboratoriais que se relacionam com o desenvolvimento de UPP

Data	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
Hemoglobina							
Hematócrito							
Glicemia							
Leucócitos							
Linfócitos							
Prot. Totais							
Albumina							

III. Outros fatores/dispositivos/cuidados (consultar folha de códigos)

Data	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
1.Nível de consciência						
2.Dieta						
3.PASM/24h						
4.PADM/24h						
5.Tax ⁰ C/24h						
6.Drogas						
7.Nºde eliminações intestinais						
8.Superfície de apoio						
9.Reposicionamento no leito						

10. Posicionamento + freq./24h							
--------------------------------	--	--	--	--	--	--	--

IV Condições da pele

Data	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
11.Hidratação							
12.Proteção da pele							
13.Dispositivos prevenção de UPP							
14.UPP*							

- V. Condições de saída da UTI: () alta __/__/__
 () óbito __/__/__
 () transferido __/__/__
 () Permanece no final da coleta __/__/__

Anexo I: Avaliação da lesão (adaptado do instrumento “Ficha de Avaliação do Portador de Feridas” (GEPEFE)).

1. Data: ___/___/___ Número de UPP: _____	
Local: UPP: _____	
2. Estágio: <input type="checkbox"/> Lesão tissular profunda <input type="checkbox"/> estágio I <input type="checkbox"/> Estágio II <input type="checkbox"/> Estágio III <input type="checkbox"/> Estágio IV <input type="checkbox"/> UPP não estádiável	3. Conteúdo microbiano: <input type="checkbox"/> limpa <input type="checkbox"/> limpa-contaminada <input type="checkbox"/> contaminada <input type="checkbox"/> infectada
4. Aspecto do exsudato: <input type="checkbox"/> seroso <input type="checkbox"/> sero-hemático <input type="checkbox"/> hemático <input type="checkbox"/> purulento <input type="checkbox"/> fibrinoso <input type="checkbox"/> bilioso	5. Quantidade do exsudato: <input type="checkbox"/> escasso <input type="checkbox"/> moderado <input type="checkbox"/> grande
6. Odor da lesão: <input type="checkbox"/> ausente <input type="checkbox"/> fétido <input type="checkbox"/> pútrido	7. Leito da ferida: <input type="checkbox"/> vermelho <input type="checkbox"/> vivo <input type="checkbox"/> friável <input type="checkbox"/> amarelo <input type="checkbox"/> opaco <input type="checkbox"/> negro <input type="checkbox"/> rosa
8. Bordas: <input type="checkbox"/> regular <input type="checkbox"/> irregular <input type="checkbox"/> plana <input type="checkbox"/> íntegra <input type="checkbox"/> espessa <input type="checkbox"/> macerada <input type="checkbox"/> crosta	9. Dor: <input type="checkbox"/> ausente <input type="checkbox"/> presente <input type="checkbox"/> sem condições de avaliar
10. Intensidade: <input type="checkbox"/> leve <input type="checkbox"/> moderada <input type="checkbox"/> intensa <input type="checkbox"/> sem condições de avaliar	11. Mensuração: UPP 1: (larg.x comp.) ___x___ = ___cm ² profund. ___cm ² UPP 2: (larg.x comp.) ___x___ = ___cm ² profund. ___cm ² UPP 3: (larg.x comp.) ___x___ = ___cm ² profund. ___cm ²
12. Condições da lesão ao término da coleta: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	


ANEXO II: Certidão do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CERTIDÃO

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 4ª Reunião Ordinária, realizada no dia 23/04/2013 o parecer favorável do relator desse egrégio Comitê, autorizando a Pesquisadora Maria do Livramento Neves Silva, publicar a pesquisa intitulada: **“INCIDÊNCIA, PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À ÚLCERAS POR PRESSÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA”**. Protocolo nº 0237/12 e CAAE nº 03634712.2.0000.5188.

João Pessoa, 23 de abril de 2013.


Andrea Márcia da C. Lima
Mat. SIAPE 1117510
Secretária do CEP-CCS-UFPB

ANEXO III: Escala de Braden

SUBESCALAS				
Percepção Sensorial: Capacidade de reagir significativamente à pressão relacionada ao desconforto	1. Totalmente Limitado: Não reage aos estímulos dolorosos (não geme, não se segura a nada, não se esquiva), em consequência ao rebaixamento do nível de consciência ou uso de sedativos, ou capacidade limitada de sentir dor na maior parte do corpo.	2. Muito Limitado: Só esboça reação mediante estímulo doloroso. Comunica o desconforto através de gemido ou agitação no leito. Ou possui alguma deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	3. Levemente limitado: Reage aos estímulos verbais, mas nem sempre é capaz de expressar necessidade de ser mudado de posição ou tem um certo grau de deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em uma ou duas extremidades.	4. Nenhuma limitação: Obedece aos comandos verbais. Não apresenta déficit sensorial que limitaria a capacidade de sentir ou verbalizar dor ou desconforto.
Umidade: Nível de exposição da pele à umidade.	1. Completamente molhada: A pele é exposta à umidade constantemente por transpiração, urina, etc. Umidade é detectada às movimentações do paciente.	2. Muito molhada: A pele está frequentemente, mas nem sempre molhada. A roupa de cama deve ser trocada pelo menos uma vez por turno.	3. Ocasionalmente molhada: A pele fica ocasionalmente molhada, necessitando de uma troca extra de roupa de cama por dia.	4. Raramente molhada: A pele geralmente está seca, a roupa de cama é trocada apenas nos intervalos de rotina.
Atividade: Grau de atividade física.	1. Acamado: Confinado à cama.	2. Confinado à cadeira: A capacidade de andar está severamente limitada ou nula. Não é capaz de sustentar o próprio peso e/ou precisa ser ajudado a se sentar.	3. Anda ocasionalmente: Anda ocasionalmente durante o dia, embora distâncias muito curtas, com ou sem ajuda. Passa a maior parte de cada turno na cama ou na cadeira.	4. Anda frequentemente: Caminha fora do quarto pelo menos duas vezes no dia e dentro do quarto pelo menos a cada duas horas durante o tempo em que está acordado.
Mobilidade: Capacidade de mudar e controlar a posição do corpo.	1. Totalmente imóvel: Não faz nem mesmo pequenas mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda.	2. Bastante Limitado: Faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou extremidades, mas é incapaz de mudanças frequentes ou significantes.	3. Levemente Limitado: Faz frequentes, embora pequenas, mudanças na posição do corpo ou extremidades, sem ajuda.	4. Não apresenta limitações: Faz importantes e frequentes mudanças sem ajuda.
Nutrição: Padrão usual de consumo alimentar.	1. Muito Pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 do alimento oferecido. Come 2 porções ou menos de proteína (carne ou laticínios) por dia. Ingerir pouco líquido. Não aceita suplemento alimentar líquido. Ou é mantido em jejum e/ou mantido com dieta líquida IVS por mais de 5 dias.	2. Provavelmente inadequado: Raramente come uma refeição completa. Geralmente come cerca de metade do alimento oferecido. A ingestão de proteína inclui somente 3 porções de carne ou de laticínios por dia. Ocasionalmente aceita um suplemento alimentar ou recebe abaixo da quantidade satisfatória de dieta líquida ou alimentação por sonda.	3. Adequado: Come mais da metade da maioria das refeições. Come um total de 4 porções de alimento rico em proteína (carne e laticínios) todo dia. Ocasionalmente recusará uma refeição mas, geralmente aceitará um complemento oferecido. Ou é alimentado por sonda ou NPT, o qual provavelmente satisfaz a maior parte das necessidades nutricionais.	4. Excelente: Come a maior parte de cada refeição. Geralmente ingere um total de 4 ou mais porções de carne e laticínios. Ocasionalmente come entre as refeições. Não requer suplemento alimentar.
Fricção Cissalhamento	1. Problema: Requer assistência moderada a máxima para se mover. É impossível levantá-lo ou erguê-lo completamente sem que haja atrito da pele com o lençol. Frequentemente escorrega na cama ou cadeira, necessitando frequente ajustes de posição com o máximo de assistência. Espasticidade, contratura ou agitação leva quase constante fricção.	2. Problema em Potencial: Move-se mas, sem vigor ou requer mínima assistência. Durante o movimento provavelmente ocorre um certo atrito da pele com o lençol, cadeira ou outros. Na maior parte do tempo mantém posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente escorrega.	3. Nenhum Problema: Move-se sozinho na cama ou cadeira e tem suficiente força muscular para erguer-se completamente durante o movimento. Sempre mantém boa posição na cama ou na cadeira.	

≤9 PONTOS – RISCO MUITO ALTO; 10 A 12 PONTOS – ALTO RISCO; 13 A 14 PONTOS – RISCO MODERADO; 15 A 18 PONTOS – EM RISCO
19 PONTOS – SEM RISCO.

Fonte: Braden et al. (1987). Validada para o português por Paranhos e Santos (1999).



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos que a Enfermeira MARIA DO LIVRAMENTO NEVES SILVA, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, foi autorizada a utilizar o instrumento “FICHA DE AVALIAÇÃO DO PORTADOR DE LESÃO”, elaborada pelas líderes do GRUPO DE ESTUDO E PESQUISAS NO TRATAMENTO DE FERIDAS – GEPEFE/PPGEnf/UFPB, para a coleta de dados da sua dissertação de mestrado intitulada “**INCIDÊNCIA, PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À ÚLCERAS POR PRESSÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**”.

João Pessoa, 02 de março de 2013.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Simone Helena dos Santos de Oliveira', with a long horizontal flourish extending to the right.

**Prof. Dra. Simone Helena dos Santos de Oliveira
Vice-Líder do GEPEFE/PPGEnf/UFPB**