



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE ENFERMAGEM

ANA CAROLINA MORAIS DOS SANTOS

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM LESÃO POR
PRESSÃO ESTÁGIOS III E IV**

ANA CAROLINA MORAIS DOS SANTOS

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM LESÃO POR
PRESSÃO ESTÁGIOS III E IV**

Monografia apresentada ao Colegiado do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão - UFMA, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Santana de Maria Alves de Sousa

Santos, Ana Carolina Morais dos

Perfil Epidemiológico de Pacientes com Lesão por Pressão Estágios III e IV/
Ana Carolina Morais dos Santos. – São Luís, 2017.

60 f.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Santana de Maria Alves de Sousa.

Monografia (Graduação) – Universidade Federal do Maranhão, Curso de Enfermagem, 2017.

1. Lesão por Pressão 2. Perfil Epidemiológico 3. Enfermagem

ANA CAROLINA MORAIS DOS SANTOS

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM LESÃO POR
PRESSÃO ESTÁGIOS III e IV**

Monografia apresentada ao Colegiado do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão - UFMA, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovada em ___/___/_____

Nota: _____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Santana de Maria Alves de Sousa (Orientadora)

Universidade Federal do Maranhão

Prof.^a Ms. Ingrid de Campos Albuquerque (1º Examinador)

Universidade Federal do Maranhão

Prof.^a Ms. Camila Evangelista Carnib Nascimento (2º Examinador)

Universidade Federal do Maranhão

Dedico este trabalho aos meus pais, José Alberto e Maria Ercilene com todo amor, gratidão e admiração; por toda compreensão, carinho, incansável apoio e incentivo durante esta jornada. Meus maiores exemplos de força e coragem.

AGRADECIMENTOS

Em especial a Deus, por se fazer presente em todos os momentos, me auxiliando principalmente em meio às dificuldades da vida, proporcionando-me sabedoria, proteção e amor. Por ter guiado e iluminado a minha caminhada e por ter abençoado os meus dias, tornando-me mais paciente e resiliente.

Aos meus pais, José Alberto e Maria Ercilene pelas orações, amor, apoio e incentivo para o meu crescimento pessoal e profissional, por me ensinaram os valores da honestidade, humildade e a lutar pelos meus sonhos, por serem exemplos de simplicidade, perseverança e dedicação.

Aos meus irmãos Alberto Júnior e Erik Fernando, e a todos os outros familiares pelo carinho e compreensão, por serem grandes incentivadores e colaboradores.

Aos amigos de curso, que chegaram juntos ao término de um momento de grande importância. Pela amizade, convivência e companheirismo que compartilharam comigo durante a graduação, em especial Aline Santos, Alex Luís, Alisson Roberth, Jackson Diego, Jennifer Nayara, José de Ribamar, Joselma Pinheiro e Rômulo Batista. Estas lembranças estarão guardadas para sempre.

Ao meu namorado, Marcos Paulo, por toda atenção, amizade, amor e carinho. Pelo apoio e estímulo em todo esse processo. Por me compreender e me incentivar durante a vida e por todo suporte emocional.

À banca examinadora: Prof.^a Ms. Ingrid Albuquerque e. Prof.^a Ms. Camila Nascimento pela contribuição para o êxito deste trabalho.

A Prof.^a Dr^a Santana Sousa por compartilhar seus conhecimentos e colocar-se disponível. Muito obrigado pela paciência e confiança durante todo este trabalho.

A equipe executora do projeto, que com muito compromisso e competência, fez valer este projeto.

A todos que contribuíram para mais essa conquista.

“Um barco está seguro no porto, mas os barcos não são construídos para isso.”

John A Shedd

RESUMO

Este estudo tem por objetivo analisar o perfil epidemiológico de pacientes com lesão por pressão estágios III e IV em quatro (4) hospitais públicos de São Luís – MA. Dentre eles dois (2) hospitais sob regimento de órgão da administração pública Municipal, um (1) hospital sob regimento de órgão da administração pública Estadual, e um (1) hospital sob regimento de órgão da administração pública Federal. Os setores abordados foram: Cuidados Paliativos, Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Neuro-Ortopedia e UTI, num período de junho de 2011 à junho de 2016, mas com um tempo médio de coleta de seis (6) meses de coleta de dados por instituição. Os dados foram coletados através de um instrumento de avaliação direcionado ao paciente que consta de um roteiro que contém dados de identificação e clínicos do paciente. A coleta de dados foi realizada somente após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do HU-UFMA, sob parecer CEP 002600/2010, e autorização das referidas instituições pesquisadas, assim como aceitação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo participante da pesquisa. Estudados 70 pacientes e identificados que 55,71% pertenciam ao sexo masculino; 57,14% possuíam idade igual ou maior que 60 anos; 54,28% portavam apenas o ensino fundamental incompleto; 30% eram aposentados; 54,28% eram da religião católica; 52,85% estavam solteiros; 34,28% tinham como diagnóstico médico alguma disfunção neurológica; 54,28% procediam de outras instituições hospitalares; 57,14% portavam algum tipo de doença de base; 92,85% estavam restritos ao leito; 51,42% obtinham tempo de internação entre 1 a 50 dias; 51,42% se encontravam na clínica médica; 70% conseguiram alta hospitalar; 56,09% apresentaram lesões por pressão estágio IV e 53,65% na região sacra. Concluímos que os perfis epidemiológicos são necessários para se estabelecer dados referentes ao problema do desenvolvimento de lesão por pressão. Assim, fica evidente a importância da implementação de um protocolo preventivo específico para lesão por pressão.

Palavras-chave: Lesão por pressão, Perfil Epidemiológico, Enfermagem

ABSTRACT

This study aims to analyze the epidemiological profile of patients with stage III and IV pressure lesions in four (4) public hospitals in. Among them were two (2) hospitals under a municipal administration body, one (1) hospital under a state administrative body, and one (1) hospital under a federal public administration body. The sectors covered were: Palliative Care, Medical Clinic, Surgical Clinic, Neuro-Orthopedics and ICU, from June 2011 to June 2016, but with an average collection time of six (6) months of data collection per institution . The data were collected through a patient-directed evaluation instrument that consists of a script that contains patient identification and clinical data. Data collection was performed only after approval by the Research Ethics Committee of HU-UFMA, under CEP opinion 002600/2010, and authorization of said research institutions, as well as acceptance and signature of the Free and Informed Consent Form by the research participant . We studied 70 patients and identified that 55.71% were male; 57.14% were aged 60 years or over; 54.28% had incomplete elementary education only; 30% were retired; 54.28% were of the Catholic religion; 52.85% were single; 34.28% had as their medical diagnosis some neurological dysfunction; 54.28% came from other hospital institutions; 57.14% had some type of underlying disease; 92.85% were restricted to the bed; 51.42% obtained hospitalization time between 1 and 50 days; 51.42% were in the medical clinic; 70% were discharged; 56.09% presented lesions by stage IV pressure and 53.65% in the sacral region. We conclude that epidemiological profiles are necessary to establish data regarding the problem of development of pressure injury. Thus, it is evident the importance of implementing a specific preventive protocol for pressure injury.

Key words: Pressure injury, Epidemiological profile, Nursing

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Imagem de corte anatômico das estruturas da pele	19
Quadro 1	Classificação das lesões por pressão segundo NPUAP	22
Quadro 2	Escala de Braden	24
Tabela 1	Distribuição dos pacientes com lesão por pressão estágios III e IV segundo dados demográficos em hospitais públicos de São Luís – MA, 2017	32
Gráfico 1	Distribuição dos pacientes com lesão por pressão estágios III e IV de acordo com o diagnóstico médico, em hospitais públicos de São Luís – MA, 2017	37
Gráfico 2	Distribuição dos pacientes com lesão por pressão estágios III e IV de acordo com doenças de base, em hospitais públicos de São Luís – MA, 2017	38
Gráfico 3	Distribuição dos pacientes com lesão por pressão estágios III e IV de acordo com a mobilidade, em hospitais públicos de São Luís – MA, 2017	39
Gráfico 4	Distribuição dos pacientes com lesão por pressão estágios III e IV de acordo com o tempo de internação, em hospitais públicos de São Luís – MA, 2017	40
Gráfico 5	Distribuição dos pacientes com lesão por pressão estágios III e IV de acordo com o setor de internação, em hospitais públicos de São Luís – MA, 2017	41
Gráfico 6	Distribuição dos pacientes com lesão por pressão estágios III e IV de acordo com a sua situação ao final da coleta, em hospitais públicos de São Luís – MA, 2017	42
Gráfico 7	Distribuição dos pacientes com lesão por pressão estágios III e IV de acordo com a categoria das lesões, em hospitais públicos de São Luís – MA, 2017	43
Gráfico 8	Distribuição dos pacientes com lesão por pressão estágios III e IV de acordo com a localização das lesões, em hospitais públicos de São Luís – MA, 2017	44

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

AHCPR – Agency for Health Care Policy and Research

CC – Clínica Cirúrgica

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CM – Clínica Médica

DM – Diabetes Mellitus

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

EPUAP – European Pressure Ulcer Advisory Panel

GEPSA – Grupo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Saúde do Adulto

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

HUPD – Hospital Universitário Presidente Dutra

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICR – Insuficiência Cardio Respiratória

LP – Lesão por Pressão

NPUAP – National Pressure Ulcer Advisory Panel

NSP – Núcleo de Segurança do Paciente

OMS – Organização Mundial de Saúde

SOBEST – Associação Brasileira de Estomaterapia

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFMA – Universidade Federal do Maranhão

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	OBJETIVOS.....	17
	2.1 Objetivo Geral.....	17
	2.2 Objetivos Específicos.....	17
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	18
	3.1 Anatomia e Função da Pele.....	18
	3.2 Definição, Fatores de Risco e Classificação da Lesão por Pressão.....	20
	3.3 Escala de Braden.....	23
	3.4 Dados Epidemiológicos.....	25
	3.5 Impacto Social.....	27
4	METODOLOGIA.....	29
	4.1 Tipo de estudo.....	29
	4.2 Local do estudo.....	29
	4.3 População e amostra.....	29
	4.4 Instrumento de coleta de dados.....	30
	4.5 Coleta de dados.....	30
	4.6 Análise dos dados.....	31
	4.7 Aspectos éticos e legais da pesquisa.....	31
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	32
	5.1 Dados Sociodemográficos.....	32
	5.2 Dados Clínicos.....	36
	5.3 Caracterização das Lesões.....	42
6	CONCLUSÃO.....	45

REFERÊNCIAS.....	47
ANEXOS.....	54

1 INTRODUÇÃO

A pele e seus diversos apêndices cobrem, acolchoam e protegem os tecidos mais profundos e os órgãos do corpo e, em geral, formam limite entre o meio interno do corpo e o meio externo. Representa cerca de 12% a 15% do peso corporal (GUYTON; HALL, 2006).

É caracterizada por três camadas superpostas. Epiderme: é a superfície externa resistente composta de queratina, é avascular e é nutrida pelos vasos situados na derme, e está em renovação constante. Derme: é a camada intermediária, formada por fibras de colágeno e elásticas, sendo irrigada por inúmeros vasos sanguíneos e linfáticos, e onde se localizam os nervos. Tela Subcutânea: é composta por tecido conjuntivo frouxo e gordura, que desempenha importante papel na proteção dos órgãos internos contra traumas e perda de calor contém as partes mais profundas das glândulas sudoríferas, vasos sanguíneos e linfáticos e nervos cutâneos (MOORE; AGUR; DALLEY, 2017).

A pele possui uma complexa estrutura de tecidos e está preparada para exercer várias funções, tais como: proteção mecânica, manutenção do equilíbrio hidroeletrólítico, função físico-química, imunológica, termorregulação e hemorregulação, metabolismo, sensibilidade e percepção (WECHI, 2013). Entretanto, todos os benefícios funcionais e estruturais da pele podem estar comprometidos quando a mesma encontra-se lesionada. É denominada de ferida o estado da pele onde ocorre a interrupção da sua integridade (ROCHA, 2014).

O vocábulo ferida ainda é empregado, como sinônimo de lesão tecidual, deformidade ou solução de continuidade, podendo acometer desde epiderme, derme, fáscias, músculos, aponeuroses, articulações, cartilagens, tendões, ossos, órgãos cavitários e qualquer estrutura do corpo. As feridas desenvolvem-se em consequência de agressão ao tecido vivo ou por distúrbios clínicos e fisiológicos (ROCHA, 2014).

De acordo com os órgãos internacionais *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP) e a *European Pressure Ulcer Advisory Panel* (EPUAP), a lesão por pressão é uma lesão, localizada na pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea, causada pela pressão ou pela pressão combinada com fricção e cisalhamento (WECHI, 2013).

Costa *et al.* (2015, p. 59) afirmam que “este fato ocorre devido a uma pressão exercida na pele superior a pressão capilar normal, acarretando a uma diminuição da irrigação sanguínea, que leva o tecido a hipóxia e a redução dos nutrientes no tecido daquela região; conseqüentemente, leva a um processo inflamatório e pode chegar à morte celular.”

Em 2009, os membros da NPUAP e EPUAP, em colaboração internacional, verificaram semelhanças existentes entre a classificação das lesões por pressão por Grau, utilizada nos EUA e por estágio, utilizada na Europa, e decidiram estabelecer um sistema de classificação comum para ser utilizado pela comunidade internacional. “Categoria” foi o termo neutro encontrado e aceito por ambas organizações (BLANNES; FERREIRA, 2014).

Em abril de 2016, o NPUAP anunciou a mudança na terminologia Úlcera por Pressão para Lesão por Pressão e a atualização da nomenclatura das categorias, retornando para estágios do sistema de classificação (SOBEST, 2016).

O sistema de classificação atualizado inclui as seguintes definições: lesão por pressão estágio I: pele íntegra com eritema que não embranquece; lesão por pressão estágio II: perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme; lesão por pressão estágio III: perda da pele em sua espessura total; lesão por pressão estágio IV: perda da pele em sua espessura total e perda tissular; lesão por pressão não classificável: perda da pele em sua espessura total e perda tissular não visível; lesão por pressão tissular profunda: descoloração vermelho escura, marrom ou púrpura, persistente e que não embranquece. Além das definições adicionais: lesão por pressão relacionada a dispositivo médico e lesão por pressão em membranas mucosas (NPUAP, 2016).

De acordo com Rocha, Miranda e Andrade (2006) as localizações mais freqüentes são: isquiática (24%), sacrococcígea (23%), trocantérica (15%), e calcânea (8%). Outras localizações incluem maléolos laterais (7%), cotovelos (3%), região occipital (1%).

Os fatores de risco para lesões por pressão são todos aqueles que predispõem a pessoa à períodos prolongados de isquemia induzida por pressão, e que reduzem a capacidade de recuperação tecidual da lesão isquêmica. Esses fatores são divididos em fatores intrínsecos (aqueles pertencentes ao indivíduo, exemplo: idade, presença de doenças crônicas e morbidades, como hipertensão

arterial sistêmica ou diabetes, inconsciência, imobilização, perda de sensibilidade, perda de função motora, perda de continência urinária ou fecal, presença de espasmos musculares, deficiências nutricionais, anemias, índice de massa corporal muito alto ou muito baixo e doenças circulatórias) e fatores extrínsecos (provenientes do ambiente, exemplo: a pressão de contato sobre a proeminência óssea, as forças de cisalhamento e a fricção) (COSTA *et al.*, 2015).

Os fatores intrínsecos são determinados pelas condições do paciente e patologias preexistentes e na maioria das vezes não podem ser eliminados. Deste modo, tais pacientes necessitam de mais atenção e cuidados específicos (RAMOS *et al.*, 2014).

Já os fatores extrínsecos podem ser eliminados, reduzindo o risco de desenvolvimento da lesão por pressão. A redução da pressão pode ser obtida pela realização de mudanças de decúbito no paciente acamado, a cada duas horas. As forças de fricção e cisalhamento também podem ser eliminadas, posicionando a pessoa acamada no leito com a cabeceira baixa, em um ângulo de, no máximo 30º. Também é recomendada a hidratação da pele, por meio da ingestão hídrica de pelo menos 2 litros de água por dia, e lubrificação por meio da utilização de óleos e cremes (RAMOS *et al.*, 2014).

A população que apresenta maior risco para lesão por pressão é, na maioria das vezes idosos, pois apresentam a pele mais sensível pelas alterações geradas pelo processo de envelhecimento, pessoas com a cor da pele branca, pois "a pele negra é mais resistente a estímulos externos", acamadas e/ou restritas à cadeira de rodas, desnutridas, que apresentem a pele muito seca ou úmida (COSTA *et al.*, 2015).

Dentre vários métodos de avaliação para o risco de lesão por pressão, a Escala de Braden é a mais utilizada, por ter sido submetida a diversos estudos e testes de confiabilidade e validade em diferentes populações. É composta por seis subescalas que avaliam o grau de percepção sensorial, umidade, atividade física, nutrição, mobilidade, fricção e cisalhamento. Todas as subescalas são graduadas de 1 a 4, exceto fricção e cisalhamento, cuja variação é de 1 a 3. O escore total varia de 6 a 23, sendo que os escores de 19 a 23 indicam pacientes sem risco, de 15 a 18 baixo risco, de 13 a 14 risco moderado, de 10 a 12 alto risco e igual ou menor que 9, altíssimo risco (BARBOSA; BECCARIA; POLEUTI, 2014).

A abordagem terapêutica de uma lesão por pressão deve ter por base três pontos, sendo eles: adoção de medidas para a redução ou eliminação de fatores desencadeantes, ou seja, estratégias de prevenção; otimização do estado geral e nutricional do paciente; tratamento local (MARTINS, 2014).

O conhecimento científico incorporado pelos profissionais da saúde acerca das medidas de prevenção para as lesões por pressão permite a redução do risco para o desenvolvimento deste agravo. Para que se possa efetuar uma identificação primorosa do risco de desenvolvimento dessas lesões, as avaliações da pele e do risco são fatores primários (WECHI, 2013).

O conhecimento epidemiológico das lesões por pressão é uma ferramenta básica para monitorizar o alcance e a evolução temporal das lesões por pressão, permitindo conhecer o comprometimento e aferir os esforços para melhorar os cuidados de saúde (CRUZ, 2015). E varia significativamente de acordo com ambiente clínico e as características do paciente, sendo que em pacientes hospitalizados ou naqueles que necessitam de cuidados institucionais de longo prazo, as lesões por pressão ocorrem com maior frequência (MORAES *et al.*, 2016).

O desenvolvimento da lesão por pressão causa danos significativos ao paciente, pois dificulta o processo de recuperação funcional, pode causar dor e levar ao desenvolvimento de graves infecções, assim como tem sido associado a internações prolongadas, sepse e mortalidade. Além desses prejuízos, a lesão por pressão resulta em tratamento diferenciado, gerando custo elevado à instituição e aumento da carga de trabalho por parte da equipe de saúde (OLKOSKI; ASSIS, 2016).

As lesões por pressão acarretam impacto emocional e sofrimento quer para o próprio indivíduo, quer para os cuidadores e para as pessoas que lhe são significativas. Os custos intangíveis das lesões estão essencialmente associados a sentimentos de “angústia, preocupação, revolta, injustiça, depressão e cansaço, contribuindo para a existência de sofrimento, a par das próprias feridas”. Constatou-se que os familiares consideram que as lesões por pressão desenvolvem “um processo marcado pela dor, mal-estar e sofrimento do indivíduo doente” e que os recursos da família passam a ser mobilizados para dar resposta às necessidades que o familiar apresenta (CRUZ, 2015, p. 33).

No Brasil, as lesões constituem um sério problema de saúde pública, ao grande número de acometidos com alterações na integridade da pele, embora sejam escassos os registros desses atendimentos. O elevado número de pessoas com lesões contribui para onerar o gasto público, além de interferir na qualidade de vida da população (BRASIL, 2002).

Diante desta problemática e sabendo da magnitude das complicações das lesões por pressão, tanto para o paciente quanto para a família e instituição, é importante que os profissionais da área de saúde atuem no sentido de prevenir essas lesões.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar o perfil epidemiológico de pacientes com lesão por pressão estágios III e IV em hospitais públicos de São Luís – MA.

2.2 Objetivos Específicos

- Realizar o levantamento dos aspectos sociodemográfico e clínicos dos pacientes acometidos por lesão por pressão;
- Identificar setor em que o paciente se encontrava;
- Verificar a localização e a distribuição das lesões estágios III e IV.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Anatomia e Função da Pele

A pele é um órgão que reveste e delimita o organismo protegendo-o e interagindo com o meio exterior. Corresponde de 10% a 15% do peso corporal do homem participando de forma interativa e interdependente do sistema como um todo, além de ser usada pelo indivíduo para manifestar condições psíquicas e de ter conotações de ordem racial, social e sexual (SILVA, 2016).

É considerada o maior órgão do organismo, tendo em média no adulto, uma área total de 2m², pesa aproximadamente 2,7kg, recebe 1/3 do volume de sangue circulante e apresenta espessura variável (1 a 4 mm), conforme atividade da região corporal. Suas funções são vitais para a manutenção dos mecanismos de defesa contra doenças (SOARES, 2014).

Qualquer lesão que leve a uma quebra da continuidade da pele pode ser chamada de ferida, as causas mais frequentes são: o trauma (mecânico, físico ou químico), a isquemia, a pressão e a cirurgia (TORRES *et al.*, 2017).

Segundo Torres *et al.* (2017), a pele (figura 1) é dividida em:

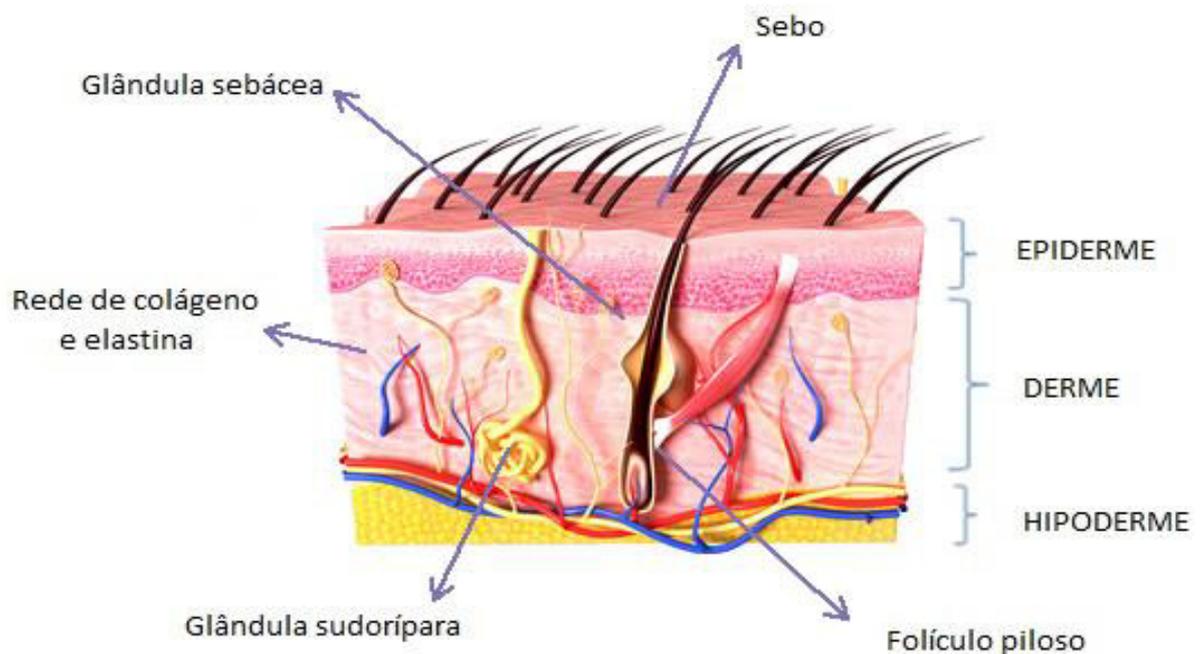
Epiderme: muito fina, cerca de 1 milímetro, recebe oxigênio e nutrientes através da derme, pois não tem o seu próprio fornecimento de sangue. Está firmemente ligada à derme na junção dermo epidérmica. Com o envelhecimento diminui gradualmente, particularmente após a idade de 70 anos, com uma interface achatada entre a epiderme e a derme. Isto reduz a sua resistência ao cisalhamento. Afinamento da pele torna mais susceptível a forças mecânicas, tais como fricção e cisalhamento.

Derme: é constituída de tecido conjuntivo e outros componentes, tais como vasos sanguíneos e linfáticos, macrófagos, células endoteliais e fibroblastos. Ocorre uma redução do colágeno e elastina tornando mais suscetíveis a fricção e cisalhamento. O afinamento da derme provoca uma redução no fornecimento de sangue para a área, do número de terminações nervosas e colágeno. Isto por sua

vez conduz a uma diminuição da sensação, controle da temperatura, rigidez e controle da umidade.

Hipoderme: logo abaixo da derme, é composta de tecido adiposo e tecido conjuntivo. Quando a pele perde elasticidade e resistência, a sua função de proteção é reduzida. Com o envelhecimento ocorrem alterações vasculares e na espessura da hipoderme, estando a pele propensa a lesões tais como equimose e púrpura senil.

Figura 1 – Imagem de corte anatômico das estruturas da pele.



Fonte: Google Imagens.

Estruturalmente a pele apresenta variações e pregas, articulares e musculares, orifícios polissebáceos e orifícios sudoríparos. Devido a essa estrutura e somado as características físicas, químicas e biológicas a pele como órgão possui entre suas funções: formar barreira contra a penetração de agentes externos e impedir perdas do meio interno, proteção imunológica, termoregulação, percepção, formar obstáculo à ação da radiação ultravioleta, produção e excreção sebácea e sudorípara (SILVA, 2016).

3.2 Definição, Fatores de Risco e Classificação da Lesão por Pressão

Em 13 de abril de 2016, a NPUAP anunciou a mudança na terminologia Úlcera por Pressão para Lesão por Pressão (LP) com o objetivo de descrever de forma mais precisa esse tipo de lesão, tanto na pele intacta como na pele ulcerada (SOBEST, 2016).

A *European Pressure Ulcer Advisory Panel* (EPUAP) e a *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP) definem lesão por pressão como uma lesão localizada na pele, tecido ou estrutura subjacente, geralmente sobre uma proeminência óssea, resultante de pressão isolada ou de pressão combinada com fricção e/ou cisalhamento (LIMA *et al.*, 2016).

Complementando esta definição, Melo (2014 *apud* SILVA, 2016), em seu estudo, destaca que a tolerância dos tecidos à pressão e a isquemia dependem da natureza dos próprios tecidos, sendo influenciada pela habilidade da pele e das estruturas de suporte, como vasos sanguíneos, colágeno e fluido intersticial, em redistribuir a pressão aplicada na superfície do tecido para a estrutura do esqueleto.

A pressão sobre a pele e tecidos subcutâneos é o fator preponderante para o desenvolvimento de LP. Entretanto, outros fatores, como o cisalhamento (combinação de peso e fricção), e inúmeros fatores intrínsecos podem estar associados ao desenvolvimento de LP. (LOBATO *et al.*, 2017).

A morte celular resulta da falta de nutrientes e oxigênio aos tecidos ocasionados pela diminuição do fluxo sanguíneo nessa área. A isquemia tecidual causa a hiperemia, edema e necrose tecidual podendo futuramente comprometer ossos e músculos dependendo da intensidade, duração e tolerância do tecido (GALVÃO, 2012).

Os fatores de risco para lesão por pressão são todos aqueles que predispõem o indivíduo a períodos prolongados de isquemia induzida por pressão, e que reduzem a capacidade de recuperação tecidual da lesão isquêmica (COSTA *et al.*, 2015).

Esses fatores se dispõem em extrínsecos e intrínsecos, segundo Carvalho e Ferreira (2010 *apud* SILVA, 2016, p. 22):

Dentre os fatores extrínsecos que podem levar ao aparecimento destas lesões, destacam-se: pressão, cisalhamento, fricção e umidade. O principal fator etiológico é a pressão; a implicação patológica no tecido pode ser atribuída à intensidade e duração da pressão exercida e à tolerância tecidual. Dentre os fatores intrínsecos, destacam-se: idade, estado nutricional, perfusão dos tecidos, doenças crônicas, anemia, imobilidade, sensibilidade cutânea, distúrbios vasculares, distúrbios neurológicos, incontinências, dentre outros.

Pessoas idosas e/ou com dificuldade para detectar sensações que indiquem a necessidade de mudança de posição, como aquelas com paraplegia, em coma, submetidas a cirurgias de grande porte, com trações ortopédicas, em sedação ou sob restrição mecânica com aparelhos gessados, constituem a população de risco para o desenvolvimento de lesões por pressão (LIMA *et al.*, 2016).

Para Medeiros, Borges e Jorge (2009 *apud* MELO; GONÇALVES; VIEIRA, 2015), a incidência e a prevalência mundial das lesões por pressão apresentam-se elevadas, fato que comprova a necessidade de melhores avaliações e medidas preventivas. Nesse sentido, torna-se importante a compreensão dos fatores que levam ao desenvolvimento da LP, na identificação dos fatores de risco mais prevalentes, possibilitando à equipe de saúde elaborar um plano de cuidados que vise o tratamento e a prevenção de forma efetiva (MELO; GONÇALVES; VIEIRA, 2015).

Existem vários sistemas de classificação das lesões por pressão. Elas são classificadas para indicar a extensão do dano tissular. O sistema mais utilizado é o *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP) e inclui as definições dispostas no Quadro 1.

Quadro 1 - Classificação das lesões por pressão segundo NPUAP.

Lesão por pressão	Definição
Estágio I	Pele íntegra com eritema que não embranquece.
Estágio II	Perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme.
Estágio III	Perda da pele em sua espessura total.
Estágio IV	Perda da pele em sua espessura total e perda tissular.
Não Classificável	Perda da pele em sua espessura total e perda tissular não visível.
Tissular Profunda	Coloração vermelho escura, marrom ou púrpura, persistente e que não embranquece.
Definições adicionais	
Relacionadas a dispositivos médicos	Resulta do uso de dispositivos criados e aplicados para fins diagnósticos e terapêuticos. A lesão por pressão resultante geralmente apresenta o padrão ou forma do dispositivo. Essa lesão deve ser categorizada usando o sistema de classificação de lesões por pressão.
Em membranas mucosas	Encontrada quando há histórico de uso de dispositivos médicos no local do dano. Devido à anatomia do tecido, essas lesões não podem ser categorizadas.
Relacionadas a utensílios domésticos	Resulta do contato prolongado com utensílios usualmente encontrados no domicílio de pacientes cadeirantes ou restritos ao leito.

Fonte: Adaptado de National Pressure Ulcer Advisory Panel (2016)

De acordo com Rocha, Miranda e Andrade (2006) as localizações mais freqüentes são: isquiática (24%), sacrococcígea (23%), trocantérica (15%), e calcânea (8%). Outras localizações incluem maléolos laterais (7%), cotovelos (3%), região occipital (1%).

3.3 Escala de Braden

Sabe-se que a avaliação de risco é o primeiro passo na prevenção da LP, pois possibilita aos enfermeiros reunir informações necessárias para identificar os pacientes com maior vulnerabilidade e, planejar os cuidados adequados. Para que esta avaliação possa ser mais fidedigna, o uso de um instrumento medidor de risco é essencial. Assim, a aplicação da avaliação fornece subsídios para que os enfermeiros possam evidenciar quais os pacientes de risco internados na instituição (MENEGON *et al.*, 2012).

A escala de Braden foi desenvolvida por Bárbara Braden e Nancy Bergstrom, em 1987, sendo baseada na fisiopatologia das lesões por pressão de acordo com dois determinantes considerados críticos: a intensidade e a duração da pressão e a tolerância da pele e das estruturas de suporte para cada força (MELO; GONÇALVES; VIEIRA, 2015).

A escala de Braden é um instrumento utilizado para avaliar e contabilizar os fatores etiológicos que contribuem na formação de lesões, sendo possível avaliar o risco do paciente desenvolver LP e traçar as medidas de prevenção (MELO; GONÇALVES; VIEIRA, 2015). É composta por seis subescalas: percepção sensorial (habilidade de responder à pressão relacionada ao desconforto); umidade (nível ao qual a pele é exposta à umidade); atividade (grau de atividade física); mobilidade (capacidade de controlar a posição do corpo); nutrição (padrão usual de consumo alimentar); fricção (quando duas superfícies entram em atrito uma com a outra) e cisalhamento (o paciente desliza na cama - esqueleto e tecidos mais próximos se movimentam, mas a pele permanece imóvel). Cada subescala apresenta quatro níveis de pontuação, numerados de um a quatro, com exceção da fricção e cisalhamento que tem três níveis. A soma total desses itens evidencia numericamente o risco para o desenvolvimento da lesão, quanto menor a pontuação maior é o risco para LP. O escore mínimo dessa escala é seis e o máximo 23. A classificação do risco é definida pelos pontos de corte que são: ≤ 9 risco muito alto, entre 10 e 12 risco alto, entre 13 e 14 risco moderado, entre 15 e 18 risco brando e acima deste valor sem risco (quadro 2) (MENEGON *et al.*, 2012)

Quadro 2 – Escala de Braden.

	Pontuação			
	1	2	3	4
Percepção Sensorial	Totalmente Limitado	Muito Limitado	Levemente Limitado	Nenhuma Limitação
Umidade	Completamente Molhado	Muito Molhado	Ocasionalmente Molhado	Raramente Molhado
Atividade	Acamado	Confinado à Cadeira	Anda Ocasionalmente	Anda Frequentemente
Mobilidade	Totalmente	Bastante Limitado	Levemente Limitado	Não Apresenta Limitações
Nutrição	Muito Pobre	Provavelmente Inadequada	Adequada	Excelente
Fricção e Cisalhamento	Problema	Problema Potencial	Nenhum Problema	–

Fonte: Próprio Autor

A implantação e a implementação dessa escala nas instituições de saúde são consideradas, por autores nacionais e internacionais, como uma forma positiva para a redução das taxas de incidência de LP. Mas, apesar da relevância dessas medidas para reduzir os agravos ao paciente, observa-se que ainda são pouco utilizados nas instituições hospitalares (GALVÃO *et al.*, 2017).

A ocorrência de LP, durante a hospitalização, é considerada um indicador negativo da qualidade da assistência prestada, portanto espera-se que os profissionais de saúde adotem uma abordagem sistemática de prevenção como estratégia para atenuar o problema. O êxito da prevenção de LP depende dos conhecimentos e habilidades desses profissionais, especialmente dos membros da equipe de enfermagem que prestam assistência direta e contínua aos pacientes (LIMA; CASTILHO, 2015).

3.4 Dados Epidemiológicos

A lesão por pressão corresponde ao terceiro tipo de evento mais frequentemente notificado pelos Núcleos de Segurança do Paciente (NSPs) dos hospitais brasileiros. Segundo dados de 2014 do Sistema de Notificações da Vigilância Sanitária (NOTIVISA), das 8.435 notificações de evento adverso relacionado à assistência à saúde, 1.319 foram notificações de LP, equivalendo a 15% dos registros. Reduzir o risco de LP é uma das seis “Metas Internacionais de Segurança do Paciente” e uma das prioridades do Ministério da Saúde do Brasil para a segurança do paciente (VOCCI, 2017).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) utiliza a incidência e a prevalência das lesões por pressão como um dos indicadores para determinar a qualidade dos cuidados prestados nos serviços de saúde. Aproximadamente 95% das lesões por pressão podem ser evitadas com a adoção de medidas especiais (SOARES *et al.*, 2011).

A prevalência de lesão por pressão é medida pela frequência de sua ocorrência ou pelo seu coeficiente apresentado como índice de pacientes com LP em determinada população em certo período (SANDERS; PINTO, 2012). No Brasil, não há dados suficientes que indiquem a incidência e a prevalência de LP no País. Os estudos voltados para esse caráter são localizados em cidades específicas e realizados em alguns setores hospitalares (SOARES *et al.*, 2011).

No Brasil, em UTI, as taxas de incidência de lesões por pressão são altas, variam entre 13,95% em São Paulo a 59,5% em Fortaleza, dependendo da especialidade da UTI e da região do país. Em clínica médica, cirúrgica, ortopédica e UTI de três hospitais brasileiros, a taxa de incidência variou entre 25% e 66,6% no Mato Grosso (BARON; PAVANI; FORGIARINI JUNIOR, 2017).

Um estudo realizado em um Hospital Universitário de São Paulo, mostra que dentre 211 pacientes de risco acompanhados durante 3 meses, 84 desenvolveram 134 lesões por pressão, com incidência de 39,8%, que variou de acordo com a unidade. A clínica médica apresentou o maior índice, seguido da unidade de terapia intensiva, clínica cirúrgica e de cuidados semi-intensivos. Um

estudo retrospectivo, realizado em prontuários de pacientes internados na unidade de terapia intensiva de um hospital universitário de Recife-PE, revelou que de 56 pacientes, 24 desenvolveram LP (BRANDÃO; MANDELBAUM; SANTOS, 2013).

Sobre incidência de lesão por pressão, Costa (2010) identificou elevada taxa em três hospitais regionais de Mato Grosso (25%, 31,7% e 66,6%), nos setores de clínica médica, cirúrgica, ortopedia e UTI. Rogenski (2002) identificou uma incidência global de 39,8% de LP, variando conforme a unidade, sendo o maior índice na clínica médica. Matos, Duarte e Minetto (2010) verificou uma incidência global de 37,03%, ressaltando ainda, que o surgimento da maioria das lesões ocorreu durante a primeira semana de internação, o autor reforça ainda que a pressão persistente exercida é o fator mais importante na origem destas, e não o tempo de internação.

A prevalência de LP em hospitais nos Estados Unidos varia de 3% a 14%, sendo de 15% a 25% em serviços de pacientes crônicos e 7% a 12% em atendimento domiciliário (SANDERS; PINTO, 2012).

Estima-se que anualmente nos Estados Unidos entre um e três milhões de pessoas desenvolvem algum tipo de lesão por pressão. Entre eles, 60 mil morrem em decorrência de complicações secundárias (ROCHA *et al.*, 2016).

Um estudo canadense, com pacientes vítimas de trauma raquimedular mostrou prevalência de 28% de lesão por pressão por período de 12 meses. Em outro estudo, na Itália, a incidência foi de 20,6% de lesão por pressão em pacientes reinternados após o tratamento agudo de traumas raquimedulares. A incidência de lesões por pressão em pacientes neurológicos durante internações em unidades de terapia intensiva chega a ser 12,4% após período de 6 dias. Na Europa, Canadá e África do Sul, 11% dos pacientes internados possuem alguma lesão por pressão. Em pacientes queimados, a incidência relatada foi de 4,1% (WADA; TEIXEIRA NETO; FERREIRA, 2010).

Segundo Wada, Teixeira Neto e Ferreira (2010) a prevalência de LP tem aumentado nos últimos anos, devido ao aumento da expectativa de vida da população, associada aos avanços da medicina moderna, que tornaram possível a sobrevivência de pacientes com doenças graves e anteriormente letais,

transformadas em doenças crônicas e lentamente debilitantes. A utilização de técnicas de monitorização, novos tratamentos clínicos e cirúrgicos assim como drogas e equipamentos possibilitaram o prolongamento da vida, mesmo que artificialmente, muitas vezes sem perspectiva de cura, em indivíduos gravemente debilitados, imobilizados e frequentemente inconscientes.

3.5 Impacto Social

As lesões por pressão têm sido um problema comum em serviços de saúde, pois acometem a população de forma geral, independentemente do sexo, idade ou etnia, determinando um alto índice de pessoas com alterações na integridade da pele, constituindo, assim, um sério problema de saúde pública. Apesar da modernização dos cuidados de saúde, a prevalência das lesões por pressão permanece elevada nos pacientes hospitalizados e domiciliares. Estas lesões são uma importante causa de morbidade e mortalidade, afetando a qualidade de vida do paciente e de seus cuidadores, contribuindo para uma insustentável sobrecarga econômica para os serviços de saúde e para os familiares (NOGUEIRA *et al.*, 2010).

No cenário nacional, autores afirmam que os hospitais da rede pública vem enfrentando dificuldades para gerirem seus recursos escassos em consequência da diminuição dos gastos federais, estaduais e municipais com saúde, frente ao aumento das demandas da população por serviços de saúde (LIMA; CASTILHO, 2015).

O paciente deve ser o ponto central da preocupação dos profissionais e da alta direção com a segurança nos serviços de saúde. Quando é ouvido e convidado a participar ativamente de seu cuidado e tratamento também pode contribuir nos esforços para a prevenção de falhas e danos em serviços de saúde do país (ANVISA, 2017).

Lesões por pressão causam a seus portadores imensos problemas, como dor permanente, incapacidade, sofrimento, perda da autoestima, isolamento social,

gastos financeiros, afastamento do trabalho e alterações psicossociais que demandam tratamento duradouro e complexo, trazendo grande impacto nas relações familiares (ARAÚJO, 2017).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

O estudo é do tipo descritivo de caráter quantitativo, através da análise de um banco de dados, realizado em quatro (4) Hospitais Públicos de São Luís - MA. Faz parte do Projeto de Pesquisa ÚLCERAS POR PRESSÃO: Tratamento e Custos Sociais do Grupo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Saúde do Adulto – GEPSA, da Universidade Federal do Maranhão - UFMA.

4.2 Local e período do estudo

O estudo foi realizado em quatro (4) Hospitais Públicos de São Luís – MA. Dentre eles, dois (2) Hospitais de Urgência e Emergência sob regimento de órgão da administração pública Municipal, um (1) Hospital Geral sob regimento de órgão da administração pública Estadual, e um (1) Hospital Universitário sob regimento de órgão da administração pública Federal. O período da coleta de dados teve início em junho de 2011 e término em junho de 2016, com uma média de seis meses de coleta por instituição, nos setores de clínica médica, clínica cirúrgica, neuro-ortopedia, uti geral e cuidados paliativos.

4.3 População e amostra

A população foi formada por 70 pacientes internados nas instituições, no período do estudo, acometidos por lesão por pressão estágios III e IV. A população foi representada por pacientes de ambos os sexos, com idade igual ou acima de 18 anos, e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4.4 Instrumento de coleta de dados

Os dados foram coletados através de instrumento de avaliação direcionado ao paciente que consta de um roteiro, Roteiro para Levantamento de Dados do Portador de Lesão por Pressão (Anexo A) que contém dados de identificação e clínicos do paciente. As variáveis presentes no roteiro são: escala de braden, naturalidade, número de lesões por paciente, eliminação vesical, eliminação intestinal, lesões cicatrizadas, cor da pele, sistema de apoio, origem, características das lesões, sexo, idade, escolaridade, profissão, religião, estado civil, procedência, diagnóstico médico, doenças de base, mobilidade, tempo de internação, setor de internação, situação do paciente ao final da coleta, estágio das lesões e localização anatômica.

4.5 Coleta de dados

Os dados é proveniente de um banco de dados pertencente a uma pesquisa intitulada “ÚLCERAS POR PRESSÃO: Tratamento e Custos Sociais” do Grupo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Saúde do Adulto – GEPSA, da Universidade Federal do Maranhão – UFMA.

Os questionários foram aplicados pelos membros do GEPSA, composto por discentes, docentes e enfermeiras colaboradoras, devidamente capacitados para aplicação do instrumento. A coleta de dados teve início pelo Hospital Universitário, após término, os Hospitais de Urgência e Emergência, e por último, o Hospital Geral do Estado.

Os pacientes estavam internados nos setores de Clínica Médica dos Hospitais de Urgência e Emergência de São Luís, nos setores de Clínica Cirúrgica, Clínica Médica, Neuro-Ortopedia e UTI do Hospital Universitário, e nos setores de Ortopedia, UTI e Cuidados Paliativos do Hospital Geral.

A partir do preenchimento do questionário de identificação, o paciente foi acompanhado diariamente em seu tratamento da lesão até sua alta hospitalar, óbito ou até o término da pesquisa.

4.6 Análise dos dados

A análise dos dados foi por meio após consulta de um banco de dados já existente com todas as informações registradas. De acordo com o roteiro da coleta de dados foram avaliadas as variáveis que estiveram presentes nos dados dos quatro (4) hospitais pesquisados, excluindo assim as variáveis que estivesse em falta em um ou mais hospitais.

A variáveis excluídas foram: Escala de Braden, Naturalidade, Número de Lesões por Paciente, Eliminação Vesical, Eliminação Intestinal, Lesões cicatrizadas, Cor da pele, Sistema de Apoio, Origem e Características das lesões.

Os dados coletados foram digitados no Programa Microsoft Office Excel 2007. Em seguida, organizados em gráficos e tabelas, e para apresentação, análise e discussão foram analisados pela estatística descritiva, frequência absoluta percentuais, média e amplitude.

4.7 Aspectos éticos e legais da pesquisa

Esta pesquisa fez parte de um Projeto de Pesquisa, intitulado “**ÚLCERAS POR PRESSÃO: Tratamento e Custos Sociais**” do Grupo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Saúde do Adulto – GEPSA, da Universidade Federal do Maranhão - UFMA. Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, sob o protocolo de aprovação (Anexo C) nº 002600/2010. A pesquisa seguiu com rigor as recomendações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional Saúde.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Dados Sociodemográficos

Nesta subseção está identificando os dados sociodemográficos dos pacientes, que incluem as variáveis: sexo, idade, escolaridade, profissão, religião, estado civil e procedência, conforme tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição dos pacientes com lesão por pressão estágios III e IV segundo dados demográficos em hospitais públicos de São Luís – MA, 2017. (continua)

Variáveis	Nº	%
Sexo		
Masculino	39	55,71
Feminino	31	44,28
Idade		
18 - 30	14	20
31 - 45	9	12,85
46 - 60	7	10
> 60	40	57,14
Média	61,02	
Amplitude	15 a 92	
Escolaridade		
Analfabeto	12	17,14
Fundamental Incompleto	38	54,28
Fundamental Completo	8	11,42
Ensino Médio Incompleto	1	1,42
Ensino Médio Completo	11	15,71
Estado Civil		
Solteiro	37	52,85
Casado	26	37,14
Víuvo	7	10

Tabela 1 – Distribuição dos pacientes com lesão por pressão estágio 3 e 4 segundo dados demográficos em hospitais públicos de São Luís – MA, 2018.

Profissão		
Aposentado	21	30
Estudante	3	4,28
Dona de Casa	2	2,85
Doméstica	11	15,71
Costureira	2	2,85
Motorista	3	4,28
Pedreiro	7	10
Lavrador	4	5,71
Operador de Máquinas	2	2,85
Outros	15	21,42
Religião		
Católico	38	54,28
Evangélico	29	41,42
Testemunho de Jeová	1	1,42
Não possui	2	2,85
Procedência		
Outros Hospitais	38	54,28
Residência	32	45,71
TOTAL	70	100

Fonte: Próprio Autor.

Do total de 70 pacientes, verificou-se que a maioria pertencia ao sexo masculino com 39 pacientes (55,71%). Esse resultado corrobora com um estudo documental de Fernandes *et al.* (2017), desenvolvido em um hospital de ensino público do interior do estado do Paraná, o qual apresentou predomínio do sexo masculino em 255 casos (64,7%). Ao contrário, Nogueira *et al.* (2010) os resultados apontaram para uma população com predomínio de mulheres (61%). Já Menegon *et al.* (2012) afirma que não há significância estatística entre o maior número de mulheres comparado aos homens.

Em relação ao sexo, estudos realizados por Chacon *et al.* (2013), Gomes *et al.* (2011), Araújo, Araújo e Caetano (2011) e Gomes *et al.* (2010) corroboram com os valores encontrados, pois mencionam a predominância de pacientes do sexo

masculino com desenvolvimento de LP. Araújo, Araújo e Caetano (2011) descrevem, em seu estudo, que a predominância do sexo masculino pode estar correlacionada ao tipo de atendimento que ocorre no hospital estudado, tratava-se de um serviço especializado no atendimento de urgências e emergência em traumatologia e neurologia, que geralmente vem associado a acidentes de trânsito com pessoas jovens e do sexo masculino. Já o estudo desenvolvido por Pereira *et al.* (2013), e Silva *et al.* (2010) relatam que a predominância de pacientes que desenvolveram LP são do sexo feminino, em razão da maior longevidade das mulheres.

Em relação a faixa etária, observou-se que 40 pacientes (57,14%) possuíam mais de 60 anos, com idade média de 61,02 anos e amplitude de 18 a 92 anos. Este resultado concorda com um estudo de Soares (2011), que constatou que, dentre os pacientes que desenvolveram lesão por pressão, 41,2% apresentavam idade igual ou superior a 60 anos. E para Galvão (2012) a observação máxima é um paciente com 98 anos e a mínima é um paciente com 18 anos, com isso temos uma amplitude total de 80 anos.

Para Sanders e Pinto (2012), é na população idosa que se encontram 70% de todas as lesões por pressão e a prevalência dessas feridas aumenta rapidamente com a idade. Pois, é mais susceptível ao desenvolvimento de lesões de pele, dadas às características causadas pelo envelhecimento.

Com o envelhecimento, ocorrem alterações na pele em relação à composição, vascularização, de propriedades como percepção da dor e da resposta inflamatória, aumenta também a probabilidade de doenças crônicas, o que contribui para a susceptibilidade de desenvolvimento de LP (MELO, GONÇALVES, VIEIRA, 2015).

No que se refere à escolaridade foi verificado que 38 pacientes (54,28%) possuem apenas o ensino fundamental incompleto. Este resultado é reforçado com Galvão (2012) quanto ao grau de escolaridade, em que foi encontrado um índice de 20,75% dos pacientes que possuíam ensino fundamental incompleto.

Os dados referentes à baixa escolaridade também coincidem com os achados de Blanes *et al.* (2004); Bezerra, Luz, Araújo (2009); Crozeta (2009). Esse resultado torna-se importante, uma vez que, pode interferir no processo de

aprendizagem das orientações referentes à prevenção e tratamento das lesões por pressão (GALVÃO, 2012).

Entretanto, no estudo de Silva (2016), no que se refere à variável escolaridade, a maioria apresentou ensino médio completo (33,33%). Porém, somando as variáveis: fundamental incompleto (28,89%) e fundamental completo (20%) nota-se que 48,89% dos idosos possuem menos de 10 anos de estudo. No Brasil, a média de escolaridade é de 7,1 anos de estudo, o que representa uma escolaridade abaixo da conclusão do ensino fundamental (IBGE, 2010).

Fatores, como o nível de escolaridade e o estado civil são importantes, para averiguar se o aspecto educativo, emocional e a vida social influenciam diretamente nos indicadores de saúde (SILVA, 2016).

No que corresponde a profissão, 21 pacientes (30%) eram aposentados e 15 pacientes (21,42%) de outras profissões, dentre elas sapateiro (01), carpinteiro (01), feirante (01), professora (01) e técnica em contabilidade (01). Resultado este que se iguala com estudo de Galvão (2012) que apresentou grande maioria dos entrevistados aposentados com 56,6%, seguidos de 11,32% que eram autônomos ou estavam desempregados.

Faustino (2008) em um estudo aponta que 33,4% eram de aposentados, 30% eram do lar, e o restante se dividiu em ocupações como comerciante, caminhoneiro entre outros.

No que diz respeito à religião, a que prevaleceu foi à católica com 38 pacientes (54,28%). Não foram encontrados estudos que correlacionem e esta variável.

Em relação ao estado civil, 37 pacientes (52,85%) eram solteiros. Este resultado é reforçado com estudo de Costa et al. (2015) ao relatarem que houve prevalência de solteiros (52,5%), 21 pessoas, em relação aos demais analisados.

Ao contrário, Freitas *et al.* (2011) nos seus resultados, a maioria eram casados (66,3%), indicando possibilidade de reinserção com os familiares e companheira ou companheiro. Em contrapartida, 49 (16,3%) são solteiros sem um parceiro ou companheiro; moram sozinhos ou com parentes e/ou amigos. Isto reflete a falta de vínculo para o cuidado afetivo. Ademais, os viúvos somam um total de 52 (17,3%) que viviam sozinhos.

No ambiente domiciliar, membros da família são frequentemente os únicos provedores de cuidados contínuos e, às vezes, as avaliações realizadas pelos profissionais de saúde podem ser fragmentadas. Assim, a rotina de observação do familiar, quanto ao progresso do paciente, deve servir de referência para a tomada de decisão quanto ao plano de cuidados. Assim, torna-se imperativo que os cuidadores familiares sejam considerados componentes essenciais da equipe de saúde, recebendo educação quanto à prevenção de LP, bem como o incentivo para a participação no planejamento dos cuidados de saúde (DINIZ *et al*, 2014).

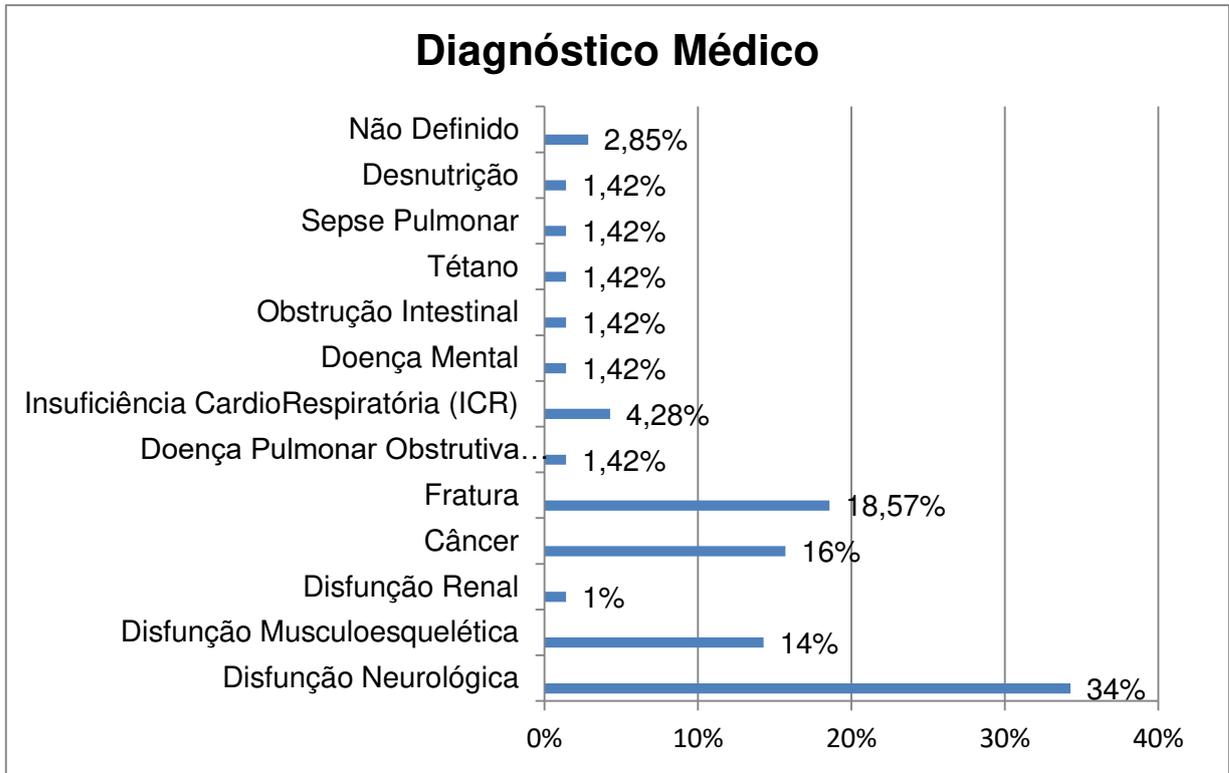
Em relação à procedência do paciente 38 pacientes (54,28%) tinham origem de outra instituição hospitalar. Não foram encontrados estudos que correlacionem essa variável.

5.2 Dados Clínicos

Nesta subseção está identificando os dados clínicos dos pacientes que incluem as variáveis: diagnóstico médico, doenças de base, mobilidade, tempo de internação, setor de internação e situação do paciente ao final da coleta.

Dentre os diagnósticos médicos (gráfico 1), a Disfunção Neurológica foi o que predominou, com 24 pacientes (34,28%). Este resultado condiz com o estudo de Araújo, Araújo e Caetano (2012) que examinaram os quadros clínicos mais comuns verificados no momento da admissão, que foram as disfunções neurológicas, com predomínio do traumatismo crânio-encefálico.

Gráfico 1 - Distribuição dos pacientes com lesão por pressão estágios III e IV de acordo com o diagnóstico médico, em hospitais públicos de São Luís – MA, 2017.



Fonte: Própria Autora.

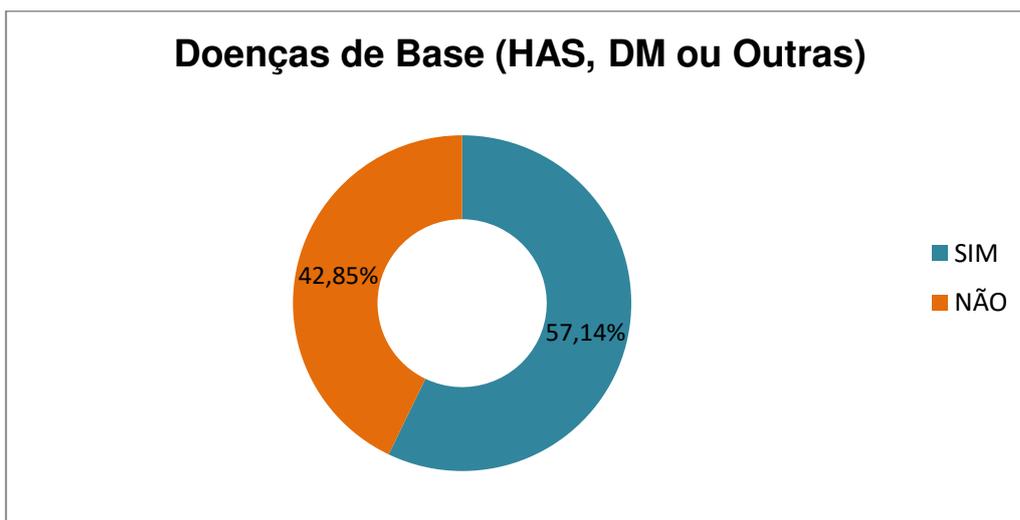
Com base em um estudo documental retrospectivo de abordagem quantitativa de Melo, Gonçalves e Vieira (2015), que foi desenvolvido em um Hospital Regional de Minas Gerais, observou-se que dos 43 pacientes que desenvolveram LP no ambiente hospitalar, a maioria deles, 8 pacientes (19%) possuíam algum tipo de patologia neurológica, 7 pacientes (16%) doenças do sistema respiratório, 6 pacientes (14%) com alguma patologia cardiovascular e 6 pacientes (14%) pós-operatório imediato de cirurgias.

De acordo com Nogueira *et al.* (2010) os motivos da internação, as doenças que originaram algum tipo de comprometimento neurológico representaram 69% das hospitalizações. Esta porcentagem considerável permite afirmar que essas afecções contribuíram com a ocorrência de lesões por pressão por causarem incapacidade e dependência, caracterizando pacientes com vários fatores de risco, como diminuição da atividade e da percepção sensorial.

No que se refere a doenças de base, foram identificados 40 pacientes (57,14%) com Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial Sistêmica ou outras doenças (gráfico 2). Blanes *et al.* (2004) constataram que 43,6% dos pacientes possuíam Hipertensão e 24,4% possuíam Diabetes. Rogenski (2002) observou que 71,2% dos pacientes apresentavam doenças de base que comprometiam o sistema cardiovascular ou respiratório.

Dealey (2008) afirma que doenças cardíacas, vasculares periféricas ou DM, geralmente levam a redução no suprimento de oxigênio, reduzem a pressão capilar local e provocam a desnutrição dos tecidos, sendo que a nutrição da pele exige um aporte vascular sadio.

Gráfico 2 - Distribuição dos pacientes com lesão por pressão estágios III e IV de acordo com doenças de base hospitalares públicos de São Luís – MA, 2017.



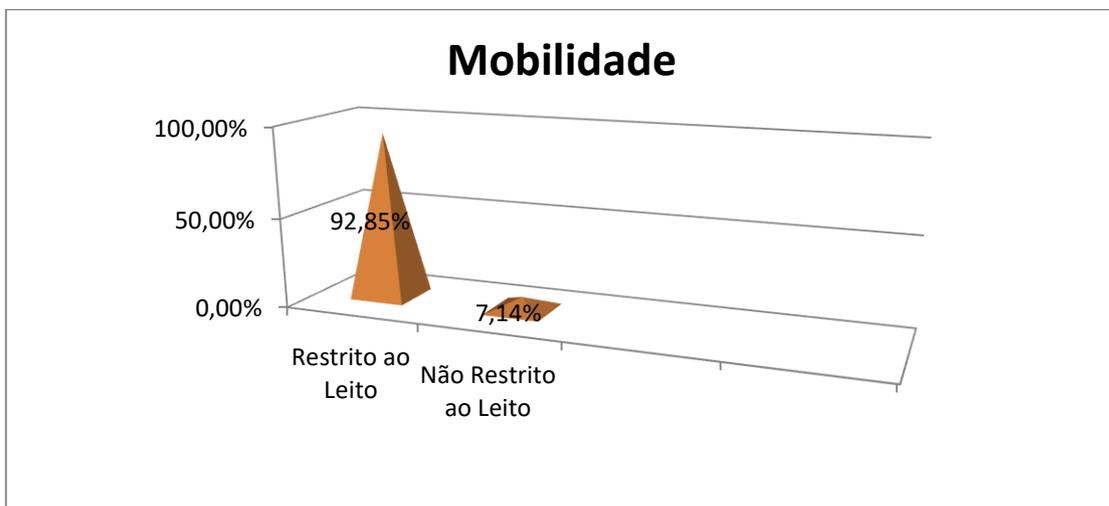
Fonte: Própria Autora.

A variável mobilidade (gráfico 3) obteve um maior índice em pacientes restritos ao leito, com um total de 65 pacientes (92,85%). Um estudo de Perrone *et al.* (2011) foi observado que 76% eram restrito ao leito e 24% deambulavam, bem de como apresentarem mais lesões classificadas como graves, quando comparados com os não restritos.

Para Jorge e Dantas (2003), a mobilidade é um fator importante no desenvolvimento da lesão por pressão, pois o paciente imóvel não alivia a pressão nas regiões de proeminências ósseas, mantendo assim, os fatores de intensidade e duração da pressão com a maior causa do desenvolvimento da lesão.

A mobilidade do paciente é entendida como a capacidade em mudar, manter ou sustentar determinadas posições corporais; à habilidade em remover qualquer pressão em áreas da pele/corpo promovendo a circulação; e, à percepção sensorial que implica no nível de consciência e reflete a capacidade do indivíduo em perceber estímulos dolorosos o desconforto e reagir efetuando mudanças de posição ou solicitando auxílio para realizá-las (ASCARI; VELOSO; SILVA, *et al.*, 2014).

Gráfico 3 - Distribuição dos pacientes com lesão por pressão estágios III e IV de acordo com a mobilidade, em hospitais públicos de São Luís – MA, 2017.



Fonte: Própria Autora.

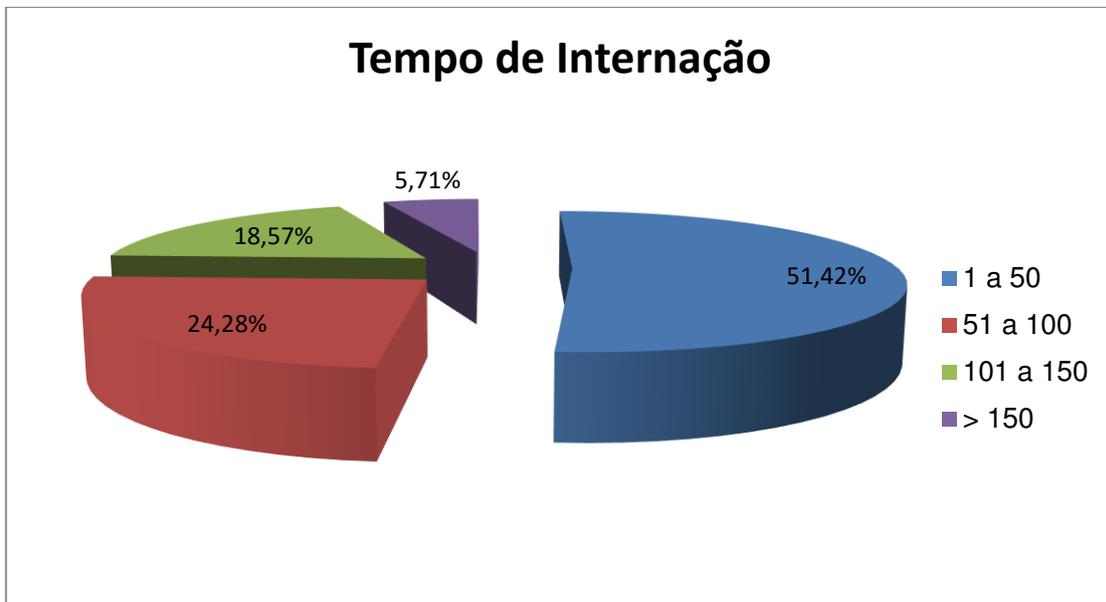
Os especialistas da *Agency for Health Care Policy and Research – AHCPR* (1992-1994) recomendam mudança de decúbito a intervalos mínimos de duas horas (FERNANDES; TORRES, 2008).

A maior parte dos pacientes internados (gráfico 4) (51,42%) ficaram por um período de 1 a 50 dias, com um tempo médio de 105 dias e uma variação de 11 a 376 dias. Para Fernandes e Torres (2008) o tempo de internação variou de 2 a 20 dias, com predominância de 1 a 7 dias (75%), seguido de 8 a 14 dias (15%) e mais de 14 dias.

Segundo Borghardt *et al.* (2016) o tempo de internação com mais de 10 dias prevaleceu, com 12 pacientes (71%). A média do tempo de internação foi de 31,7 dias, variando de 5 a 110 dias. Já nos estudos de Costa *et al.* (2015) o tempo de permanência dos pacientes internados foram de 1 a 3 meses em 15 pacientes

(37,5%), 4 a 7 meses em 17 pacientes (42,5%) 8 a 11 meses em 6 pacientes (15%) e 1 ano a 2 anos em 2 pacientes (5%).

Gráfico 4 - Distribuição dos pacientes com lesão por pressão estágios III e IV de acordo com o tempo de internação, em hospitais públicos de São Luís – MA, 2017.



Fonte: Própria Autora.

O tempo de internação de pacientes portadores de feridas, nas unidades de internação, implica em avaliações diárias, pelos profissionais de saúde, para estabelecer medidas curativas e prevenir complicações. Um longo período de internação está associado a riscos físicos, como infecção hospitalar e trombose venosa profunda, além de impacto psicossocial, acarretado pela diminuição de convívio com a família. Visando à prevenção dessas complicações e à redução de gastos, a tendência tem sido a diminuição do tempo de internação (MACIEL, 2008).

Uma internação prolongada é aquela em que o paciente permanece internado por mais de trinta dias numa mesma instituição, acarretando inúmeras consequências para esta, como o custo elevado de cada paciente. Além disso, aumenta a possibilidade de desenvolver LP devido as enfermarias ficarem cheias, sobrecarregando os profissionais, tornando-se dessa forma, difícil a realização do cuidado e das mudanças de decúbito adequadas (COSTA *et al.*, 2015).

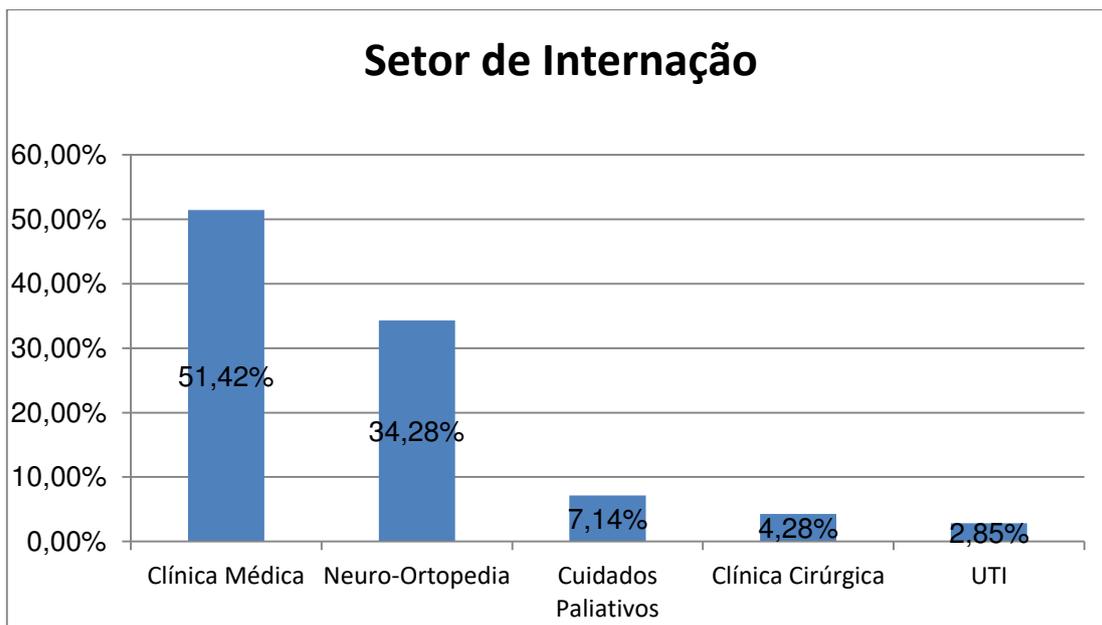
No que se refere ao setor de internação (gráfico 5), a maior parte dos pacientes encontravam-se na unidade da Clínica Médica 36 pacientes (51,42%).

Vieira *et al.* (2014) relata que a maioria dos entrevistados encontravam-se na clínicas ortopédicas.

Um estudo realizado na UTI Geral de um Hospital em Portugal a prevalência encontrada foi alta, obtiveram igual prevalência de pacientes acometidos na clínica médica (41,5%) e UTI (41,5%). A clínica cirúrgica apresentou 17% dos casos encontrados no hospital (MATOS; DUARTE; MINETTO, 2010).

Segundo Fernandes e Torres (2008) A internação em UTI aumenta o risco para o desenvolvimento de LP se comparada com a internação em outros setores do hospital, o que se deve ao maior número de fatores de risco a que está exposto um paciente nessa unidade.

Gráfico 5 - Distribuição dos pacientes com lesão por pressão estágios III e IV de acordo com o setor de internação, em hospitais públicos de São Luís – MA, 2017.



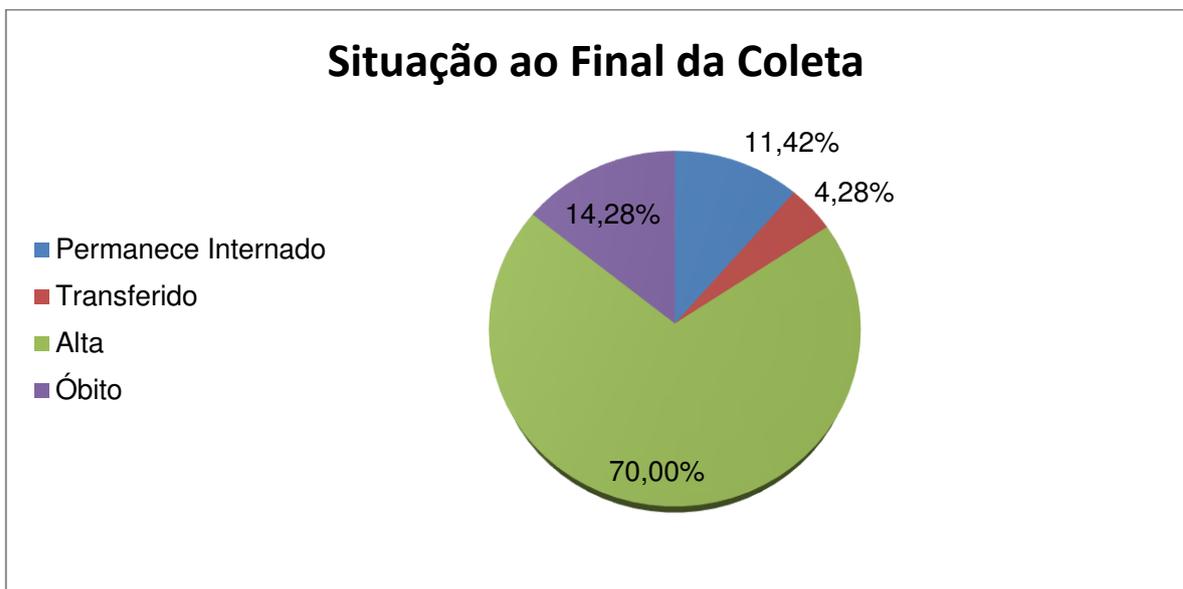
Fonte: Própria Autora.

Ao final da coleta de dados dos 70 pacientes, 49 (70%) tiveram alta hospitalar (gráfico 6). Para Carcinoni, Calari e Nascimento (2005) verificaram que 40,7% dos pacientes tiveram alta hospitalar com lesões por pressão e 13% foram a óbito.

Para Borghardt *et al.* (2016) em seus estudos, dos 17 pacientes que desenvolveram LP, 10 (59%), tiveram como desfecho o óbito.

Um estudo de Louro *et al.* (2007) mostrou que os pacientes que evoluíram para óbito apresentaram mais lesões por pressão que os demais, e que quanto maior o tempo de internação maior a prevalência de lesão por pressão à data da alta.

Gráfico 6 - Distribuição dos pacientes com lesão por pressão estágios III e IV de acordo com a sua situação ao final da coleta, em hospitais públicos de São Luís – MA, 2017.



Fonte: Própria Autora.

5.3 Caracterização das Lesões

Nesta subseção está identificando as características das lesões que os pacientes possuíam, que incluem as variáveis: estágios das lesões e localização anatômica. Obteve-se um total de 123 lesões por pressão registradas, uma média de 1,75 por paciente.

De acordo com o gráfico 7, observou-se que das 123 lesões registradas houve predominância do estágio IV, com 69 lesões por pressão (56,09%).

Conforme estudo de Figueiras (2011) com pacientes internados em hospitais particulares, das 33 LP avaliadas, a prevalência de lesões estágios III e IV foi de 42%. Costa *et al.* (2005) constataram um total de 77 LP em 45 pacientes avaliados, sendo que 52 lesões (67, 53%) estavam em estágio IV, seguido de 8 lesões (10%) estavam em estágio III.

Gráfico 7 - Distribuição dos pacientes com lesão por pressão estágios III e IV de acordo com a classificação das lesões, em hospitais públicos de São Luís – MA, 2017.



Fonte: Própria Autora.

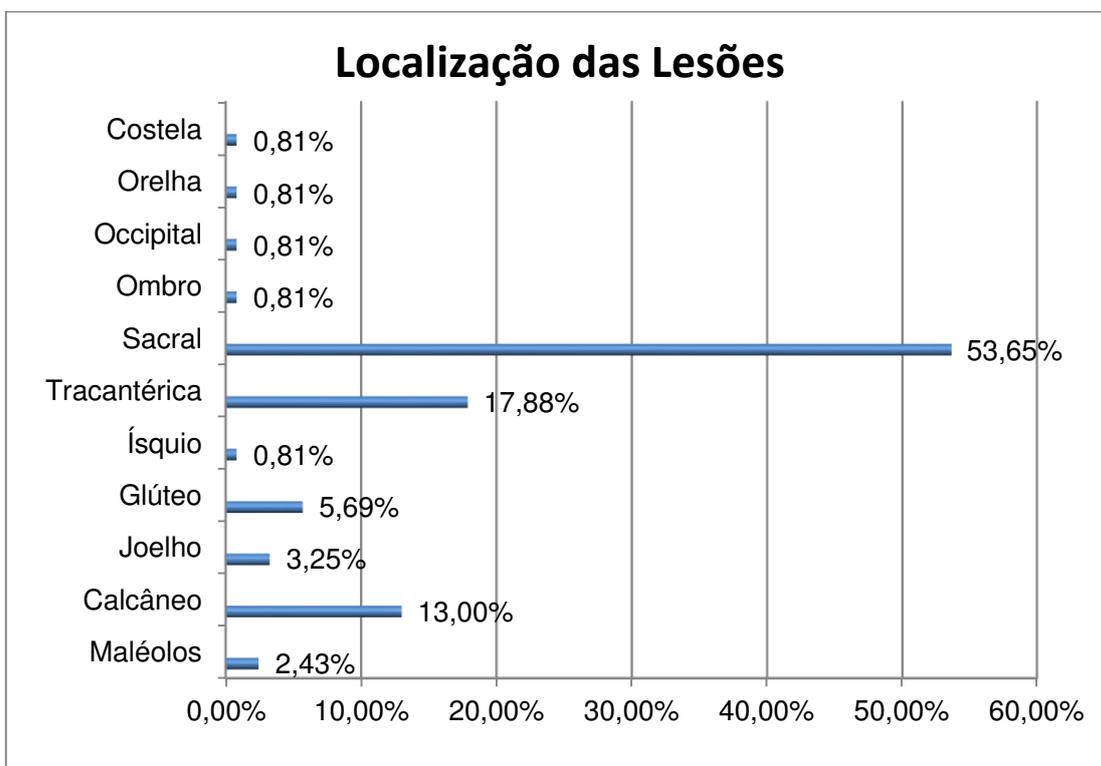
Entretanto, no estudo de Galvão (2012) foi observado que a maior frequência de acordo com o estágio é o II com 32,94%, em seguida o estágio I apresenta 29,41%, o estágio III com 23,53%, e o estágio IV com 2,35%; as lesões no tecido profundo apresentaram em apenas 7,06% e as lesões não classificadas em 4,71%.

Para Lima *et al.* (2016) em pesquisa recentemente desenvolvida nas unidades de CM, CC e UTI-A demonstrou que as lesões por pressão estágio II têm sido as mais frequentes e, graças às ações preventivas preconizadas, pacientes não têm evoluído para os estágios III e IV.

Com relação a localização (gráfico 8) a predominância foi a região sacra, totalizando 66 lesões por pressão (53,65%), que corrobora com estudo de Lima *et al.* (2016), onde as enfermeiras estomaterapeutas documentaram a realização de

curativas em 55 LP, localizadas em 18 regiões corporais, com maior frequência na região sacra com 28 lesões (71,8%), região dos calcâneos com 7 lesões (17,9%) e região dos trocantêres com 6 lesões (15,4%). Assim como Nogueira *et al.* (2010) observou quanto à localização das lesões, a região sacra foi a mais frequente, estando presente em 55% da amostra estudada, seguida pelas regiões calcânea (24%) e lombar (8%)

Gráfico 8 - Distribuição dos pacientes com lesão por pressão estágios III e IV de acordo com a localização das lesões, em hospitais públicos de São Luís – MA, 2017.



Fonte: Própria Autora.

Outros estudos confirmam a prevalência dessa distribuição anatômica e relatam que a região sacra é considerada uma das mais suscetíveis para o desenvolvimento de úlceras por pressão em razão das proeminências ósseas e proximidade com áreas de incontinências (NOGUEIRA *et al.*, 2010).

6 CONCLUSÃO

Os resultados do estudo demonstraram uma população de 70 pacientes com lesão por pressão estágios III e/ou IV, internados em quatro (4) hospitais públicos de São Luís – MA.

Houveram algumas limitações relacionadas aos dados da pesquisa foram possíveis de serem identificadas, como a presença de dados incompletos do instrumento de coleta de dados nas instituições em estudo.

Em relação aos dados sociodemográficos, foram identificados que o sexo masculino prevaleceu com (55, 71%); a faixa etária de maior relevância foi igual ou maior a 60 anos com (57,14%); a maior escolaridade percebida foi o ensino fundamental incompleto com (54,28%); a profissão com maior destaque foi para os aposentados com (30%); a religião católica predominou com (54,28%), o estado civil prevalente foi os solteiros com (52,85%); como diagnóstico médico a que prevaleceu foi a disfunção neurológica (34,28%); em relação a procedência do paciente, estes em sua maioria vieram de outras instituições hospitalares com (54,28%); em relação as doenças de base (57,14%) dos pacientes possuíam HAS, DM ou outra doença; foram observados que (92,85%) eram restritos ao leito; o tempo de internação variou de 1 a 50 dias com (51,42%); o setor com maior número de pacientes foi a clínica médica com (51,42%); 70% tiveram alta hospitalar; o resultado de maior valor em relação ao estágio das lesões foi estágio IV com (56,09%); e a região sacra prevaleceu com (53,65%).

Estudos sobre perfil epidemiológico são necessários para se estabelecer dados referentes ao problema do desenvolvimento de LP em pacientes internados, já que são escassos no Brasil de modo geral; além de conscientizar as instituições e profissionais da saúde da existência de seu desenvolvimento, e do alto risco tanto para pacientes em cuidados críticos, como também para os que estão sob cuidados básicos e intermediários.

Assim, fica evidente a importância da implementação de um protocolo preventivo específico para LP em unidades, que ações preventivas sejam instituídas e direcionadas aos pacientes de maior risco, otimizando, portanto, recursos humanos e materiais destinados à prevenção do agravo.

A avaliação contínua do enfermeiro com objetivo de identificar os fatores de risco, é de fundamental importância para evitar o desenvolvimento de lesão por pressão em todos os pacientes restritos ao leito, de modo a implementar assistência de enfermagem.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Práticas seguras para prevenção de lesão por pressão em serviços de saúde.** Nota Técnica GVIMS/GGTES nº 03/2017. 2017.

ARAÚJO, J. G. **Eficácia do curativo de hidrogel com nanopartículas de prata na cicatrização de feridas crônicas: estudo clínico randomizado.** 2017. 91 p. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde). Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia. 2017.

ARAÚJO, T. M.; ARAÚJO, M. F. M.; CAETANO, J. A. Comparação de escalas de avaliação de risco para úlcera por pressão em pacientes em estado crítico. **Acta Paul. Enferm.**, v. 5, n. 24, p. 695-700, 2011.

ARAÚJO, T. M.; ARAÚJO, M. F. M.; CAETANO, J. A. O uso da escala de Braden e fotografias na avaliação do risco para úlceras por pressão. **Revista Escola Enfermagem USP.** v. 46, n. 4, p. 858-864, 2012.

ASCARI, R. A. et al. Úlcera por pressão: um desafio para a enfermagem. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research.** v. 6, n. 1, p. 11-16, 2014.

Associação Brasileira de Estomaterapia. SOBEST. **Classificação das Lesões por Pressão - Consenso NPUAP 2016 - Adaptada Culturalmente para o Brasil.** 2016. Disponível em < <http://www.sobest.org.br/textod/35>>. Acesso em 20/10/2017.

BARBOSA, T. P.; BECCARIA, L. M.; POLETTI, N. A. A. Avaliação do Risco de Úlcera por Pressão em UTI e Assistência Preventiva de Enfermagem. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 22, p. 353 - 358, Maio, 2014.

BARON, M. V.; PAVANI, R. M.; FORGIARINI JUNIOR, L. A. F. Inovações e tecnologias para a prevenção da úlcera por pressão em calcâneo. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecções**, Santa Cruz do Sul, v. 7, n. 2, p. 122-131, 2017.

BEZERRA, S. M. G.; LUZ, M. H. B. A.; ARAÚJO, T. M. E. Prevalência de Úlcera por Pressão em pacientes acamados no domicílio. In: 61º Congresso Brasileiro de Enfermagem. **Transformação Social e Sustentabilidade Ambiental.** 2009, Fortaleza, Resumos. Fortaleza: Centro de Convenções do Ceará, 2009.

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. 182-187, 2004.

BLANES, L.; FERREIRA, L. M. **Prevenção e Tratamento de Úlcera por Pressão**. São Paulo. Editora: Atheneu. p. 4–5. 2014.

BORGHARDT, A. T. et al. Úlcera por pressão em pacientes críticos: incidência e fatores associados. **Rev Bras Enferm**. v. 69, n. 3, p. 460-467, Maio-Jun, 2016.

BRANDÃO, E. S.; MANDELBAUM, M. H. S.; SANTOS, I. Um desafio no cuidado em Enfermagem: Prevenir úlceras por pressão no cliente. **R. pesq.: cuid. fundam. Online**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 3221-3228, Jan-Mar, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de Condutas para Úlceras Neurotróficas e Traumáticas**. Brasília: Ministério da Saúde. p. 7. 2002.

CARCINONI, M.; CALIRI, M. H. L.; NASCIMENTO, M. S. Ocorrência de Úlcera por Pressão em indivíduos com lesão traumática da medula espinal. **Ver. Min. Enf**. v. 9, n. 1, p. 29-34, Jan-Mar, 2005.

CHACON, J. M. F. et al. **Aspectos epidemiológicos do paciente com úlcera por pressão na Unidade de Terapia Intensiva do pronto socorro de um hospital de ensino de São Paulo**. Saúde Coletiva. São Paulo: Editorial Bolina, v. 10, n. 59, p. 14-19, 2013.

COSTA A. M. et al. Custos do Tratamento de Úlceras por Pressão em Unidade de Cuidados Prolongados em uma Instituição Hospitalar de Minas Gerais. **Revista Enfermagem**. v. 18, n. 1, p.59, Jan-Abr, 2015.

COSTA, I. G. Incidência de úlcera por pressão em hospitais regionais de Mato Grosso, Brasil. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 31, n. 4, p. 693-700, dez. 2010.

COSTA, M. P. et al. Epidemiologia e tratamento das úlceras de pressão: experiência de 77 casos. **ACTA Ortopedia Brasileira**. v. 13, n. 3, p. 124-133, São Paulo, Maio, 2015.

CROZETA, K. **Avaliação Clínica e Epidemiológica das Úlceras por Pressão em um Hospital de Ensino**. 2009. 94p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2009.

CRUZ D. M. **Do risco ao Desenvolvimento de Úlceras por Pressão: A realidade de um Serviço de Medicina**. 2015. 112 p. Dissertação (Mestrado em Gestão e Economia da Saúde). Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. 2015.

DEALEY, C. **Cuidados de Feridas: um guia para enfermeiras**. 3ª ed. São Paulo: Atheneu, 2008.

DINIZ, I. V. et al. Manejo do enfermeiro em úlceras por pressão infectada no ambiente domiciliar. **Rev enferm UFPE on line**. v. 8, n. 1, p. 121-127. 2014.

FAUSTINO, A. M. **Úlcera por Pressão e Fatores de Risco em pacientes hospitalizados com fratura de quadril e fêmur**. 2008. 130 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2008.

FERNANDES, L. M. et al. Associação entre predição para lesão por pressão e marcadores bioquímicos. **Rev Rene**. v. 17, n. 4, p. 490-497. Jul-Ago, 2017.

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. Jul-Set, 2008.

FIGUEIRAS, R. G. Tratamento cirúrgico de úlceras por pressão: experiência de dois anos. **Rev. Bras. Cir. Plást**. v. 26, n. 3, p. 416-427, 2011.

FREITAS, M. C. et al. Úlcera por Pressão em Idosos Institucionalizados: análise da prevalência e fatores de risco. **Rev Gaúcha Enferm**. Porto Alegre. v. 32, n. 1, p. 143-150. Março, 2011.

GALVÃO, N. S. et al. Conhecimentos da equipe de enfermagem sobre prevenção de úlceras por pressão. **Revista Brasileira Enfermagem**. v. 70, n. 2, p. 312-318, Março-Abril, 2017.

GALVÃO, N. S. **Aspectos epidemiológicos e clínicos de pacientes com úlceras por pressão internados em uma instituição hospitalar de Manaus**. 2012. 79 p. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde). Universidade Federal do Amazonas. Manaus. 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. 313-318. 2011.

GOMES, F. S. L. et al. Fatores associados à úlcera por pressão em pacientes internados nos centros de terapia intensiva de adultos. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 44, n. 4, p. 1070-1076, 2010.

GUYTON, A. C.; HALL, J. E. **Tratado de Fisiologia Médica**. 11ª Edição. Tradução de Bárbara de Alencar Martins et al. 1115 p. Rio de Janeiro. Editora Elsevier. 2006.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia Estatística. **Projeção da População do Brasil, perfil dos idosos**. Brasília, 2013. Disponível em: <<http://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao/esperancas-de-vida-ao-nascer.html>>. Acesso em: 09/11/2017.

JORGE, S. A.; DANTAS, S. R. P. **Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas**. São Paulo: Atheneu, 2003, p.50-102.

LIMA, A. F. C.; CASTILHO, V. Mobilização corporal para prevenção de úlceras por pressão: custo direto com pessoal. **Revista Brasileira Enfermagem**. v. 68, n. 5, p. 930-936, Set-Out, 2015.

LIMA, A. C. B.; GUERRA, D. M. Avaliação do custo do tratamento de úlceras por pressão em pacientes hospitalizados usando curativos industrializados. **Ciências e Saúde Coletiva**. v.16, n.1, p.267-277, 2011.

LIMA, A. F. C. et al. Custo direto dos curativos de úlceras por pressão em pacientes hospitalizados. **Revista Brasileira Enfermagem**. v. 69, n. 2, p.290-297, Março-Abril, 2016.

LIMA, P. R., et al. Ocorrência de lesão por pressão em pacientes hospitalizados: Uma revisão integrativa. **Rev. UNINGÁ Review**, Maringá, v. 32, n. 1, p. 53-67, Out-Dez, 2017.

LOBATO, C. P. et al. **Telecondutas - Lesão por Pressão**. Núcleo de Telessaúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. UFRGS. Porto Alegre. 2017.

LOURO, M. et al. Avaliação de Protocolo de Prevenção e Tratamento de Úlceras de Pressão. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. v. 19, n. 3, p. 337-341, Jul-Set, 2007.

MACIEL, E. A. F. **Prevalência de Feridas em pacientes internados em um Hospital Filantrópico de Grande Porte de Belo Horizonte**. Dissertação (Mestrado da Escola de Enfermagem). Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte. 2008. 91f.

MARTINS D. A. **O Uso de Agentes Físicos no Tratamento das Úlceras de Pressão**. 2014. 35 p. Dissertação - Artigo de Revisão Bibliográfica (Mestrado Integrado em Medicina). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. 2014.

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. 719-726, 2010.

MELO, L.; GONÇALVES, O.; VIEIRA, D. S. Incidência e prevalência de úlcera por pressão dos usuários atendidos em um hospital de médio porte. **Revista Perquirere**. v. 12, n. 1, p. 137-149, Julho, 2015.

MENEGON, D. B.; et al. Análise das Subescalas de Braden como indicativo de risco para úlcera por pressão. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**. v. 21, n. 4, p. 854-861, Florianópolis, Out-Dez, 2012.

MOORE, K. L.; AGUR, A. M. R.; DALLEY, A. F. **Fundamentos de Anatomia Clínica**. 4ª Edição. Rio de Janeiro. Editora Guanabara Koogan. 2017. p. 7-8.

MORAES J. T. et al. Conceito e Classificação de Lesão por Pressão: Atualização do National Pressure Ulcer Advisory Panel. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**. v. 6, n. 2, p. 2292 – 2306, Mai-Ago, 2016.

NOGUEIRA, P. D.; et al. Perfil nutricional e epidemiológico dos pacientes com úlceras por pressão internados em um Hospital de Fortaleza-Ceará. **Revista Brasileira Nutrição Clínica**. v. 25, n. 2, p. 164-170, 2010.

NPUAP. National Pressure Ulcer Advisory Panel. **NPUAP announces a change in terminology from pressure ulcer to pressure injury and updates the stages of pressure injury**. April 13, 2016. Disponível em: <<http://www.npuap.org/nationalpressure-ulcer-advisory-panel-npuap-announces-a-change-in-terminology-from-pressure-ulcer-to-pressure-injury-and-updates-the-stages-of-pressure-injury/>>. Acesso em: 27/10/2017

OLKOSKI E.; ASSIS G. M. Aplicação de Medidas de Prevenção para Úlceras por Pressão pela Equipe de Enfermagem antes e após uma Campanha Educativa. **Esc Anna Nery**. v. 20, n.2, p. 363 - 369, 2016.

PEREIRA, L. C. et al. Incidência de úlceras por pressão em uma unidade de terapia intensiva de um hospital público. **Rev.Enferm. UFPI**, v. 2, n. 4, p. 21-27, 2013.

PERRONE, F.; et al. Estado nutricional e capacidade funcional na úlcera por pressão em pacientes hospitalizados. **Rev Nutr**, v.24, n.3, p.431-438, Campinas, 2011.

RAMOS D. O. et al. Conhecimento de Familiares acerca das Úlceras por Pressão e de seus Direitos à Reparação. **Revista Baiana de Enfermagem**. Salvador, v. 28, n. 1, p. 23-30, Salvador. Jan-Abr 2014.

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.

ROCHA, S. C. G., et al. Comparação das escalas de avaliação de risco de lesão por pressão. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, v. 18, n.4, p. 143-151, Out-Dez, 2016.

ROCHA T. A., **Perfil das Lesões Cutâneas Encontradas em Pacientes na UTI**. 2014. 96 p. Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem). Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande. 2014.

ROGENSKI, N. M. B. **Estudo sobre a prevalência e incidência de úlceras de pressão em um hospital universitário**. 2002. 125f, Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo.

SANDERS, L. S. C.; PINTO, F. J. M. Ocorrência de úlcera por pressão em pacientes internados em um hospital público de Fortaleza-CE. **Rev. Min. Enferm**, v. 16, n. 2, p. 166-170, Abr-Jun, 2012.

SILVA, E. W. N. L. et al. Aplicabilidade do protocolo de prevenção de úlcera por pressão em unidade de terapia intensiva. **Rev. Bras. Ter. Intensiva**, v. 22, n. 2, p. 175-185, 2010.

SILVA, L. M. T. **Idosos hospitalizados em risco de desenvolver lesão por pressão: contribuição do Enfermeiro**. 2016. 57f. Monografia (Graduação em Enfermagem). Universidade Federal Fluminense. Niterói, 2016.

SOARES, D. A. S. et al. Análise da incidência de úlcera de pressão no Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência em Ananindeua, PA. **Rev. Bras. Cir. Plást.**, Belém, v. 26, n. 4, p. 578-581, 2011.

SOARES, R. S. A. **Significação da utilização de protocolo de úlcera por pressão no gerenciamento do cuidado de enfermagem**. 2014. 54f. Dissertação (Mestrado – Pós Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Cuidado, Educação e Trabalho em Enfermagem e Saúde). Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, 2014.

TORRES, F. S. et al. **Manual de prevenção e tratamento de lesões por fricção**. Mestrado (Programa de Pós-Graduação em Ciência, Tecnologia e Gestão Aplicadas à Regeneração Tecidual), Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP. 1ª Edição. 29f. São Paulo, 2017.

VIEIRA, C. P. B. et al. Caracterização e fatores de risco para úlceras por pressão na pessoa idosa hospitalizada. **Rev Rene**. v. 15, n. 4, p. 650-658, Jul-Ago, 2014.

VOCCI, M. C. **Lesão por pressão na população pediátrica: Estudo de coorte com aplicação da escala de Braden Q**. 2017. 73f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu. Botucatu. 2017.

WADDA, A.; TEIXEIRA NETO, N. T.; FERREIRA, M. C. Úlceras por Pressão. **Rev Med**. São Paulo, v. 89, n. 4, p.170-177. Jul-Dez, 2010.

WECHI J. S. F. Utilização da Escala de Braden no Cuidado do Paciente em Risco para o Desenvolvimento de Úlcera por Pressão em uma Clínica Médica. 2013. 211 p. Dissertação (Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina. 2013.

ANEXOS

ANEXO A : ROTEIRO PARA LEVANTAMENTO DE DADOS DO PORTADOR DE LESÃO POR PRESSÃO

Data do cadastro: ___/___/___ Assinatura do pesquisador: _____

Data de Admissão: ___/___/___ Unidade de Atendimento: _____

Alta: ___/___/___ Prontuário: _____

1 – Dados sociodemográficos:

Nome: _____ Sexo: _____ Cidade: _____

UF: _____ Natural: _____ Data de Nascimento: ___/___/___ Idade: _____

Estado Civil: _____ Religião: _____ Cor: _____

Profissão _____ Escolaridade: _____

Sistema de apoio: _____

Procedência: Residência ; Instituição Hospitalar _____

2 – Dados Clínicos:

2.1 Diagnóstico Médico _____

Motivo da internação: _____

Doenças de Base: Não Sim; Se sim, qual: HA DM DST Outra _____

Deambulante Deambulante com aux. Restrito Paraplégico Tetraplégico

2.2 Eliminações:

Urinária: Espontânea Incontinência Retenção Fralda Dispositivo Cateterismo de alívio cateterismo de demora

Intestinal: Espontânea ; Incontinência ; Constipação ; Diarréia

2.3 Dados da(s) úlcera(s) por pressão: Quantas? _____ Tempo: _____

Setor/Origem: _____

Localização/ Categoria: _____

Avaliação da ferida		Local: Estágio:	Local: Estágio:	Local: Estágio:
Tamanho da ferida	Altura (cm)			
	Largura (cm)			
	Superficial ou Profunda (cm)			
Características do Tecido	Necrose; Granulação; Epitelização; Esfacelo			

Característica do Exsudato	Aspecto: Seroso; Sanguinolento; Sero-Sanguinolento; Purulento; Seropurulento; Fibrinoso			
	Coloração: Amarelada; Esverdeada; Achocolatada; Avermelhada; Outras			
	Quantidade: Pouco; Médio; Grande; Abundante			
	Odor: Inodoro; Fétido			
Cultura da ferida: Não ou Sim (Resultado)				
Infecção da ferida: Sim ou Não				
Desbridamento cirúrgico: Não ou Sim (nº de vezes)				
Enxerto: Não ou Sim (nº de vezes)				
Rotação de retalho: Não ou Sim (nº de vezes)				
Agentes tópicos utilizados no tratamento da UP				

Avaliação pela Escala de Braden: _____

Condições de alta: Presença de UP Sim Não ; UP cicatrizada: Sim Não Caracterize:

ANEXO B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Segundo Resolução 196/96- Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta pesquisas com seres humanos).

A (O) enfermeira (o)/ Ac. Enfermagem _____ está realizando a pesquisa intitulada “Úlceras por pressão: tratamento e custos sociais”, sob a orientação da Prof^a. Dra. Santana de Maria Alves de Sousa (Depto. De Enfermagem/UFMA), cujos objetivos são: estimar os custos diretos no tratamento das úlceras categoria III e IV, conhecer as principais alterações decorrentes da internação de pacientes portadores de úlceras por pressão internados em hospitais da rede pública de São Luís – MA.

Sendo assim, solicitamos por meio deste, sua autorização para a realização da referida pesquisa, desejando sua valiosa colaboração. Informamos que, a sua participação é voluntária e permitirá fazer avaliações diárias e semanais durante o tratamento, em todo seu período de internação, onde será observado e anotado a presença de alterações na ferida, e os gastos efetuados no tratamento.

Informamos ainda, que será mantido o sigilo de seu nome na pesquisa e que em nenhum momento estará sendo exposto a riscos causados pela participação no estudo, podendo a qualquer momento recusar ou anular o seu consentimento, sem nenhum prejuízo para sua assistência. Também não haverá nenhum tipo de despesas ou gratificação pela referida participação nesta pesquisa, e os resultados encontrados serão usados somente para fins científicos, podendo ser divulgados em eventos ou publicados em revistas. Uma cópia desse termo deverá ficar com você, e a outra com o pesquisador.

A sua participação é muito importante para avaliar a dimensão dos custos nesse tratamento e a presença ou não de alterações na ferida, reduzindo assim, seu tempo de internação hospitalar.

Em caso de dúvida contactar com a Prof^a Dra. Santana de Maria Alves de Sousa, Av. dos Portugueses, Campus do Bacanga, Centro Pedagógico Paulo Freire, sala 107 sul, Tel.: (98) 3272 9700, ou a Coordenação do Comitê de Ética em Pesquisa do HUUFMA, rua Barão de Itapary, 227, Centro, fone: 2109 1250.

Assinatura do sujeito da pesquisa (ou responsável)

Assinatura do pesquisador

Data: _____

ANEXO C: PARECER PROJETO DE PESQUISA

	 UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DIRETORIA ADJUNTA DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	
PARECER CONSUBSTANCIADO INICIAL PROJETO DE PESQUISA	Nº. do Parecer: 325/10 Registro do CEP: 188/10 Nº do Protocolo: 002600/2010 Data de Entrada no CEP: 21/10/2010 Parecer: APROVADO	

I - Identificação:

Título do projeto: ULCERA POR PRESSÃO: TRATAMENTO E CUSTO SOCIAIS		
Identificação do Pesquisador Responsável: SANTANA DE MARIA ALVES DE SOUSA		
Identificação da Equipe executora: ANDRÉA CRISTINA OLIVEIRA SILVA; PATRÍCIA RIBEIRO AZEVEDO; SANDRA DE CASTILHO BANDEIRA; ROSILDA SILVA DIAS; ADRIANA MARIA MENDES DE SOUSA; LEANDRO DE SOUSA ROSA; RAIMUNDA SILVA SANTOS NETA; TAMYRES DANIELLE CASTRO DE SOUSA		
Instituição onde será realizado: HUUFMA; Hospital geral; Hospital Clementino Moura; Hospital Djalma Marques.		
Área temática: GRUPO	Multicêntrico: NÃO	Data de recebimento: 29.10.10
Cooperação estrangeira NÃO		Data de devolução: 19.11.10

II - Objetivos:

Avaliar o tratamento e os custos sociais de portadores de úlcera por pressão estágios III e IV, internados em hospital da rede pública de saúde em São Luis-MA.

- Estabelecer o perfil epidemiológico dos portadores de úlceras por pressão (UP) estágios III e IV em hospitais da rede pública em São Luis-MA.
- Verificar a eficácia do extrato hidroalcoólico da geoprópolis de tiúba no tratamento de úlceras por pressão estágios III e IV em pacientes com lesões medulares.
- Conhecer as principais complicações decorrentes da internação de pacientes portadores de úlceras por pressão estágio IV, internados em hospitais da rede pública em São Luis - MA.
- Estimar os custos diretos do tratamento de úlcera por pressão estágios III e IV, nos pacientes internados em hospitais da rede pública em São Luis - MA.
- Compreender a vivência do cuidador familiar diante do paciente em recuperação de úlceras por pressão estágios III e IV em hospitais da rede pública em São Luis - MA.

III- Sumário do projeto:

Trata-se de um estudo epidemiológico longitudinal e prospectivo no tratamento de úlcera por pressão. A pesquisa será realizada nos setores de internação de hospitais públicos da rede federal (hospital universitário), estadual e municipal (hospital de emergência), localizados na cidade São Luís - MA. As unidades hospitalares em estudo atendem pacientes adultos, distribuídos nas unidades de clínica médica e cirúrgica e unidade de terapia intensiva. Período de coleta de um ano, para coleta de dados serão utilizados prontuário, instrumentos de avaliação da ferida e das complicações apresentada pelos pacientes e entrevista com o cuidador principal.

IV- Comentários do relator frente à resolução 196/96 e complementares em particular sobre:

O protocolo de pesquisa possui a seguinte estrutura: Folha de Rosto, Folhas de identificação, Sumário, Introdução, Fundamentação Teórica, Objetivos, Justificativas, Metodologia, Orçamento, Cronograma, Referência Bibliográficas, Currículo Lattes. Portanto, em conformidade com o estabelecido na Res. 196/96 CNS/MS.

V - Parecer Consubstanciado do CEP

Assim, mediante a importância social e científica que o projeto apresenta, a sua aplicabilidade e conformidade com os requisitos éticos, somos de parecer favorável à realização do projeto classificando-o como **APROVADO**, pois o mesmo atende aos requisitos fundamentais da Resolução 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde / MS.

Solicita-se ao (à) pesquisador (a) o envio a este CEP, relatórios parciais sempre quando houver alguma alteração no projeto, bem como o relatório final gravado em CD-ROM.

São Luís, 23 de novembro de 2010


Prof. Dr. João Inácio Lima de Souza
Coordenador do CEP-HUUFMA
Ethica homini habitat est

ANEXO D: PARECER DE APROVAÇÃO DO COLEGIADO DO CURSO


MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CCBS – CURSO DE ENFERMAGEM

PARECER DO COLEGIADO DE CURSO - PROJETO DE TCC

1. TÍTULO: Perfil epidemiológico de pacientes com lesão por pressão categoria III e IV.

2. ALUNO(A): ana Carolina morais dos Santos

3. ORIENTADOR(A): Santana de Maria Alves de Sousa

4. INTRODUÇÃO: Contextualiza a temática com referências especializadas.

5. JUSTIFICATIVA: clínica e epidemiológica

6. OBJETIVOS: realizáveis e adequado a proposta metodológica

7. PROCESSO METODOLÓGICO: atende aos objetivos propostos.

8. CRONOGRAMA: realizável conforme o desenho do estudo.

9. TERMO DE CONSENTIMENTO: não se aplica. coleta de dados em fonte secundária.

10. NORMATIZAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA: atendeu as solicitações do parecer anterior. apresenta o projeto em observância as normas do curso.

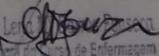
11. CONCLUSÃO DO PARECER: Favorável a aprovação e realização da pesquisa

São Luís, 17 de outubro de 2017

Rosilda Silva Dias
Professor(a) Relator(a)

- Aprovado pelo Colegiado de Curso em reunião do dia / /
- Aprovado "ad referendum" do Colegiado de Curso em 17/10/2017
- Referendado pelo Colegiado de Curso em reunião do dia / /

Profª Drª Lena Maria Barros Fonseca
Coordenadora do Curso de Enfermagem


 Profª Drª Lena Maria Barros Fonseca
 Coordenadora do Curso de Enfermagem
 UFMA