

Perfil clínico dos pacientes acometidos por lesão por pressão

Clinical profile of the patient suffered by pressure injury

Aglauvanir Soares Barbosa¹ • Emanuela Silva Oliveira² • Meirylane Gondim Leite³ • Dayllanna Stefanny Lopes Lima Feitosa⁴ • Rita Mônica Borges Studart⁵ • Tatiana de Medeiros Colletti Cavalcante⁶ • Paula Marciana Pinheiro de Oliveira⁷

RESUMO

Objetivou-se avaliar o perfil clínico de pacientes acometidos por lesão por pressão em uma Unidade de Terapia Intensiva. Trata-se de um estudo descritivo transversal, realizado em um hospital público terciário da cidade de Fortaleza. Foram inseridos no estudo 160 prontuários de pacientes que estiveram internados na unidade de terapia intensiva durante o ano de 2017 que desenvolveram lesão por pressão. Verificou-se que, o risco de desenvolver LP conforme avaliação pela Escala de Braden, dos 160 prontuários, 108 apresentaram risco muito elevado (67,5%). Em relação ao tempo de internação, 83 (51,9%) pacientes permaneceram internados por um período superior a quatro semanas. Predominou a ocorrência de uma lesão nos casos avaliados (30,6%), em relação ao total, 58 pacientes foram admitidos na UTI com LP (36,3%), e 102 desenvolveram LP na UTI (63,75%). As lesões surgiram, prevalentemente, no período de 01 a 02 semanas (34,4%). A mudança de decúbito não foi registrada na maioria dos prontuários (89,4%) e 55,6% dos pacientes foram a óbito, representando uma alta taxa de mortalidade.

Palavras-Chave: Lesão por Pressão; Fatores de Risco; Pacientes Internados; Unidades de Terapia Intensiva; Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

Objective or to evaluate the clinical profile of patients affected by pressure injury in an Intensive Care Unit. It is a descriptive cross-sectional study carried out in a public tertiary hospital in the city of Fortaleza. The study included 160 medical records of patients hospitalized in the intensive care unit during the year 2017 who developed pressure injury. It was found that the risk of developing LP according to the Braden Scale of the 160 charts, 108 presented a very high risk (67.5%). Regarding the length of hospital stay, 83 (51.9%) patients remained hospitalized for more than four weeks. Prevalence of an injury occurred in the evaluated cases (30.6%), in relation to the total, 58 patients were admitted to the ICU with LP (36.3%), and 102 developed LP in the ICU (63.75%). The lesions appeared, predominantly, in the period from 01 to 02 weeks (34.4%). The change in decubitus was not recorded in most records (89.4%) and 55.6% of patients died, representing a high mortality rate.

Keywords: Pressure Injury; Risk Factors; Inpatient Patients; Intensive Care Units; Nursing Care.

NOTA

1 Enfermeira. Pós-graduanda em Enfermagem em Terapia - Intensiva, Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Mestranda em Enfermagem, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB), Redenção-CE.

2 Pós-graduanda em Enfermagem em Terapia Intensiva, Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

3 Enfermeira. Pós-graduanda em Enfermagem em Terapia Intensiva, Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Enfermeira do Hospital Fernandes - Távora, Fortaleza - CE.

4 Enfermeira. Especialista em Enfermagem em Terapia Intensiva, Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Mestranda em Enfermagem, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB), Redenção-CE

5 Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Professor Adjunto da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Enfermeira Perfusionista de captação de múltiplos órgãos e assistencial da Unidade pós-operatória de alta complexidade em transplante.

6 Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Unifesp/epe. Docente da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Coordenadora da pós-graduação em Enfermagem em Terapia Intensiva Unifor.

7 Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Docente da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB), Redenção - CE.

INTRODUÇÃO

O enfermeiro na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), como membro da equipe multidisciplinar, exerce grande responsabilidade dispensando cuidados essenciais que exigem conhecimento e habilidades de forma íntegra e contínua, devendo pensar criticamente para avaliar os problemas, sistematizar e planejar a melhor conduta para o processo terapêutico. Dentro das competências do enfermeiro está a avaliação criteriosa e o registro das características e cuidados com a pele na prevenção de lesão por pressão (LP) ⁽¹⁾.

A manifestação de LP é um indicador de qualidade dos cuidados prestados pela equipe de enfermagem, sendo de sua responsabilidade identificar os fatores de risco para o desenvolvimento da LP nos pacientes sob seus cuidados e planejar ações de caráter preventivo ⁽²⁾.

O aparecimento de LP é uma preocupação constante nas unidades hospitalares. Esse cuidado aumenta quando nos referimos aos pacientes críticos na UTI, onde, muitos encontram-se com sedação, analgesia, em uso de drogas vasoativas e restritos ao leito, o que facilita o surgimento de LP ⁽³⁾.

Alguns fatores de risco podem aumentar o surgimento de LP, dentre elas: restrição ao leito, desnutrição, desidratação, circulação sanguínea prejudicada e no caso de pacientes emagrecidos, aumenta o risco de exposição das proeminências ósseas como fêmur e calcâneo. Tais fatores podem facilitar o surgimento de LP e assim agravar a situação de saúde do paciente grave aumentando o risco de infecções, tornando mais difícil e oneroso o tratamento ⁽⁴⁾.

A utilização de um instrumento para avaliar o risco de um paciente desenvolver LP é essencial e deve ser adotado como medida preventiva para favorecer os resultados dos cuidados implementados. A escala de Braden foi publicada em 1987 nos Estados Unidos e em 1999 foi adaptada e validada para a cultura brasileira, sendo o instrumento mais utilizado mundialmente para avaliar o risco de LP. Consiste em seis divisões que avaliam estado nutricional, nível de mobilidade, percepção sensorial, fricção, cisalhamento, umidade e grau de atividade física do paciente ⁽⁵⁻⁶⁾.

Ao aplicar uma escala para avaliar o risco de LP, o profissional de saúde deve demonstrar preocupação e prioridade para diminuir o surgimento dessas lesões, muitas vezes evitáveis, melhorando sua assistência e a qualidade dos serviços oferecidos ⁽⁷⁾. Caso o paciente já apresente LP, cabe ao enfermeiro prestar os cuidados terapêuticos adequados e fazer o registro das incidências.

Em um estudo realizado na UTI de um hospital acreditado no Brasil, foram identificadas 68 notificações de incidências que corresponderam a uma incidência de 10,47% do total de internações nesta unidade em 2014 ⁽⁸⁾. Na literatura internacional, a incidência de 3,2 a 39,0% em ambiente de cuidados intensivos ⁽⁹⁾. Em outro estudo com

2695 pacientes cirúrgicos adultos, realizado em um hospital americano, foi identificada incidência de 11,0% de LP ⁽¹⁰⁾.

Estudo realizado em unidades de internação de pacientes adultos de um Hospital Universitário do estado de São Paulo investigou os custos com materiais e soluções no tratamento de feridas, identificando que as placas de hidrocolóide 15cm x 18cm borda triangular, hidrocolóide extra fino 10cm x 10cm e hidrocolóide 10cm x 10cm, representaram os materiais com valor mais impactante na composição do custos ⁽¹¹⁾.

Diante do exposto, mostra-se a necessidade de além do conhecimento técnico-científico, os enfermeiros precisam saber sobre os custos gerados para o tratamento de LP, a fim de direcionar o uso racional e eficiente de recursos escassos, contribuindo assim com os gastos associados para subsidiar a alocação de recursos humanos, materiais e financeiros das unidades hospitalares.

Considerando-se que os pacientes críticos são altamente vulneráveis ao desenvolvimento de lesões por pressão e que existem fatores de risco específicos, conforme a doença de base, condições associadas, os altos custos gerados e suas consequências no estado de saúde do paciente gravemente enfermo se justifica a presente pesquisa, que teve como objetivo avaliar o perfil clínico de pacientes acometidos por lesão por pressão em Unidade de Terapia Intensiva.

MÉTODO

Trata-se de estudo documental, descritivo, transversal, com abordagem quantitativa, através de uma análise dos registros de enfermagem nos prontuários. Afirma-se que a pesquisa descritiva tem como propósito observar e descrever um fenômeno, apoiando-se em métodos de análise estatística descritiva ou numa pesquisa explicativa, que busca explicar os fenômenos que são analisados ⁽¹²⁾.

Procedeu-se com a pesquisa no maior hospital público de atenção terciária do Estado do Ceará. O mesmo assiste pessoas de todos os municípios do Estado do Ceará. O estudo concentrou-se na unidade de terapia intensiva adulta.

Em 160 prontuários avaliados foram encontrados registros de lesão por pressão. Foram excluídos da amostra os pacientes internados em outros setores do hospital que não passaram pela UTI, além de 91 prontuários que estavam com dados incompletos. Considerou-se erro amostral de 0,05, intervalo de confiança de 95% e P (proporção populacional) de 50,0%. A normalidade dos dados foi demonstrada utilizando o teste de Kolmogorov-Smirnov ⁽¹³⁾.

A coleta de dados, ocorreu no período de agosto a novembro de 2018 através da análise dos prontuários, onde extraiu-se as variáveis: idade, sexo, tempo de internação, quantidade de lesões, intervalo de tempo entre o

surgimento de lesões, localização das lesões, registro da mudança de decúbito, risco de lesão a partir da escala de Braden, cobertura utilizada no tratamento, ventilação mecânica, uso de drogas vasoativas, sedação, antibióticos e desfecho clínico.

Os dados foram tabulados em uma planilha do programa Excel. Na sequência, foram importados no programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS versão 19.0), agrupados em classe para facilitar a tabulação, o confronto dos dados e discussão dos resultados.

A análise estatística foi realizada através da comparação dos fatores categóricos com o desenvolvimento de lesão por pressão. Foram empregados os testes estatísticos de Qui-quadrado de Pearson para as variáveis dicotômicas e Teste de T de Student para as variáveis contínuas. Considerou-se como nível de significância estatística para os testes o valor de $p < 0,05$.

O estudo foi enviado ao Comitê de Ética e Pesquisa do referido hospital, que emitiu parecer favorável à pesquisa, com Parecer número: 2.851.541. Respeitando-se assim todos os princípios éticos e legais estabelecidos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

RESULTADOS

Foram incluídos no estudo 160 prontuários de pacientes internados na UTI adulto, durante o ano de 2017. Todos os pacientes admitidos apresentaram algum risco de desenvolvimento de lesão por pressão segundo a escala de Braden.

Observa-se que a Tabela 1 mostra as características gerais dos pacientes internados na UTI que desenvolve-

ram lesão por pressão. Destes, 89 foram a óbito (55,6%), 75 receberam alta ou foram transferidos para outras unidades do hospital, como mostra a tabela abaixo.

A seguir na tabela 2, serão apresentados os dados relacionados ao tempo de internação, surgimento de lesão por pressão e os cuidados realizados para tratar as LP.

Houve significância estatística em relação a variável tempo de surgimento das lesões, os indicadores avaliados apresentaram estatística (p -valor $< 0,000$). 58 pessoas já entraram na UTI com LP (36,3%), e 55 desenvolveram LP na UTI, entre 1 a 2 semanas de internação na unidade (34,4%). Acerca da localização das lesões, predominou a região sacral (21,9%). A cobertura mais utilizada nas lesões foi AGE (46,9%).

Mostra-se a seguir na tabela 3, os dados das variáveis dicotômicas relacionadas ao risco de lesão por pressão.

Em relação ao uso de métodos invasivos houve significância estatística com p -valor $< 0,05$ nas seguintes variáveis: desbridamento cirúrgico ($p < 0,048$), ventilação mecânica ($p < 0,029$) e sedação ($p < 0,048$). 123 pacientes (76,9%) estavam fazendo uso de suporte ventilatório. Sobre o uso de drogas vasoativas, 93 deles não fazia uso (58,1%). 94 pessoas não estavam em uso de sedação (58,8%). Quanto ao uso de antibiótico ($p < 0,0001$) a maioria dos pacientes, 151, faziam uso de algum antibiótico (94,4%).

DISCUSSÃO

As lesões por pressão representam uma das principais complicações que acometem pacientes críticos em UTI⁽¹⁴⁻¹⁵⁾. Nesta pesquisa, os limites de idade, variaram

TABELA 1 – Caracterização dos pacientes com lesão por pressão. Fortaleza (CE), Brasil, 2018.

Variável	Lesão por Pressão		
	Desenvolveu LPP na UTI	Admitido com LPP na UTI	%
IDADE			
18 a 40	12	6	11,3
41 a 60	36	19	34,4
> 60 anos	54	33	54,4
SEXO			
Feminino	48	31	49,4
Masculino	54	27	50,6
RISCO DE LESÃO (BRADEN)			
Muito elevado	68	40	67,5
Elevado	32	17	30,6
Moderado	2	1	1,9
DESFECHO CLÍNICO			
Óbito	63	26	55,6
Alta da UTI	22	17	24,4
Transferência da UTI	17	15	20,0

Fonte: Dados dos prontuários analisados na pesquisa, 2018.



TABELA 2 – Distribuição dos pacientes quanto ao tempo de internação e a caracterização das lesões. Fortaleza (CE), Brasil, 2018.

Variável	Lesão por Pressão			p-value
	Desenvolveu na UTI	Admitido com LPP	%	
TEMPO DE INTERNAÇÃO NA UTI				< 0,349
< 1 Semana	4	6	6,3	
1 - 2 Semanas	13	5	11,3	
3 - 4 Semanas	31	18	30,6	
> 4 Semanas	54	29	51,9	
QUANTAS LESÕES				< 0,636
1	35	14	30,6	
2	26	20	28,8	
3	23	13	22,5	
4	12	7	11,9	
>5	6	4	6,3	
TEMPO DE SURGIMENTO DAS LESÕES				< 0,000*
< 7 Dias	32	0	20,0	
1 - 2 Semanas	55	0	34,4	
2 - 3 Semanas	15	0	9,4	
Entrou com lesão na UTI	0	58	36,3	
LOCALIZAÇÃO DAS LESÕES				< 0,109
Sacral	25	10	21,9	
Sacra e calcâneo	18	16	21,3	
Sacra e calcâneo e glúteo	22	09	19,3	
Sacra, panturrilha e trocanter	12	06	11,2	
Glúteo	06	04	6,3	
Calcâneos	05	03	5,0	
Sacra, trocante, glúteo e interglúteo	04	04	5,0	
Sacra, calcâneos, trocante e glúteo	03	04	4,4	
Occipital, calcâneo, panturrilha e glúteo	04	02	3,8	
Sacra, occipital, calcâneo, orelha, glúteo e trocante	03	00	1,9	
COBERTURA UTILIZADA NAS LESÕES				< 0,758
AGE	49	26	46,9	
Kolagenase + AGE	15	15	18,8	
Hidrocolóide	14	04	11,3	
SF 0,9%	15	02	10,6	
Papaína	03	04	4,4	
Hidrogel	02	05	4,4	
Cavilon	04	00	2,5	
Alginato de Cálcio	00	02	1,3	

Fonte: Dados dos prontuários analisados na pesquisa, 2018.

*Teste t de Student, considerou-se p significativo < 0,05.

TABELA 3 – Variáveis dicotômicas relacionadas ao risco de lesão por pressão. Fortaleza (CE), Brasil, 2018.

Variável	Lesão por Pressão			p-value
	Desenvolveu na UTI	Admitido com LPP	%	
MUDANÇA DE DÉCUBITO				< 0,0001*
Não	89	54	89,4%	
Sim	13	4	10,6%	
REALIZADO DESBRIDAMENTO CIRÚRGICO NA LESÃO				< 0,048
Não	100	53	95,6%	
Sim	2	5	4,4%	
VENTILAÇÃO MECÂNICA				< 0,029
Não	18	19	23,1%	
Sim	84	39	76,9%	
DROGAS VASOATIVAS				
Não	59	34	58,1%	
Sim	43	24	41,9%	
SEDAÇÃO				< 0,048
Não	54	40	58,8%	
Sim	48	18	41,3%	
EM USO DE ANTIBIÓTICO				< 0,0001*
Não	4	5	5,6%	
Sim	98	53	94,4%	

Fonte: Dados dos prontuários analisados na pesquisa, 2018.

*Qui-quadrado de Pearson; considerou-se p significativo < 0,05.

entre 18 a 83 anos, com maior índice nos indivíduos maiores de 60 anos.

A prevalência em pessoas idosas pode ser justificada devido as fragilidades próprias da velhice, as alterações clínicas crônicas e as modificações fisiológicas do envelhecimento, a diminuição do turgor e elasticidade da pele, atividade física diminuída e incontinências são situações que favorecem o surgimento de LP, levando ao aumento de complicações e prolongando o período de internação de idosos gravemente enfermos em UTI⁽¹⁴⁾. Tais lesões podem ser consideradas preditoras de mortalidade em idosos, independente de outros fatores de risco preexistentes⁽¹⁵⁾.

Sendo assim se faz importante a implementação e o uso de medidas preventivas para avaliar o risco de LP em pacientes críticos, onde esse quadro pode se agravar devido a patologia de base, as complicações do quadro clínico do paciente, bem como sua idade e mobilidade ao leito na UTI.

O uso de escalas para avaliar LP, são medidas preventivas que trazem benefícios na avaliação sistemática da pele pelo enfermeiro. No caso de pacientes críticos em UTI, a utilização dessa ferramenta deve ocorrer diariamente, em consequência da variação das condições clínicas do paciente. Em relação à avaliação de risco, a escala de Braden deve ser aplicada para nortear a assistência e assim direcionar a implementação de medidas preventivas adequadas ao grau de risco individual dos pacientes para LP⁽¹⁷⁾.

Segundo a escala de Braden, todos os pacientes analisados apresentaram risco para o desenvolvimento das LP, 108 deles com índice de risco muito elevado (67,5%). Nesse caso deve ser instituído medidas preventivas e protetoras da pele, como mudança de decúbito a cada três horas, além da avaliação constante e hidratação da pele⁽¹⁶⁻¹⁸⁾.

Geralmente os pacientes críticos em UTI encontram-se restritos ao leito, em uso de fraldas ou sonda vesical de demora, com instabilidades hemodinâmicas, muitos deles com sedação profunda e mobilidade reduzida, fato esses que complica a movimentação do paciente, sendo importante a aplicação diária da escala de Braden, para assim o enfermeiro conhecer os pacientes com maiores riscos para LP segundo a pontuação da escala.

As LP podem prolongar o tempo de internação, dificultando a recuperação e aumentando o risco para o desenvolvimento de outras complicações. Portanto, merecem atenção por parte da equipe multiprofissional no sentido de prevenir seu aparecimento ou favorecer seu tratamento para controlar e tratar as já existentes e prevenir o surgimento de outras lesões⁽¹⁵⁾.

O tempo de internação no estudo foi de 7 a 35 dias com predomínio de tempo superior a quatro semanas, com 83 pacientes internados nesse período. Em relação ao tempo para o surgimento das LP, 55 pessoas desenvolveram LP entre 01 a 02 semanas após a hospitalização. Em um estudo observado o tempo de permanência na UTI

foi de $8,90 \pm 10,90^{(8)}$, em outro estudo o tempo de internação foi de 1 a 52 dias⁽⁹⁾. Longos períodos de internação e mobilização diminuída são situações que aumentam o risco de surgimento de lesões em pacientes gravemente enfermos que passam longos períodos de hospitalização.

Quanto maior o tempo de permanência na UTI, maiores são os riscos e complicações que podem surgir no paciente, devido a gravidade do caso, aos procedimentos realizados, uso de sondas, acesso venoso central, ventilação mecânica, todos procedimentos necessários dependendo da gravidade e necessidade de cada paciente, porém maiores serão os riscos de infecções e outras complicações pela quantidade de invasivos.

Destaca-se que as LP podem se originar de um posicionamento inadequado do paciente, pela sua longa permanência em uma mesma posição, o que favorece a pressão dos tecidos sobre proeminências ósseas do corpo. A mobilização do paciente é uma medida preventiva eficiente para evitar e reduzir a ocorrência de LP. As mudanças de decúbito e o uso de dispositivos que aliviem a pressão são essenciais, pois auxiliam na interrupção do processo de hipóxia celular local, que interfere no surgimento da LP⁽¹⁷⁾.

Acerca da localização das lesões, as áreas mais frequentes foram: sacra em 35 dos casos e glúteo em 21 deles. Achados semelhante registrou a ocorrência das lesões na região sacra, em 39 (46,4%) dos casos, seguidas de calcâneo, em 25 (29,76%) e, em terceiro lugar, trocânter⁽¹⁶⁾.

Quando o paciente está imóvel na UTI, aumentam os riscos para LP, e normalmente elas surgem em locais de proeminência óssea como a sacra, fêmur e calcâneo, locais esses de maiores pressões, sendo importante instituir medidas preventivas e protetoras nessas regiões.

Prevenir, avaliar e tratar uma ferida são atribuições exclusivas do enfermeiro. A prevenção e tratamento são dinâmicos e devem acompanhar as evoluções tecnológica, sendo concretizados com a sistematização da assistência de Enfermagem⁽¹⁸⁾.

Cabe ao enfermeiro avaliar a pele de seus pacientes diariamente, realizar a mudança de decúbito e assim executar os cuidados planejados para prevenir o surgimento de possíveis complicações, e no caso de pacientes com LP deve ser feito o cuidado e tratamento adequado de acordo o material disponível no hospital e o tipo de cobertura disponível na unidade hospitalar para cada tipo de lesão.

O profissional de enfermagem deve fazer a melhor escolha dentro dos tipos de cobertura disponível no serviço, sem esquecer da avaliação criteriosa sobre os aspectos da lesão, processo inflamatório, quadro sistêmico, bem como o tipo de tecido presente para assim elencar a cobertura mais adequada para ser utilizada no

tratamento de uma LP de acordo com a oferta e disponibilidade das coberturas nos serviços de saúde.

Em relação a cobertura usada no leito das feridas predominou a cobertura tópica com ácidos graxos essenciais (AGE), seguida por kolagenase e hidrocolóide. O tratamento das lesões cutâneas é dinâmico e depende da fase da reparação tecidual em que se encontra a lesão. Outro estudo recente identificou que predominou como terapia tópica o uso de ácidos graxos essenciais (AGE) com ocorrências de 38,70%⁽¹⁹⁾.

Prevenir o surgimento de LP é a melhor alternativa, uma vez que irá contribuir para a redução de novas complicações, bem como os gastos relacionados com o tratamento e o tempo de internação. Sendo assim, percebe-se a importância da realização de medidas preventivas contra o surgimento de LP⁽²⁰⁾.

Quanto a realização da mudança de decúbito, dos 160 prontuários analisados, em 143 deles o registro sobre a execução dessa prática estava com dados incompletos e inconclusivos. Em um estudo similar o resultado encontrado indicou que o reposicionamento corporal do paciente, na maioria das vezes, não foi realizado ao término do procedimento de banho no leito sendo justificada pelos profissionais devido à complexidade do quadro clínico e a instabilidade hemodinâmica a movimentação, que poderia causar complicações ao paciente⁽²¹⁾.

Outro estudo, encontrou que a percepção dos profissionais sobre a instabilidade hemodinâmica dos pacientes críticos pode ser importante barreira para início ou progressão de um protocolo de mobilização⁽²²⁾.

A mudança de decúbito é uma medida de prevenção de LP, de fácil execução, sem uso de grandes aparatos tecnológicos, bastando para isso um profissional atento, humano, responsável, envolvido no cuidado e ciente de suas obrigações profissionais.

Em relação ao uso de ventilação mecânica, o profissional de enfermagem precisa estar atento e monitorar o tempo de VMI, características das secreções, bem como realizar os cuidados com a pele, fixações e mobilização do paciente precocemente⁽²³⁾.

Acerca do uso de suporte ventilatório, 123 pacientes faziam uso de ventilação mecânica. O uso de ventilação mecânica invasiva (VMI) nos pacientes dentro da UTI, muitas vezes permanecem por longos períodos em VMI, o que aumenta o risco para surgimento de complicações como dor, ansiedade, LP e infecções.

Os pacientes graves em UTI, normalmente estão em uso de suporte ventilatório, fato esse que muitas vezes dificulta a mudança de decúbito e mobilização do paciente, devido a instabilidade do paciente ou mesmo pela insegurança da equipe pelo risco de extubação acidental que muitas vezes ocorrem na movimentação do paciente em uso de VMI.

Uma situação que requer maior cuidado e atenção por parte de enfermeiros é em relação ao uso de drogas vasoativas (DVA), o paciente em uso de DVA está hemodinamicamente instável, o que poderá contraindicar à movimentação no leito, que é uma das medidas primordiais de prevenção de LP⁽²⁴⁻²⁵⁾.

A introdução de DVA visa corrigir alterações cardiovasculares, no intuito de restaurar a oferta de oxigênio e nutrientes aos tecidos, reequilibrando essa oferta as demandas metabólicas, fato esse que pode comprometer a circulação corporal e dificultar o correto fluxo de oxigênio e assim comprometer a oxigenação da pele o que poderá comprometer a nutrição dos tecidos e levar ao desenvolvimento de LP⁽²⁶⁾.

Quanto ao uso de drogas vasoativas (DVA), dos 160 prontuários investigados, 93 pacientes não faziam uso de DVA. Nas UTI, as DVA auxiliam na terapêutica dos pacientes com a finalidade de corrigir alguma instabilidade hemodinâmica. São drogas com ação nos vasos, comum no tratamento de pacientes críticos.

O paciente grave com suporte ventilatório, sedação e fazendo uso de DVA é um paciente grave, com situação de saúde crítica, bem delicada, recorrendo da equipe uma monitorização adequada, avaliação dos padrões vitais, administração das drogas no horário, bem como avaliar os riscos, como instabilidade hemodinâmica e o surgimento de LP pela pouca mobilidade devido a gravidade do paciente.

Sabe-se que a utilização indiscriminada de antibióticos, o uso abusivo e inadequado são a principal causa do crescimento da resistência microbiana. Assim, medidas para orientar e conscientizar quanto o uso racional dos antimicrobianos devem ser propostas, sendo necessário estabelecer ferramentas de vigilância sobre o uso destes medicamentos⁽¹⁴⁻²⁷⁾.

Acerca dos antibióticos no estudo observou-se que 151 pacientes investigados estavam em uso de algum antibiótico associado com outras medicações de auxílio para tratamento no período observado, e apenas 9 não fizeram uso de antibiótico na UTI. Fato esse que demonstra que a maioria dos pacientes em UTI está realizando tratamento com algum antibiótico.

Os resultados aqui constatados apontam para a necessidade de investimento na capacitação dos profissionais por parte das instituições hospitalares, através do Serviço de Educação Continuada, bem como a disponibilização de recursos para a prática clínica que permita não só o uso da escala como também a implementação de medidas preventivas para o desenvolvimento de LP com a utilização dos insumos necessários.

CONCLUSÃO

O resultado desse estudo caracterizou-se por pessoas idosas, do sexo masculino, com predomínio de uma lesão nos casos avaliados. A área com maiores concentrações foi a região sacral, tempo de permanência na UTI igual ou superior a 21 dias, idade 60 anos ou mais. Observa-se, também, que predominou o surgimento de lesões em localizações anatômicas consideradas de maior pressão como a região sacral.

Sendo assim, se faz necessário estabelecer estratégias para a prevenção da lesão por pressão de um modo geral, e não somente da Enfermagem. É importante identificar as falhas não só nas atribuições da equipe de Enfermagem, mais de todos os profissionais envolvidos no cuidado ao paciente gravemente enfermo.

Como limitação, destaca-se o fato de ter sido feito através de prontuários impossibilitando, algumas vezes, a coleta de dados.

REFERÊNCIAS

- Silva DRA, Bezerra SMG, Costa JP, Luz MHBA, Lopes VCA, Nogueira LT. Pressure ulcer dressings in critical patients: a cost analysis. *Rev Esc Enferm USP* [internet]. 2017 [cited 2019 Mar 21];51:e03231. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v51/pt_1980-220X-reeusp-51-e03231.pdf
- Pachá HHP, Faria JIL, Oliveira KA de, Beccaria LM. Pressure Ulcer in Intensive Care Units: a case-control study. *Rev. bras. enferm.* [internet]. 2018 [cited 2019 Mar 04];71(6):3027–34. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reben/v71n6/pt_0034-7167-reben-71-06-3027.pdf
- Santos LRC de L, Lino AI de A. Risks of pressure injury: application of the Braden Scale in intensive care. *Brazilian Journal of Enterostomal Therapy* [Internet]. 2018 [cited 2019 Mar 05];16(e0818):1-7. Available from: https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/443/pdf_1
- Freitas J de PC, Alberti LR. Application of the Braden Scale in the home setting: incidence and factors associated with pressure ulcers. *Acta Paul. Enferm.* [internet]. 2013 [cited 2019 Mar 05];26(6):515-21. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n6/en_02.pdf
- Marchiore AC, Alves AC, Leite EMP, Moreira LR, Oliveira MRJS, Sant'Ana VM, et al. Use of pressure ulcer risk assessment scales in Intensive Care Units of São Paulo. *Brazilian Journal of Enterostomal Therapy* [Internet]. 2015 [cited 2019 Mar 05];13(2):53-61. Available from: <https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/104>
- Serpa LF, Santos VLC de G, Campanili TCGF, Queiroz M. Predictive validity of the Braden scale for pressure ulcer risk in critical care patients. *Rev. latinoam. enferm.* [internet]. 2011 [cited 2019 Mar 05];19(1):50–7. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_08.pdf
- Smeltzer SC, Bare BG. Brunner&Suddarth: Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. In: Manejo de clientes com problemas dermatológicos. 12a ed. vol. I. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2015.
- Teixeira AKS, Nascimento T da S, Sousa ITL de, Sampaio LRL, Pinheiro ARM. Incidence of pressure injuries in Intensive Care Unit in an accredited hospital. *Brazilian Journal of Enterostomal Therapy* [Internet]. 2017 [cited 2019 Mar 06];15(3):152-160. Available from: <https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/545/pdf>
- Nassaji M, Askari Z, Ghorbani R. Cigarette smoking and risk of pressure ulcer in adult intensive care unit patients. *Int J Nurs Pract* [internet]. 2014 [cited 2019 jun 22];20(4):418-23. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ijn.12141>
- O'Brien DD, Shanks AM, Talsma A, Brenner PS, Ramachandran SK. Intraoperative risk factors associated with postoperative pressure ulcers in critically ill patients: a retrospective observational study. *Crit Care Med* [internet]. 2014 [cited 2019 jun 22];42(1):40-7. Available from: <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=23982023>
- Lima AFC, Castilho V, Baptista CMC, Rogenski NMB, Rogenski KE. Direct cost of dressings for pressure ulcers in hospitalized patients. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2019 jun 22];69(2):269-75. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n2/0034-7167-reben-69-02-0290.pdf>
- Matias-Pereira José. Manual de metodologia da pesquisa científica. In: Estrutura de um trabalho de pesquisa científica. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2016.
- Fontelles MJ. Bioestatística aplicada à pesquisa experimental. In: Tamanho da amostra e randomização. volume I. São Paulo: Editora Livraria da Física, 2012.
- Souza F, Baroni M, Roesse F. Profile of antimicrobial use in the intensive care unit of a public hospital. *Rev. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde* [Internet]. 2017 [cited 2019 Mar 6];08(04):37-44. Available from: <http://www.sbraffh.org.br/rbfhss/public/artigos/2017080406001213BR.pdf>
- Matozinhos FP, Velasquez-Melendez G, Tiensooli SD, Moreira AD, Gomes FSL. Factors associated with the incidence of pressure ulcer during hospital stay. *Rev. Esc. Enferm. USP* [Internet]. 2017 [cited 2019 Mar 6];51(3223):1-7. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v51/pt_1980-220X-reeusp-51-e03223.pdf
- Borghardt AT, Prado TN do, Araújo TM de, Rogenski NMB, Bringuento ME de O. Evaluation of the pressure ulcers risk scales with critically ill patients: a prospective cohort study. *Rev. latinoam. enferm.* [internet]. 2015 [cited 2019 Mar 6];23(1):28–35. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n1/pt_0104-1169-rlae-23-01-00028.pdf
- Silva MCM da, Sousa RMC de, Padilha KG. Factors associated with death and readmission into the Intensive Care Unit. *Rev. latinoam. enferm.* [internet]. 2011 [cited 2019 Mar 06];19(4):1-9. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n4/pt_09
- Bavaresco T, Lucena AF. Nursing Intervention Classifications (NIC) validated for patients at risk of pressure ulcers. *Rev. latinoam. enferm.* [internet]. 2012 [cited 2019 Mar 06];20(6):1109-16. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n6/pt_13.pdf
- Mittag BF, Krause TCC, Roehrs H, Meier MJ, Danski MTR. Care of Skin Injuries: Nursing Actions. *Brazilian Journal of Enterostomal Therapy* [Internet]. 2017 [cited 2019 Mar 06];15(1):19-25. Available from: <https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/447>
- Teixeira AKS; Silva LF; Marques ADB; Soares CRS. Characterization of patients with venous ulcer assisted in a public hospital stomatherapy clinic. *Brazilian Journal of Enterostomal Therapy* [Internet]. 2018 [cited 2019 Mar 06];16(318):1-8. Available from: https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/346/pdf_1
- Lima AFC, Castilho V. Body mobilization for prevention of pressure ulcers: direct labor costs. *Rev. bras. enferm.* [internet]. 2015 [cited 2019 Mar 06];68(5):647-52. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?pi>

- d=S003471672015000500930&script=sci_arttext&tIng=en
22. Vasconcelos JMB, Caliri MHL. Nursing actions before and after a protocol for preventing pressure injury in intensive care. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.* [internet]. 2017 [cited 2019 Mar 06];21(1). Available from: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/1414-8145.20170001>
 23. Brindle CT, Malhotra R, O'Rourke S, Currie L, Chadwick D, Falls P, et al. Turning and repositioning the critically ill patient with hemodynamic instability: a literature review and consensus recommendations. *J. wound ostomy continence nurs.* [Internet]. 2013 May-Jun; [cited 2019 Mar 06];40(3):254-67. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23652698>
 24. Tallo FS, Vendrame LS, Lopes RD, Lopes AC. Invasive mechanical ventilation in the emergency room: a review for clinicians. *Rev. Soc. Bras. Clín. Méd.* [internet]. 2013 [cited 2019 Mar 06];11(1):48-54. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2013/v11n1/a3395.pdf>
 25. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel, Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Perth: Cambridge Media; 2014. Available from: <https://www.npuap.org/wp-content/uploads/2014/08/Updated-10-16-14-Quick-ReferenceGuide-DIGITAL-NPUAP-EPUAP-PPPIA-16Oct2014.pdf>
 26. Melo EM, Cavalcante H da PO, Marques AM, Ferreira AMM, Abreu MAF de, Lima VF, Garces TS. Nurses on knowledge vasoactive drugs used in critical patients. *Rev. enferm. UFPE on line.* [internet]. 2016 [cited 2019 Mar 06];10(8):2948-55. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revista-enfermagem/article/view/11364/13096>
 27. Sousa PCP, Rocha MVAP, Sousa FSP, et al. Utilização de antibacterianos em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev. Cient. Inter.* [internet]. 2011 [cited 2019 Mar 06];1(18):1-15. Available from: <http://www.interscienceplace.org/isp/index.php/isp/article/view/176/174>