

INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROFESSOR FERNANDO

FIGUEIRA (IMIP)

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE

PROGRAMA INSTITUCIONAL DE BOLSAS DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA –

PIBIC

**FREQUÊNCIA DE LESÃO POR PRESSÃO NOS PACIENTES
ADMITIDOS EM SERVIÇO DE CUIDADOS PALIATIVOS EM
HOSPITAL TERCIÁRIO DE RECIFE**

MARIA FERNANDA MENDONÇA BRITO DOS SANTOS

RECIFE

AGOSTO DE 2019

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE

PROGRAMA INSTITUCIONAL DE BOLSAS DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA – PIBIC

FREQUÊNCIA DE LESÃO POR PRESSÃO NOS PACIENTES
ADMITIDOS EM SERVIÇO DE CUIDADOS PALIATIVOS EM
HOSPITAL TERCIÁRIO DE RECIFE

Artigo científico apresentado ao Comitê Institucional de Iniciação Científica do IMIP como relatório final do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica PIBIC CNPq/IMIP 2018-2019.

Bolsista: Maria Fernanda Mendonça Brito dos Santos

Orientadora: Dra. Jurema Telles

Recife – 2019

Jurema Telles de Oliveira Lima (Orientadora) - Médica oncologista clínica, coordenadora do serviço de Oncologia do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira. Doutora em Oncologia pelo Instituto Nacional do Câncer/IMIP. Telefone: (81) 99976-3591. E-mail: jurematsales@gmail.com

Maria Fernanda Mendonça Brito dos Santos (Programa Institucional de Bolsas de Iniciação científica) - Acadêmica do curso de Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS). Telefone: (81) 99904-8682. E-mail: fernandambrito_@hotmail.com.

Laís Machado Rodrigues (Colaboradora) - Acadêmica do curso de Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS). Telefone: (81) 99211-0630. E-mail: lais.machado096@gmail.com.

Marianne Valença Andrade Borba de Araújo (Colaboradora) - Acadêmica do curso de Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS) Telefone: (81) 99961-8446. E-mail: marianne_valenca@hotmail.com.

Thais Ribeiro Costa Carvalho (Colaboradora) - Acadêmica do curso de Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS). Telefone: (81) 99451-1408; E-mail: thaisrccarvalho@gmail.com.

Zilda Cavalcanti (Co-orientadora)- mestre em Medicina Interna pela UFPE, Médica paliativista pela Associação Médica Brasileira, Médica assistente da enfermagem de Cuidados Paliativos, preceptora da Residência Médica e da Residência Multiprofissional de CP do IMIP, tutora do curso de Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde. Telefone (81) 99976-1531. E-mail: zrcavalcanti@gmail.com

Maria Júlia Gonçalves de Mello (Co-orientadora), doutora em Medicina Tropical-UFPE, Pesquisadora e docente da pós graduação do IMIP, tutora da Faculdade Pernambucana de Saúde, Coordenadora do Mestrado Profissional em Cuidados Intensivos associado à Residência em Saúde do IMIP Telefone: (81) 98739-3427. E-mail: mjuliagmello@gmail.com.

FREQUÊNCIA DE LESÃO POR PRESSÃO NOS PACIENTES ADMITIDOS EM SERVIÇO DE CUIDADOS PALIATIVOS EM HOSPITAL TERCIÁRIO DE RECIFE

Maria Fernanda Mendonça Brito dos Santos¹, Laís Machado Rodrigues², Marianne Valença Andrade Borba de Araújo², Thais Ribeiro Costa Carvalho², Zilda Cavalcanti³, Maria Júlia Gonçalves de Mello³, Jurema Telles de Oliveira Lima⁴

¹ Bolsista de iniciação científica, acadêmica do curso de Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde. e-mail: fernandambrito_@hotmail.com

² Colaborador da iniciação científica, acadêmica do curso de Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde. e-mail: lais.machado096@gmail.com

² Colaboradora da iniciação científica, acadêmica do curso de Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde. e-mail: marianne_valenca@hotmail.com

² Colaboradora da iniciação científica, acadêmica do curso de Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde. e-mail: thaisrccarvalho@gmail.com

³ Co-orientadora. Médica paliativista. Mestre em Medicina Interna, UFPE. e-mail: zrcavalcanti@gmail.com

³ Co-orientadora. Docente pesquisadora da pós-graduação do IMIP. Doutora em Medicina Tropical, UFPE. e-mail: mjuliagmello@gmail.com

⁴ Orientadora. Médica oncologista clínica. Doutora em Oncologista pelo Instituto Nacional do Câncer/IMIP.

Instituição: Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP.

Fonte de auxílio: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)

RESUMO

Objetivos: Determinar a frequência, topografia, estadiamento e fatores associados ao aparecimento de lesões por pressão (LPP) em pacientes internados em serviço de cuidados paliativos. **Métodos:** Estudo exploratório tipo coorte prospectivo envolvendo pacientes admitidos na unidade de cuidados paliativos no Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, durante 2 períodos: dezembro de 2018 a fevereiro de 2019 e maio a junho de 2019. Excluídos pacientes com úlceras vasculares ou oncológicas, osteomielite, e aqueles nos momentos finais de vida com falência hemodinâmica. Coletados dados na admissão e alta em questionário específico para caracterização do risco e das LPP. Análise realizada no *Stata 12.1*. abrangeu medidas de tendência central para variáveis contínuas e de distribuição de frequência para as categóricas. **Resultados:** dos 95 participantes do estudo, 65% apresentavam risco moderado/elevado de desenvolver LPP. Na admissão, a prevalência das lesões foi 19,6% (20), única (90%), localizadas principalmente na região sacral, de grau II e com até 5 cm. Na saída, um dentre os 20 pacientes com lesões na admissão, apresentou lesão cicatrizada; enquanto que, dos 75 admitidos sem lesão, 2 (2,7%) desenvolveram durante o internamento. **Conclusões:** Constatou-se alta prevalência e baixa incidência de LPP. São necessárias orientações sobre os cuidados preventivos anteriores à hospitalização no setor de cuidados paliativos.

Palavras-chave: Lesão por pressão, Cuidados paliativos, Incidência, Prevalência

ABSTRACT

Objectives: Determine the frequency, topography, staging and associated factors to the appearance of pressure ulcer in patients admitted in a palliative care unit in Recife. **Methods:** A prospective exploratory cohort study with hospitalized patients in the palliative care unit at Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) during December 2018 to February 2019 and May 2019 to June 2019. Patients with ulcers due to vascular or oncologic lesions, under the treatment for osteomyelitis and those in the final moments of life with hemodynamic failure were excluded. Data were extracted through a questionnaire and analyzed in the *Stata 12.1* program with measures of central tendency for continuous variables and frequency distribution for categorical variables. **Results:** Out of the 95 patients included in the study, 65% presented moderate/high risk of developing pressure ulcer. On the admission, the prevalence of ulcers was 19,6%, in the sacral region and up to 5 cm. Regarding the exit data, of the 20 patients with admission injuries, only one had a healed lesion; of the 75 admitted without any injuries, two developed ulcers during the hospitalization. **Conclusions:** A high prevalence and a low incidence of pressure ulcers were found in this study. Advice on preventive care prior to hospitalization in the palliative care unit is required.

Keywords: Pressure Ulcer, Palliative Care, Incidence, Prevalence

INTRODUÇÃO

As lesões por pressão (LPP) estão entre as complicações mais comuns encontradas em pacientes em tratamento prolongado¹. São consideradas eventos adversos ocorridos durante a hospitalização e refletem de forma indireta a qualidade do cuidado prestado², seja por profissionais de saúde ou por familiares e cuidadores, tanto no ambiente hospitalar quanto fora dele. Esse indicador de qualidade serve para orientar medidas de prevenção à lesão, subsidiar o planejamento, gestão e avaliação das ações de enfermagem². Além disso, são complicações frequentes em pacientes em cuidados paliativos e têm grande impacto sobre sua qualidade de vida^{3,4}.

Cuidados paliativos é uma abordagem realizada por uma equipe multiprofissional, focada na melhora da qualidade de vida dos pacientes portadores de doenças que ameaçam a continuidade da vida e de seus familiares. Tem como principal objetivo a prevenção e o alívio do sofrimento, seja ele físico, social, psicológico ou espiritual. É importante salientar que a lesão por pressão é uma complicação comum entre pacientes em cuidados paliativos sobretudo naqueles em cuidados de fim de vida e que é um fator de alerta à piora do prognóstico do paciente⁵.

A lesão por pressão (LPP), segundo o *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP), define-se como “dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionada ao uso de dispositivo médico ou a outro artefato. A lesão pode se apresentar em pele íntegra ou como úlcera aberta, e pode ser dolorosa. A lesão ocorre como resultado da pressão intensa e/ou prolongada em combinação com o cisalhamento”.⁶

A incidência varia amplamente nos diversos serviços a depender do cenário clínico. Estudos mostram que, nos Estados Unidos, cerca de 2,5 milhões de LPP são tratadas

anualmente.³ No Brasil, é possível encontrar incidência entre 23,1% a 62,5% em estudos realizados em unidades de terapia intensiva⁷.

A formação das LPPs se dá pela interação entre os fatores intrínsecos e extrínsecos ao paciente. Dentre os fatores intrínsecos destacam-se a idade, o estado nutricional, a capacidade funcional do paciente, a perfusão tecidual, uso de medicamentos e doenças crônicas (como diabetes mellitus e doenças cardiovasculares). Por outro lado, como extrínsecos, têm-se a pressão, o cisalhamento e a umidade, sendo a pressão o principal fator.^{8,9} Uma grande pressão aplicada sobre a pele impede a entrega de oxigênio e nutrientes aos tecidos, resultando em hipóxia tecidual, acúmulo de resíduos metabólicos e geração de radicais livres. A formação das LPPs é diretamente proporcional à pressão aplicada, sendo ela maior sobre as proeminências ósseas nas quais os pontos de sustentação de peso entram em contato com a superfície.

A extensão da lesão tecidual pode ser avaliada de acordo com a classificação: estágio 1, eritema não branqueável em pele intacta; estágio 2, perda da espessura parcial da pele com exposição da derme; estágio 3, perda da espessura total da pele; estágio 4, perda total da espessura da pele e perda tissular; não classificável, quando há perda tissular não visível; e lesão por pressão tissular profunda, descoloração vermelho escura, marrom ou púrpura, persistente e que não embranquece^{10,11}. As lesões classificadas como 3 e 4 são consideradas *Never Events*, isto é, eventos que nunca deveriam acontecer em serviços de saúde, sendo passíveis de notificação ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.¹²

A identificação dos fatores de risco é fundamental para prevenção das LPPs. Dentre eles, destacam-se imobilidade, desnutrição, redução da perfusão e perda sensorial, doença cardiovascular, fraturas recentes em extremidades inferiores e diabetes mellitus^{3,13}. A fim de avaliar o risco de desenvolvimento de LPPs, foram criadas várias escalas, entre elas a de Braden, de acordo com a qual seis fatores de risco são mensurados: pressão sensorial, umidade,

atividade, mobilidade, nutrição e fricção e cisalhamento^{7,13}. Esses fatores são bastante perceptíveis em pessoas cronicamente doentes, especialmente os idosos, os quais reúnem fatores de risco que levam a seu aparecimento¹⁴.

Dessa forma, por ser um dano muito incidente que impõe uma carga significativa não apenas à qualidade de vida do paciente e seus familiares, mas a todo sistema de saúde, com alto custo humano e financeiro, ressalta-se a importância desse estudo que visa determinar a frequência (prevalência e incidência) e fatores associados (diagnóstico e funcionalidade) ao aparecimento de lesões por pressão em pacientes internados em cuidados paliativos, ressaltando a frequência das LPPs como um indicador de qualidade da assistência prestada e a necessidade de conhecer a realidade do serviço em relação às LPPs para que possam ser instituídas medidas de intervenção, visando a melhoria da assistência e o bem estar amplo dos pacientes.

MÉTODOS

Foi realizado estudo exploratório do tipo coorte prospectivo envolvendo pacientes hospitalizados na unidade de cuidados paliativos no Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), hospital escola de referência, que possui residência multiprofissional em Cuidados Paliativos, durante o período de dezembro de 2018 a fevereiro de 2019 e de maio a junho de 2019. Foram realizadas visitas periódicas à unidade que conta com 14 leitos e revisados os prontuários dos pacientes internados. Foram excluídos pacientes com úlceras por lesões vasculares ou oncológicas, em tratamento para osteomielite e aqueles nos momentos finais de vida com falência hemodinâmica no momento da admissão.

Os dados foram coletados através de um questionário contendo dados demográficos, tempo de hospitalização, comorbidades e o uso de dispositivos. Para a análise das comorbidades utilizou-se o Índice de Comorbidade Charlson, composta por 17 condições

clínicas, na qual é estabelecida uma pontuação, com pesos variando de zero a seis para cada condição, e dessa forma calcula o risco para óbito⁽¹⁵⁾ A funcionalidade foi avaliada pela Escala de Performance Paliativa (PPS), que possui 11 níveis de performance, com pontuação de 0 a 100% em intervalos de 10, que avaliam o grau de deambulação, atividade e evidência da doença, autocuidado, ingesta e nível de consciência, a qual tem uso validado no Brasil. ⁵

O risco para desenvolvimento de lesão por pressão foi determinado pela Escala de Braden, composta por seis subescalas que refletem a percepção sensorial do paciente, grau de umidade a qual a pele está exposta, atividade física, mobilidade, fricção e cisalhamento e estado nutricional do paciente. Todas são pontuadas de um a quatro, com exceção de fricção e cisalhamento, que varia de um a três. Os escores totais variam de 6 a 23, sendo que os valores acima de 16 indicam baixo risco, entre 12 e 15 indicam risco moderado e abaixo de 11 indicam alto risco; a escala foi adaptada à língua portuguesa e validada no Brasil^{16,17}. Após identificar a topografia da lesão, foi estabelecida uma graduação conforme a classificação sugerida pelo NPUAP, baseada na lesão de maior acometimento. As lesões foram classificadas apenas por uma enfermeira do setor, a qual foi estabelecida para essa função desde o início da coleta de dados por ser responsável pela troca de curativos dos pacientes com lesão por pressão na unidade de cuidados paliativos, com o objetivo de evitar divergências quanto a classificação caso esta fosse realizada por diversas pessoas.

Após a coleta e organização dos dados, a análise foi realizada no *Stata 12.1* com medidas de tendência central para as variáveis contínuas e de distribuição de frequência para as variáveis categóricas.

Este estudo atendeu aos princípios do Conselho Nacional de Saúde de acordo com portaria 466/12 e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (CAAE- 96582718.5.0000.5201). Os autores declaram

não haver conflitos de interesse. Os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foram assinados pelos pacientes ou seus responsáveis antes da coleta dos dados.

RESULTADOS

No período de realização da coleta, foram internados na Unidade de Cuidados Paliativos do IMIP 190 pacientes, dentre os quais 102 aceitaram participar da pesquisa. Levando em consideração os critérios de elegibilidade estabelecidos, 7 pacientes foram excluídos (6,9%).

Como observado na tabela 1, dos 95 pacientes analisados, 63 (66,3%) eram mulheres. Os extremos da idade foram 34 e 93 anos e a média de 67,2 anos. O tempo de permanência hospitalar foi 17 ± 13 dias e no setor de cuidados paliativos foi $11,9 \pm 10$ dias.

De acordo com o índice de comorbidades de Charlson a mediana foi 6, sendo as mais frequentes o tumor maligno com metástase (52%), Hipertensão Arterial Sistêmica (36,3%); Diabetes Mellitus (16,7%) e doença vascular periférica (16,7%) (Tabela 1).

Na Escala de Performance Paliativa (PPS), aproximadamente 80% dos pacientes tinham pontuação inferior a 50%. Segundo a Escala de Risco de Braden, aproximadamente 70% da amostra apresentava risco moderado a alto de desenvolver LPP.

Dentre os pacientes analisados, 29,4% faziam uso de dispositivos invasivos (sonda nasoenteral, gastrostomia, sonda vesical de demora ou traqueostomia), havendo predomínio da sonda vesical de demora.

Do total de pacientes, 19,6% (20) foram admitidos no setor com lesão por pressão. Destes, 90% apresentava uma lesão, enquanto os 10% restantes duas ou três lesões. Quanto ao estadiamento das 23 lesões observadas nos 20 pacientes, 13% (3) eram primeiro grau; 34,9%

(8) grau II; 13% (3) grau III; 17,4% (4) no grau IV e 5 lesões não foram classificadas por falta de registro, quanto ao estadiamento da lesão, em prontuário. Foi observada como principais topografias as lesões em região sacral (60,9%), seguida de calcâneo (13,1%). Quanto ao tamanho da lesão, 30,4% mediam de 1-5cm; 26,1% de 6-10 cm, 17,4% de 11-15 cm; 4,3% de 16-20 cm e 21,7% não foram classificadas por falta de registro em prontuário. Todos os pacientes do Setor de Cuidados Paliativos com lesão por pressão faziam uso de colchões pneumáticos. (Tabela 2)

De acordo com a evolução, do total de pacientes participantes da pesquisa, 54,7% (52) dos pacientes receberam alta do setor, enquanto que 45,3% (43) foram a óbito. Dos 20 pacientes com lesões na admissão, apenas 1 apresentou lesão cicatrizada; enquanto que, dos 75 admitidos sem lesão, dois desenvolveram durante o internamento no setor de cuidados paliativos (2,6%). Foi visto que a região sacral foi a de maior predominância das lesões (61%); e que as lesões de 1-5cm foram as mais observadas (30,4%). A lesão predominante foi grau II correspondendo a 39,1%. (Tabela 2)

Dos pacientes que tinham LPP, prévias ou adquiridas durante o internamento, dezesseis foram à óbito e cinco tiveram alta do serviço.

DISCUSSÃO

Neste estudo envolvendo pacientes admitidos no setor de CP com alto risco de desenvolver LPP, observou-se uma prevalência de 20% dessas lesões na admissão, principalmente do grau II a IV e uma incidência em torno de 3,0%.

Essa alta prevalência ratifica a associação das LPPs com o aumento da expectativa de vida da população, decorrente de avanços na assistência à saúde, que tornou possível a sobrevivência de pacientes com doenças graves e anteriormente letais, transformadas em doenças

crônicas e lentamente debilitantes, que cursam com fatores predisponentes para LPPs e da possível assistência domiciliar deficitária desses pacientes, podendo justificar a alta prevalência de lesões nos pacientes admitidos no setor.¹⁰

A identificação da incidência e da prevalência de lesão por pressão no ambiente hospitalar é de extrema importância, já que essas feridas prolongam a hospitalização, dificultam a recuperação do doente e aumentam o risco para o desenvolvimento de outras complicações, trazendo uma carga negativa não só ao paciente, como também ao sistema de saúde. Dados da literatura evidenciaram que a existência de uma Lesão por Pressão prolonga o tempo de internamento hospitalar em até 5 vezes.¹⁸ A incidência está intimamente atrelada ao cuidar, refletindo indiretamente a qualidade da assistência prestada pelo serviço de saúde a ser analisado.^{3,6,12}

A média de idade dos pacientes admitidos com lesão por pressão no setor coincide com os achados na literatura, que indicam maior prevalência de feridas crônicas em pacientes na faixa etária acima de 60 anos, apresentando uma maior suscetibilidade ao surgimento de lesão por pressão devido às características ocasionadas pelo envelhecimento da pele.^{8,19,20}

Quanto à localização das LPPs, corroborando com os estudos analisados⁸, houve predomínio nas regiões sacral e calcânea bilateral. Dessa forma, fica evidente que existe relação direta entre a localização mais frequente de lesão por pressão e a posição em que o paciente permanece por um maior período, já que a maioria dos pacientes assume a posição de decúbito dorsal.^{16,21,22}

Um estudo descritivo realizado em pacientes internados em uma Unidade de Terapia Intensiva de hospital com acreditação em Fortaleza demonstrou uma incidência de LPP de 10,5%⁸. Segundo os dados da NPUAP, a incidência de LPP, considerando a classificação I-IV das lesões, variou de 6,3%-17,6%, sendo os estudos realizados em Unidades de Terapia

Intensiva ²³. A incidência de 2,6% encontrada neste estudo diverge da literatura, sendo abaixo do encontrado, talvez por se tratar de um serviço de referência e hospital escola com residência multiprofissional em cuidados paliativos. A baixa incidência de LPP pode ser um indicador de boa qualidade da assistência prestada pelo serviço.

As comorbidades com maior prevalência nos pacientes admitidos no setor de cuidados paliativos no momento da pesquisa são responsáveis pela diminuição da perfusão e da oxigenação dos tecidos, aumentando o risco para o desenvolvimento das lesões por pressão. ¹⁶

Fatores importantes analisados na escala de Braden influenciam na gênese das LPPs. Entre eles temos a exposição da pele à umidade excessiva que pode ser provocada pela incontinência urinária. De acordo com os resultados para classificação de risco segundo a escala de Braden, mais da metade da amostra analisada apresentou de médio a alto risco para o desenvolvimento de lesão, e esses mesmos achados foram encontrados na literatura, ressaltando ainda mais a baixa incidência encontrada no setor de cuidados paliativos durante a realização deste estudo, mesmo na adversidade do quadro. ²¹ A prevalência mais elevada pode ser justificada pela admissão de pacientes já com lesões estabelecidas, as quais se relacionam com a assistência prestada previamente ao internamento no setor de cuidados paliativos.

Observou-se que, dos pacientes admitidos com LPP, dezenove dentre os vinte pacientes apresentaram PPS menor de 50%, o que caracteriza o perfil dos pacientes internados no setor de cuidados de paliativos, os quais possuem baixa funcionalidade. Sendo possível relacionar tais dados com um maior comprometimento na mobilidade e na autonomia do paciente. Comparando com os dados observados pela escala de Braden, onde apenas um paciente apresentava baixo risco na admissão, pode-se perceber uma relação entre menores valores do PPS e menores escores na escala de Braden com a frequência das lesões por pressão. ^{23,24}

Cerca de 50% das lesões estavam classificadas como grau I e II, o que aponta que estes resultados coincidem com os estudos nacionais e internacionais^{8,16}. As lesões classificadas como *never events*, ou seja, lesões de grau 3 ou 4, estiveram presentes em 30,4% dos pacientes com lesão no momento da saída do setor (alta ou óbito), diferentemente dos estudos de base, que apresentaram uma taxa um pouco menor, cerca de 24%²¹. Esses dados são bastante preocupantes, uma vez que quanto maior o grau da lesão, maior será a exigência no que diz respeito a complexidade do tratamento. Apesar da alta prevalência dos *never events*, é importante salientar que essas lesões não se relacionaram com a assistência prestada durante o internamento no setor de cuidados paliativos, já que a totalidade dos pacientes que apresentavam essas lesões de graduação elevada já as possuíam na admissão.

É importante pontuar que, de todos os pacientes com lesão na saída, 16 foram a óbito e apenas 5 receberam alta do serviço, o que pode expressar que tais lesões poderiam aumentar o risco de morte quando comparado aos pacientes com o mesmo risco prévio de mortalidade, mas sem lesões.^{18,23} Os pacientes que evoluem para óbito estão hemodinamicamente mais comprometidos, com o aporte sanguíneo e a mobilidade reduzidos. Para um maior conforto, devem ser realizados menos curativos, dispensados nos momentos finais de vida, para reduzir a dor. Tal fato provavelmente teve relação com a maior prevalência de LPP no desfecho dos pacientes.

É importante ressaltar que uma dificuldade encontrada na coleta dos dados dos pacientes foi a inexistência de um documento padronizado e específico com o objetivo de registrar as características das lesões por pressão no setor de cuidados paliativos. Isso ficou perceptível na pesquisa, uma vez que 3 pacientes não possuíam registro de suas lesões em prontuário tendo suas lesões descritas como não classificadas.

As lesões por pressão, na maioria das vezes, são evitáveis, logo torna-se de fundamental importância que todo e qualquer serviço que acolha pacientes acometidos estabeleça protocolos que incluam uma avaliação de risco, medidas preventivas e terapêuticas quanto a sua ocorrência. Faz-se necessário que na cadeia de cuidados dos pacientes crônicos em cuidados paliativos, sejam realizados contatos anteriores a hospitalização incluindo orientação junto aos familiares para prevenção das LPP.

CONCLUSÃO

Os dados do presente estudo mostraram alta prevalência e baixa incidência de LPP quando comparados os dados disponíveis na literatura. Isso se deve, provavelmente, ao diferente perfil dos pacientes e estrutura do setor, já que a maioria dos estudos encontrados na literatura foram realizados em Unidades de Terapia Intensiva e não em Centros de Cuidados Paliativos. O perfil dos pacientes em cuidados paliativos e idosos deste estudo, por menor funcionalidade, justifica a maior prevalência de LPPs na admissão e a qualidade da assistência multiprofissional no hospital escola, associado aos princípios dos cuidados paliativos, que focam na qualidade de vida e na individualização da assistência, justificam a menor incidência.

São necessárias orientações sobre os cuidados preventivos anteriores à hospitalização no setor de cuidados paliativos. Por fim, fica clara a necessidade de serem realizados novos estudos englobando um maior tamanho amostral e com análise de outras variáveis, como o local de procedência do paciente, a fim de melhorar a prevenção ao aparecimento das lesões por pressão com medidas de saúde pública, promovendo a diminuição da prevalência das mesmas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Duarte S da CM, Stipp MAC, Silva MM da, Oliveira FT de. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. *Rev Brasileira de Enfermagem*. 2015; 68(1):144–54. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000100144&lng=pt&tlng=pt
2. Santos CT Dos, Oliveira MC, Pereira AGDS, Suzuki LM, Lucena ADF. Indicador de qualidade assistencial úlcera por pressão: análise de prontuário e de notificação de incidente. *Rev Gaucha Enfermagem*. 2013; 34(1):111–8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000100014
3. Berman RS. *Epidemiology, pathogenesis, and risk assessment of pressure-induced skin and soft tissue injury*. 2018;
4. Mazzo A, Miranda FBG, Meska MHG, Bianchini A, Bernardes RM, Pereira Junior GA. Teaching of pressure injury prevention and treatment using simulation. *Esc Anna Nery*. 2017; 22(1):1–8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452018000100701&lng=en&tlng=en
5. Martín JM, Trias M, Gascón J. Cuidados paliativos. *Anales de Pediatría*, 2005, vol 62, 479 p.
6. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel, Pan Pacific Pressure Injury Panel, Pedroni L, Bonatto S, Mendes K, et al. Prevenção e tratamento de Úlceras por Pressão: Guia de Consulta Rápida. Vol. 2, *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*. 2014. 89–102 p.
7. Rogenski NMB, Kurcgant P. Incidência de úlceras por pressão após a implementação de um protocolo de prevenção. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2012;20(2).
8. Teixeira Soares A, da Silva Nascimento T. Incidência de lesões por pressão em Unidade de Terapia Intensiva em hospital com acreditação. 2015;152–60.
9. Cibegne da Silva Fernandes N, de Vasconcelos Torres G, Vieira D. Fatores de risco e condições predisponentes para úlcera de pressão em pacientes de terapia intensiva. 2008;10(3).

10. Moraes JT, Borges EL, Lisboa CR, Cordeiro DCO, Rosa EG, Rocha NA. Conceito e classificação de lesão por pressão: atualização do National Pressure Ulcer Advisory Panel. *Rev Enferm do Centro-Oeste Min.* 2016;6(2):2292–306. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1423>
11. Matos LS, Duarte NLV, Minetto RDC. Incidência e prevalência de úlcera por pressão no CTI de um Hospital Público do DF. *Rev Eletrônica Enferm.* 2010;12(4):719–26. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n4/v12n4a18.htm
12. Gvims C. Práticas seguras para prevenção de Lesão por Pressão em serviços de saúde. 2017;
13. Silva MSML, Garcia TR. Fatores de risco para úlcera de pressão em pacientes acamados. *Rev Bras Enferm.* 1998;51(4):615–28.
14. Junior CAS, Pinto ALF. Úlcera por Pressão Guia para Cuidadores de Idosos Apresentação. 2014. Disponível em: https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/11/Guia-UP-Web_2T.pdf
15. Y Hitomi, Wagner & Carvalho, Isabelle & Roberto Laprega, Milton & Rocha, Juan & Alves, Domingos. O índice de comorbidade de charlson como ferramenta do observatório regional de atenção hospitalar. 2012.
16. Paranhos W, Santos V. Avaliação de risco para úlceras de pressão por meio da escala de Braden, na língua portuguesa. *Rev esc enferm USP.* 1999;33(1):191–206.
17. 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 Lat Am Enfermagem.* 2015;23(1):28–35.
18. Rocha JA, Miranda MJ, Andrade MJ. Abordagem terapêutica das úlceras de pressão - Intervenções baseadas na evidência. *Acta Med Port.* 2006;19(1):29–38.
19. Campanili TCGF, Santos VLC de G, Strazzieri-Pulido KC, Thomaz P de BM, Nogueira PC. Incidência de úlceras por pressão em pacientes de Unidade de Terapia Intensiva Cardiopneumológica. *Rev da Escola Enfermagem da USP.* 2015;49(spe):7–14. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000700007&lng=pt&tlng=pt
20. de Castro Mendonca Queiroz AC, Correa de Faria Mota DD, Bachion MM, Mendes Ferreira AC. Pressure ulcers in palliative home care patients: prevalence and characteristics. *Rev Da Escola Enfermagem Da Usp.* 2014;48(2):261–8.

21. Blanes L, Duarte IDS, Calil JA, Ferreira LM. Avaliação clínica e epidemiológica das úlceras por pressão em pacientes internados no Hospital São Paulo. Rev Associação Médica Brasileira. 2004;50(2):182–7.
22. Costa AM, Matozinhos ACS, Trigueiro PDS, Cunha RCG, Moreira LR. Custos do tratamento de úlceras por pressão em unidade de cuidados prolongados em uma instituição hospitalar de Minas Gerais. Rev Enfermagem. 2015;18(1):58–74. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/9378>
23. NPUAP. Prevention and treatment of pressure ulcers: Clinical practice guideline. Vol. www.npuap. 2009. 39 p.
24. Zambonato BP, Assis MCS, Beghetto MG. Association of Braden subscales with the risk of development of pressure ulcer. Rev Gaucha de Enfermagem . 2013;34(1):21–8. Disponível em: <http://www.scielo.br/>

Tabela 1 – Distribuição das características biológicas, funcionalidade, e comorbidades, risco de lesões por pressão (escala de Braden) e evolução dos 95 pacientes hospitalizados na unidade de cuidados paliativos. IMIP 2018-2019

Variáveis	n	(%)
Idade (média ±DP; extremos)	67,2±14,2;	34 a 93
Sexo		
• Masculino	32	(33,7)
• feminino	63	(66,3)
Índice de Comorbidades de Charlson (Mediana;IIQ)	6; 3-7	
• Infarto do miocárdio	5	(4,9)
• Insuficiência cardíaca congestiva	3	(2,9)
• Doença Vascular Periférica	17	(16,7)
• Doença Cerebrovascular	16	(15,7)
• Doença pulmonar crônica	6	(5,9)
• Doença tecido conjuntivo	12	(11,8)
• Diabetes leve, sem complicação	17	(16,7)
• Úlcera péptica	8	(7,9)
• Hemiplegia	13	(12,8)
• Diabete com complicação	2	(2)
• Doença renal severa ou moderada	10	(9,8)
• Tumor	18	(18,9)
• Leucemia	2	(2)
• Linfoma	2	(2)
• Doença do fígado severa ou moderada	3	(2,9)
• Tumor maligno, metástase	53	(52)
• SIDA	1	(1)
• HAS	37	(36,3)
• Outros	0	(0)
Escala de Performance Paliativa		
• 100	2	(2,1)
• 90-80	6	(6,3)
• 70-60	13	(13,7)
• 50-40	24	(25,3)
• 30-10	50	(52,6)
Dispositivos invasivos	30	(29,4)
• Sonda nasoenteral	8	(7,8)
• Gastrostomia	6	(5,9)
• Sonda vesical de demora	15	(14,7)
• Traqueostomia	2	(2)
Escala de risco de Braden	-	(-)
• Baixo risco	25	(24,5)
• Moderado	35	(34,3)
• Alto	35	(34,3)
Evolução		
• Alta	52	(54,7)
• Óbito	43	(45,3)

Tabela 2 – Distribuição das da presença, topografia e gravidade das lesões por pressão (LPP) de acordo com a admissão ou saída dos pacientes hospitalizados na unidade de cuidados paliativos. IMIP 2018-2019

Variáveis	Lesão por Pressão			
	Na admissão		Na saída	
	n	(%)	n	(%)
• Número de lesões	20	(19,6)	21	(20,6)
▪ 1	18	(90,0)	20	(95,2)
▪ 2	1	(5,0)	0	(0,0)
▪ 3	1	(5,0)	1	(4,8)
Topografia				
▪ Região sacral	14	(60,9)	14	(61,0)
▪ Calcâneo	3	(13,1)	3	(13,0)
▪ Trocânter	1	(4,3)	1	(4,3)
▪ Interglúteo	1	(4,3)	2	(8,7)
▪ Membro inferior	1	(4,3)	0	(0,0)
• Não classificada	3	(13,1)	3	(13,0)
Tamanho da maior lesão				
▪ 1-5	7	(30,4)	7	(33,3)
▪ 6-10	6	(26,1)	5	(23,8)
▪ 11-15	4	(17,4)	2	(9,5)
▪ 16-20	1	(4,3)	0	(0,0)
▪ >20	-	(0,0)	1	(4,8)
▪ Não classificada	5	(21,7)	6	(28,6)
• Grau da lesão				
▪ I	3	(13,0)	2	(8,7)
▪ II	8	(34,9)	9	(39,1)
▪ III	3	(13,0)	3	(13,0)
▪ IV	4	(17,4)	4	(17,4)
▪ Não classificada	5	(21,7)	5	(21,7)