**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

RODRIGO MAGRI BERNARDES

**Prevalência de úlcera por pressão em um hospital de emergência
e características dos pacientes**

Ribeirão Preto

2015

RODRIGO MAGRI BERNARDES

**Prevalência de úlcera por pressão em um hospital de emergência
e características dos pacientes**

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para a obtenção de título de Mestre em Enfermagem, pelo Programa Enfermagem Fundamental.

Linha de pesquisa: “Fundamentação teórica, metodológica e tecnológica do processo de cuidar em enfermagem”.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Helena Larcher Caliri

**Ribeirão Preto
2015**

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo ou pesquisa, desde que citada a fonte.

Bernardes, Rodrigo Magri

Prevalência de úlcera por pressão em um hospital de emergência e características dos pacientes. Ribeirão Preto, 2015.

122 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem.

Orientador: Caliri, Maria Helena Larcher.

1. Úlcera por pressão. 2. Prevalência. 3. Segurança do Paciente.

Nome: BERNARDES, Rodrigo Magri

Título: **Prevalência de úlcera por pressão em um hospital de emergência e características dos pacientes**

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para a obtenção de título de Mestre, pelo Programa Enfermagem Fundamental.

Linha de pesquisa: “Fundamentação teórica, metodológica e tecnológica do processo de cuidar em enfermagem”.

Aprovado em: ____/____/____

Banca examinadora

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Dedicatória

Á minha esposa, Andreza, pela compreensão e confiança e por estar sempre ao meu lado com palavras de incentivo e carinho.

Aos meus pais, Lucimar e Paulo, aos meus irmãos, Diego e Leandro, aos outros membros de minha família e aos meus amigos que sempre me apoiaram nesta jornada.

Agradecimentos

Só foi possível realizar este trabalho graças à colaboração de muitas pessoas. Agradeço todos com muito carinho:

A toda a equipe da Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Aos meus queridos amigos que participaram da coleta de dados: Nilce, Júlia, Maurício, Alessandra, Natália, Lidiane, Roberta, Laura, Márcia Beatriz e Priscila.

À Prof^a. Dr^a. Myieko Hayashida, pelo imenso apoio na análise dos dados.

À Prof^a. Dr^a. Lucieli Dias Pedreschi Chaves e a Prof^a. Dr^a. Sueli Marques, por contribuírem com muito conhecimento no Exame de Qualificação.

Aos pacientes, familiares e enfermeiros, que participaram da pesquisa, pelo apoio e confiança.

Agradecimento Especial

À Prof^a. Dr^a. Maria Helena Larcher Caliri, que sempre transmitiu seus ensinamentos com muita clareza e sempre orientou o melhor caminho profissional e pessoal.

“Se almeja atingir uma posição mais elevada,
deve, antes de obter a vitória,
dotar-se da convicção de que
conseguirá infalivelmente.

A luta pela vida nem sempre é vantajosa
aos fortes nem aos espertos.
Mais cedo ou mais tarde, quem cativa a vitória
é aquele que crê plenamente
Eu conseguirei!”

Napoleon Hill

Apresentação

Desde a graduação já me interessava por questões relacionadas à saúde da pele e cuidados de enfermagem na prevenção e tratamento de feridas crônicas, tendo a oportunidade de estudar o assunto com maior profundidade em meu Trabalho de Conclusão de Curso, orientado pela Prof^a. Dr^a. Maria Helena Larcher Caliri. Em janeiro de 2010 me graduei como enfermeiro pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP).

Comecei a carreira profissional como enfermeiro no Hospital Beneficência Portuguesa de Ribeirão Preto, em março de 2010, inicialmente atuando em setores de urgência e emergência e cuidado intensivo e, posteriormente, na clínica cirúrgica. Durante esse período, atuei também como professor de curso de auxiliares e técnicos de enfermagem, supervisionando estágios. Ainda, realizei atendimentos domiciliares para cuidados de enfermagem com feridas crônicas. Em 2011, iniciei minhas atividades profissionais na Unidade de Emergência (UE) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), atuando na Unidade Coronariana.

Em 2012, ingressei em grupos de estudos atuantes no próprio HCFMRP-USP como membro do Subcomitê de Prevenção de Quedas e do Grupo de Saúde da Pele.

Em 2013, fui convidado a assumir o cargo de enfermeiro encarregado de turno e gestor da Unidade Funcional de Clínica Médica da Unidade de Emergência. Também fui convidado a participar da implantação do Grupo de Cuidados Paliativos. Todas as atividades desenvolvidas, enquanto enfermeiro do HCFMRP-USP, proporcionaram-me amadurecimento, visão ampliada do cuidado em enfermagem e da responsabilidade do enfermeiro, enquanto educador e multiplicador do conhecimento.

Em minha trajetória como enfermeiro, identifiquei que, em qualquer área do cuidado em saúde, existem pacientes acometidos por feridas e percebi a necessidade de compreender melhor os fatores envolvidos na prática assistencial do enfermeiro em cuidar desses pacientes. Meu interesse em estudar questões relacionadas aos cuidados com a pele e feridas crônicas aumentou

proporcionalmente com o tempo. Desde 2010, estava participando de atividades do Grupo de Estudos e Pesquisa em Segurança do Paciente da EERP-USP e me interessei por pesquisas desenvolvidas na linha do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental da EERP-USP “Fundamentação teórica, metodológica e tecnológica do processo de cuidar em enfermagem”.

Assim, decidi realizar o desejo de me capacitar para atuar na área acadêmica, onde poderei transmitir conhecimentos de forma qualificada a outros profissionais e, em 2012, iniciei minhas atividades como pós-graduando do curso de mestrado pelo Programa de Enfermagem Fundamental da EERP-USP.

Esta pesquisa foi desenvolvida com o intuito de contribuir para a melhoria na qualidade da assistência e servir de inspiração aos profissionais de saúde para mudança na prática assistencial, utilizando estudos sobre a prática baseada em evidência, indicadores de qualidade e segurança do paciente.

RESUMO

BERNARDES, R. M. **Prevalência de úlcera por pressão em um hospital de emergência e características dos pacientes**. 2015. 122 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

A úlcera por pressão (UP) representa um grande desafio para a saúde mundial e, devido ao grande impacto que ocasiona nos custos do tratamento e na vida dos indivíduos, tem surgido um grande interesse em estudos que avaliem sua ocorrência e a assistência prestada. Os objetivos do estudo foram: identificar os índices de prevalência pontual de UP em um hospital universitário de emergência e nos diferentes setores, caracterizar as UPs considerando a classificação em categorias e a localização, investigar a associação entre presença de UP e variáveis demográficas e clínicas, descrever o processo de cuidar na instituição, considerando o registro nos prontuários sobre avaliação do risco dos pacientes e a inspeção da pele na admissão, identificar as superfícies de suporte utilizadas. Trata-se de estudo transversal, descritivo e analítico, quantitativo, aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa. A coleta de dados foi conduzida durante um único dia, em toda a instituição, nos setores de cuidado com pacientes adultos e idosos, com exceção dos setores de Psiquiatria e Queimados, totalizando 87 pacientes. A investigação da associação da ocorrência de UP com as variáveis demográficas e clínicas utilizou o Teste Qui-Quadrado, Teste Exato de Fisher e Teste U de Mann-Whitney e adotou como nível de significância $\alpha=0,05$. A maior parte (56,31%) dos pacientes tinha menos de 60 anos (média 54,01, DP 19,14), sexo masculino (54,02%), pele branca (77,01%). O número de diagnósticos médicos variou de um a 10 (mediana 2, média 2,34) e o número de medicamentos prescritos de dois a 22 (média 10,86, DP 4,28). A média do escore total na Escala de Braden foi 15,57 (DP 4,91), mediana 15. Somente 30 (34,48%) pacientes não estavam em risco para desenvolver UP. Trinta e quatro pacientes tiveram 84 úlceras, o número de UP por paciente variou de um a nove (média 5, DP 2,22). A prevalência pontual de UP na instituição foi de 40% e nos setores variou entre zero e 75%. A maior prevalência pontual foi em pacientes do CTI, seguida dos setores Semi-intensivos e Enfermarias. A maioria das UPs era na categoria/estágio II (42,86%), localizadas nas regiões dos calcâneos (28,57%) e sacral (22,61%). Não houve associação entre a ocorrência da UP e cor da pele, idade e quantidade de diagnósticos. A presença de UP estava associada à maior quantidade de medicamentos prescritos, maior tempo de internação antes da data da pesquisa e menores escores na Escala de Braden e nas suas subescalas. Em 4,6% dos prontuários dos pacientes havia registro da avaliação de risco para UP na admissão. Em 70% dos prontuários não foi encontrado o registro sobre as condições de integridade da pele. Em alguns setores havia camas especiais com colchões destinados à prevenção e tratamento de UP. Conclui-se que é necessário a adoção da cultura de segurança do paciente na instituição, de forma ampla, para contribuir com a qualidade da assistência prestada. O estudo é inédito no Brasil por investigar a prevalência, fatores de risco para UP e aspectos do processo de cuidar em hospital universitário de urgência.

Palavras chave: Úlcera por pressão; Prevalência; Segurança do paciente.

ABSTRACT

BERNARDES, R. M. **Prevalence of pressure ulcer at an emergency hospital and patients' characteristics**. 2015. 122 f. Dissertation (Master's degree) - Ribeirão Preto College of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

Pressure ulcers (PU) represent a major challenge for the world health and given the great impact it has on treatment costs and on the life of individuals there has been a growing interest in studies that assess its occurrence and the care provided. The objectives of this study were to identify the indices of point prevalence of PU at an emergency teaching hospital and in its different departments; characterize the PU considering the category classification and their location; investigate the association between the presence of PU and demographic and clinical variables; describe the care process at the institution considering medical records regarding the risk assessment of patients and their skin inspection at admission; and identify the support surfaces used. This cross-sectional, descriptive, analytical, quantitative study was approved by a Research Ethics Committee. Data were collected on a single day, in the entire institution, including the departments that provide care to adult and elderly patients, except for the departments of Psychiatry and Burns, totaling 87 patients. The association of the occurrence of PU with demographic and clinical variables was analyzed using the Chi-square test, Fisher's exact test, and Mann-Whitney U test, and significance was set at $\alpha=0.05$. Most patients (56.31%) were aged under 60 years (mean 54.01, SD 19.14), men (54.02%), and Caucasian (77.01%). The number of medical diagnoses varied from 1 to 10 (median 2, mean 2.34) and the number of medications prescribed varied between 2 and 22 (mean 10.86, SD 4.28). The mean of the total score in the Braden scale was 15.57 (SD 4.91), median 15. Only 30 patients (34.48%) were not at risk for developing PU. A total of 34 patients had 84 ulcers, and the number of PU per patient varied from 1 to 9 (mean 5, SD 2.22). The point prevalence of PU in the institution was 40% and in the departments it varied between 0 and 75%. The highest prevalence was found in ICU patients, followed by the semi-intensive and the medical-surgical departments. Most pressure ulcers were in category/stage II (42.86%), located in the calcaneal (28.57%) and sacral (22.61%) regions. There was no association between the occurrence of PU and skin color, age, and the number of diagnoses. The presence of PU was associated with a higher number of prescribed medications, longer hospital stay prior to the study and lower scores in the Braden scale and in its subscales. Only 4.6% of the medical records presented data on the PU risk assessment at admission, and 70% of the medical records did not present any data on the conditions of skin integrity. In some departments, there were special beds with specific mattresses for the prevention and treatment of PU. In conclusion, it is necessary to adopt a culture of patient safety in the institution in a comprehensive manner to contribute to the quality of the care provided. This is an original study in Brazil, as it investigates the prevalence, risk factors for PU, and aspects of the care process at an emergency teaching hospital.

Keywords: Prevalence, Pressure ulcer, Patient safety.

RESUMEN

BERNARDES, R. M. **Prevalencia de úlcera por presión en un hospital de urgencias, y características de los pacientes.** 2015. 122 f. Disertación (Máster) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

La úlcera por presión (UP) representa un gran desafío a la salud mundial, y debido al gran impacto que determina en los costos de tratamiento y en la vida de los individuos, surgió un gran interés por estudios que evalúen su ocurrencia y la atención prestada. El estudio objetivó: identificar los índices de prevalencia puntual de UP en un hospital universitario de urgencias en los diferentes sectores; caracterizar las UPs considerando la clasificación en categorías y localización; investigar la asociación entre presencia de UP y variables demográficas y clínicas, describir el proceso de cuidado en la institución considerando el registro en las historias clínicas sobre evaluación de riesgo de pacientes e inspección de la piel en la admisión; identificar las superficies de soporte utilizadas. Estudio transversal, descriptivo, analítico, cuantitativo, aprobado por Comité de Ética en Investigación. Datos recolectados durante un único día en toda la institución, en sectores de cuidado para adultos y ancianos, exceptuando los servicios de Psiquiatría y Quemados, totalizando 87 pacientes. La investigación de la asociación de ocurrencia de UP con las variables demográficas y clínicas se analizó por Test de Chi-cuadrado, Test Exacto de Fisher y Test U de Mann-Whitney, adoptándose nivel de significatividad $\alpha=0,05$. La mayoría (56,31%) de los pacientes tenía menos de 60 años (media 54,01, SD 19,14), sexo masculino (54,02%), piel blanca (77,01%). El número de diagnósticos médicos varió de uno a 10 (mediana 2, media 2,34), y el número de medicamentos prescritos de 2 a 22 (media 10,86, SD 4,28). El promedio de puntaje total en Escala de Braden fue de 15,57 (SD 4,91), mediana 15. Solamente 30 (34,48%) pacientes no estaban en riesgo de desarrollar UP. Treinta y cuatro pacientes desarrollaron 84 úlceras, el número de UP por paciente varió entre uno y nueve (media 5, SD 2,22). La prevalencia puntual de UP en la institución fue del 40%, en los servicios varió de 0 a 75%. La mayor prevalencia puntual fue en pacientes de UTI, seguida por los sectores semiintensivo y enfermerías. La mayoría de las UP eran categoría/estado II (42,86%), localizadas en los talones (28,57%) y región sacra (22,61%). No existió asociación entre ocurrencia de UP y color de piel, edad y cantidad de diagnósticos. La presencia de UP se asoció a mayor cantidad de prescripciones, mayor tiempo de internación antes de la investigación y menores puntajes de Escala de Braden y sus subescalas. En el 4,6% de las historias clínicas no se encontró registro de condiciones de integridad de la piel. En algunos sectores había camas especiales con colchones destinados a prevención y tratamiento de UP. Se concluye en que es necesario adoptar una amplia cultura de seguridad del paciente en la institución, contribuyendo a la atención prestada. El estudio es inédito en Brasil por investigar la prevalencia, factores de riesgo para UP y aspectos del proceso de cuidar en hospital universitario de emergencias.

Palabras clave: Prevalencia; Úlcera por presión; Seguridad del paciente.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição do número de pacientes internados, segundo os setores do hospital. Ribeirão Preto, SP, 2014.....	48
Tabela 2 – Distribuição do número de pacientes, segundo o tipo de setor. Ribeirão Preto, SP, 2014.....	49
Tabela 3 – Distribuição do número de pacientes, segundo a faixa etária. Ribeirão Preto, SP, 2014.....	49
Tabela 4 – Distribuição do número de pacientes por faixa etária, segundo o tipo de setor. Ribeirão Preto, SP, 2014.....	50
Tabela 5 – Distribuição do número de diagnósticos médicos dos pacientes, segundo o CID-10. Ribeirão Preto, SP, 2014.....	51
Tabela 6 – Distribuição do número de pacientes, segundo a quantidade de medicamentos prescritos. Ribeirão Preto, SP, 2014.....	51
Tabela 7 – Distribuição dos valores da quantidade de medicamentos prescritos, segundo a faixa etária dos pacientes. Ribeirão Preto, SP, 2014.....	52
Tabela 8 – Distribuição do número de pacientes, segundo o tempo de internação (dias). Ribeirão Preto, SP, 2014.....	52
Tabela 9 – Distribuição dos valores dos escores da Escala de Braden, segundo o tipo de setor. Ribeirão Preto, SP, 2014.....	53
Tabela 10 – Distribuição do número de pacientes, segundo a pontuação das subescalas da Escala de Braden. Ribeirão Preto, SP, 2014.....	53
Tabela 11 – Distribuição do número de pacientes, segundo a categoria de risco para desenvolver úlcera por pressão. Ribeirão Preto, SP, 2014.....	54
Tabela 12 – Distribuição do número de pacientes, segundo a categoria de risco para desenvolver úlcera por pressão e o tipo de setor. Ribeirão Preto, SP, 2014.....	54
Tabela 13 – Distribuição do número de pacientes, segundo o tipo de setor e a prevalência pontual de úlcera por pressão. Ribeirão Preto, SP, 2014.....	56
Tabela 14 – Distribuição do número de pacientes em risco, pacientes com úlcera por pressão e prevalência pontual segundo o tipo de setor. Ribeirão Preto, SP, 2014.....	56

Tabela 15 – Distribuição do número de úlcera por pressão, segundo a região corporal e a categoria/estágio. Ribeirão Preto, SP, 2014.....	57
Tabela 16 – Distribuição do número de úlcera por pressão, segundo o tipo de setor e a categoria/estágio. Ribeirão Preto, SP, 2014.....	58
Tabela 17 – Distribuição do número de úlcera por pressão, exceto na categoria/estágio I, segundo o tipo de setor e a categoria/estágio. Ribeirão Preto, SP, 2014.....	58
Tabela 18 – Distribuição do número de pacientes, segundo as variáveis cor da pele, faixa etária e a presença de úlcera por pressão. Ribeirão Preto, SP, 2014.....	59
Tabela 19 – Distribuição dos valores do tempo de internação e das quantidades de diagnósticos e de medicamentos utilizados pelos pacientes, segundo a presença de úlcera por pressão (UP). Ribeirão Preto, SP, 2014.....	60
Tabela 20 – Distribuição dos valores dos escores da Escala de Braden e subescalas, segundo a presença de úlcera por pressão (UP). Ribeirão Preto, SP, 2014.....	61
Tabela 21 – Distribuição do número de pacientes, segundo a categoria de risco da Escala de Braden e a presença de úlcera por pressão. Ribeirão Preto, SP, 2014.....	61
Tabela 22 – Distribuição do número de ocorrência de registro nos prontuários médicos dos pacientes, segundo a avaliação de risco para desenvolver úlcera por pressão, o valor do escore da Escala de Braden e a categoria de risco, considerando as primeiras 24 horas de internação. Ribeirão Preto, SP, 2014.....	62
Tabela 23 – Distribuição do número de ocorrência de registro nos prontuários médicos dos pacientes, segundo a integridade da pele, presença de úlcera por pressão e região corporal acometida nas primeiras 24 horas de internação. Ribeirão Preto, SP, 2014.....	63
Tabela 24 – Distribuição do uso e tipo de superfícies de suporte nos leitos dos pacientes. Ribeirão Preto, SP, 2014.....	64
Tabela 25 – Distribuição do tipo de superfície de suporte utilizada no leito dos pacientes, segundo a presença de úlcera por pressão. Ribeirão Preto, SP, 2014.....	65

Tabela 26 – Distribuição da frequência do uso e do tipo de superfície de suporte utilizada segundo o tipo de setor. Ribeirão Preto, SP, 2014.....	65
---	----

LISTA DE SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CENAPq	Centro de Apoio à Pesquisa
CE	Ceará
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID-10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CTI	Centro de Terapia Intensiva
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DI	Dado indisponível
DP	Desvio-padrão
EERP-USP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
EPUAP	<i>European Pressure Ulcer Advisory Panel</i>
EUA	Estados Unidos da América
FMRP-USP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
HCFMRP-USP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MG	Minas Gerais
NC	Úlceras que não podem ser classificadas
NPUAP	<i>National Pressure Ulcer Advisory Panel</i>
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
PPPIA	<i>Pan Pacific Pressure Injury Alliance</i>
PR	Paraná
RS	Rio Grande do Sul
SLTP	Suspeita de lesão tissular profunda
SP	São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UE	Unidade de Emergência

UP

Úlcera por pressão

USP

Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1	Introdução e revisão da literatura.....	21
1.1	Prevalência de úlcera por pressão em pacientes hospitalizados.....	25
2	Questões de investigação.....	32
3	Objetivos.....	34
3.1	Objetivo geral.....	34
3.2	Objetivos específicos.....	34
4	Metodologia.....	36
4.1	Tipo de estudo.....	36
4.2	Local do estudo.....	36
4.3	População e amostra.....	38
4.4	Procedimentos éticos.....	38
4.5	Coleta de dados.....	39
4.5.1	Equipe de coleta de dados e capacitação dos auxiliares de pesquisa.....	39
4.5.2	Procedimentos para a coleta de dados.....	41
4.5.3	Instrumento de coleta de dados.....	43
4.6	Estudo-piloto.....	44
4.7	Análise dos dados.....	44
5	Resultados.....	48
5.1	Características demográficas e clínicas dos pacientes participantes da pesquisa.....	48
5.2	Prevalência pontual de úlcera por pressão na instituição e nos diferentes setores e características das úlceras.....	55
5.3	Investigação da associação da presença de úlcera por pressão e algumas variáveis demográficas e clínicas.....	59
5.4	Avaliação do processo de cuidar na instituição, considerando o registro disponível nos prontuários médicos sobre a avaliação do risco dos pacientes para úlcera por pressão e a inspeção da pele nas primeiras 24 horas da internação.....	62
5.5	Identificação das superfícies de suporte utilizadas nos leitos dos pacientes no dia da coleta de dados da pesquisa.....	64
6	Discussão.....	68

6.1	Características demográficas e clínicas dos pacientes participantes da pesquisa.....	68
6.2	Prevalência pontual de úlcera por pressão na instituição e nos diferentes setores e características das úlceras.....	72
6.3	Investigação da associação da presença de úlcera por pressão e algumas variáveis demográficas e clínicas.....	79
6.4	Avaliação do processo de cuidar na instituição, considerando o registro disponível nos prontuários médicos sobre a avaliação do risco dos pacientes para úlcera por pressão e a inspeção da pele nas primeiras 24 horas da internação.....	82
6.5	Identificação das superfícies de suporte utilizadas nos leitos dos pacientes no dia da coleta de dados da pesquisa.....	84
7	Conclusão.....	88
7.1	Características demográficas e clínicas dos pacientes participantes da pesquisa.....	88
7.2	Prevalência pontual de úlcera por pressão na instituição e nos diferentes setores e características das úlceras.....	89
7.3	Investigação da associação da presença de úlcera por pressão e algumas variáveis demográficas e clínicas.....	90
7.4	Avaliação do processo de cuidar na instituição, considerando o registro disponível nos prontuários médicos sobre a avaliação do risco dos pacientes para úlcera por pressão e a inspeção da pele nas primeiras 24 horas da internação.....	91
7.5	Identificação das superfícies de suporte utilizadas nos leitos dos pacientes no dia da coleta de dados da pesquisa.....	91
8	Considerações finais.....	94
	REFERÊNCIAS.....	96
	APÊNDICE A.....	105
	APÊNDICE B.....	108
	APÊNDICE C.....	111
	APÊNDICE D.....	114
	ANEXO A.....	119
	ANEXO B.....	120
	ANEXO C.....	121
	ANEXO D.....	122

1 Introdução e revisão da literatura

Nos últimos anos, o número de pesquisas epidemiológicas tem aumentado consideravelmente, permitindo melhor compreensão da dinâmica do desenvolvimento da Úlcera por Pressão (UP) (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA, 2013a; NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL – NPUAP; EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL – EPUAP, 2009).

A UP representa grande desafio para o cuidado por acarretar elevados custos financeiros e emocionais para os pacientes, familiares e para as instituições de saúde. A sua ocorrência está vinculada a fatores intrínsecos e extrínsecos, ou seja, possui natureza multicausal. Também pode estar relacionada às condições clínicas e demográficas dos pacientes, assim como as condições do atendimento prestado pelo serviço de saúde (ANVISA, 2013b).

A UP, como indicador de qualidade, é considerada um evento adverso definido como “uma lesão ou dano não intencional causado ao paciente pela intervenção assistencial, e não pela doença de base” (NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL – NPUAP, 2012). Os eventos adversos representam importante impacto no Sistema Único de Saúde (SUS), além de serem um desafio para o cuidado em saúde por contribuírem para o aumento da morbidade, da mortalidade, tempo, custos do tratamento de saúde e afetar um elevado número de pessoas. A UP representa causa importante para a perda de saúde, além de agravar outros problemas de saúde e inibir a sua cura (CHACON et al., 2009; INTERNATIONAL GUIDELINES, 2009; SIMÃO, 2010).

A UP é definida como uma lesão localizada na pele e/ou no tecido ou estrutura subjacente, geralmente sobre uma proeminência óssea resultante de pressão isolada ou de pressão combinada com fricção e/ou cisalhamento (NPUAP; EPUAP, 2009; SANTOS; CALIRI, 2007).

As categorias, graus ou estágios de classificação variam de acordo com o comprometimento dos tecidos. Nos Estados Unidos da América (EUA), assim como no Brasil, são adotadas quatro categorias (I a IV) e duas adicionais: Suspeita de Lesão Tissular Profunda (SLTP) e úlceras que não podem ser classificadas (NPUAP; EPUAP, 2009; NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL – NPUAP;

EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL – EPUAP; PAN PACIFIC PRESSURE INJURY ALLIANCE – PPPIA, 2014a; SANTOS, CALIRI, 2007).

A UP na categoria/estágio I é definida como “Pele intacta com hiperemia de uma área localizada que não embranquece, geralmente sobre proeminência óssea. A pele de cor escura pode não apresentar embranquecimento visível: sua cor pode diferir da pele ao redor”. Na categoria/estágio II a definição destaca “Perda parcial da espessura dérmica. Apresenta-se como úlcera superficial com o leito de coloração vermelho pálida, sem esfacelo. Pode apresentar-se ainda como uma bolha (preenchida com exsudato seroso), intacta ou aberta/rompida. Na categoria/estágio III: “Perda de tecido em sua espessura total. A gordura subcutânea pode estar visível, sem exposição de osso, tendão ou músculo. Esfacelo pode estar presente sem prejudicar a identificação da profundidade da perda tissular. Pode incluir descolamento e túneis”. A UP de categoria/estágio IV é apresentada como: “Perda total de tecido com exposição óssea, de músculo ou tendão. Pode haver presença de esfacelo ou escara em algumas partes do leito da ferida. Frequentemente, inclui descolamento e túneis.” A definição de “UPs que não podem ser classificadas” ressalta: “Lesão com perda total de tecido, na qual a base da úlcera está coberta por esfacelo (amarelo, marrom, cinza, esverdeado ou castanho) e/ou há escara (marrom, castanha ou negra) no leito da lesão”. A “suspeita de lesão tissular profunda” é apresentada como: “Área localizada de pele intacta de coloração púrpura ou castanha ou bolha sanguinolenta devidas a dano no tecido mole, decorrente de pressão e/ou cisalhamento” (SANTOS; CALIRI, 2007).

Conforme *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP), *European Pressure Ulcer Advisory Panel* (EPUAP) e *Pan Pacific Pressure Injury Alliance* (PPPIA) (2014a) os indivíduos que utilizam dispositivos médicos como cateteres, sondas, tubos e outros artefatos, para fins de diagnóstico ou tratamento, têm risco para UP no local devido às forças de pressão e/ou cisalhamento.

A investigação dos possíveis fatores de risco, fontes e causas da úlcera, deve ser feita para auxiliar a compreensão dos fatores que levam à ocorrência do dano e obter orientações para mudanças na prática assistencial, melhorando a segurança do paciente e a qualidade do cuidado em saúde (ANVISA, 2013a).

Nos EUA, é estimado que 2,5 milhões de pessoas com UP são tratadas anualmente e que 60 mil delas morrem devido a complicações advindas das lesões, gerando, assim, um custo anual de 11 bilhões de dólares (LYDER; AYELLO, 2008).

A UP ainda faz parte das condições que, se adquiridas durante a internação e evoluir para as categorias ou estágios III e IV, o custo do tratamento dos pacientes em condições críticas será de responsabilidade institucional. Essa é uma realidade dos EUA e de alguns contextos brasileiros (SIMÃO, 2010).

Devido ao grande impacto que a UP ocasiona nos tratamentos de saúde dos indivíduos e visando reduzir o número de pessoas afetadas pelo problema, tem surgido grande interesse em estudos que avaliem sua ocorrência, assim como os fatores de risco que levam os indivíduos hospitalizados a desenvolverem esse tipo de lesão, além de programas que visam diminuir a ocorrência da UP. O interesse crescente em investigar a ocorrência do problema é impulsionado pelo fato de a UP também ser um indicador negativo de qualidade (CHACON et al., 2009; INTERNATIONAL GUIDELINES, 2009).

A Aliança Mundial para a Segurança do Paciente enfatiza a necessidade de desenvolver diferentes tipos de investigação para melhorar a segurança do paciente e prevenir os possíveis danos. O ciclo de pesquisa deve primeiramente: a) determinar a magnitude do dano, o número e tipos de eventos adversos que prejudicam os pacientes; b) entender as causas fundamentais dos danos ocasionados aos pacientes; c) identificar soluções para alcançar uma atenção à saúde mais segura e d) avaliar o impacto das soluções em situações da vida real (ANVISA, 2013a).

Os esforços para melhorar a segurança do paciente e a qualidade da assistência em saúde são ações de destaque mundial, e o conceito obsoleto de que eventos adversos são considerados inevitáveis se transformaram em considerações atuais que afirmam que a UP pode ser prevenida por meio do uso de recomendações baseadas em evidências e reconhecem a obrigatoriedade de conhecer, prevenir e aprender com os erros. Diante disso, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que tem como objetivos promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, implantando a gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde, envolver os pacientes e familiares nas ações de segurança do paciente, ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente, produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente, e fomentar a

inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico, de graduação e pós-graduação na área da saúde. O PNSP também recomenda o desenvolvimento de estudos e pesquisas relacionados à segurança do paciente (ANVISA, 2011; BRASIL, 2013a; NPUAP; EPUAP, 2009; SIMÃO, 2010).

As instituições de saúde que prestam atendimento de urgência e emergência estão sobrecarregadas devido ao aumento do número de acidentes, da violência urbana e à insuficiente rede de estruturação dos serviços de saúde. Aliado a esse contexto, a mudança das características sócio-demográficas da população mundial, juntamente com o aumento da expectativa de vida, caracterizam elevação de casos de quadros agudos e urgentes de doenças crônicas não transmissíveis. Consequentemente, aumenta a procura por serviços de saúde no Brasil e no mundo, incluindo os atendimentos de urgência e emergência. Tratamentos e acompanhamentos inadequados de pacientes com condições crônicas também levam à expressiva procura por atendimento hospitalar de urgência e emergência (AZEVEDO, 2010; COELHO, 2009).

A UP é uma das complicações que poderá surgir em pacientes internados em qualquer instituição de saúde por estarem expostos a inúmeros fatores de risco para o seu desenvolvimento. Os fatores podem ser: nível de consciência alterado, umidade excessiva, atividade corporal reduzida, mobilidade corporal comprometida, nutrição inadequada, presença de fricção e cisalhamento, idade, sensibilidade reduzida, pressão prolongada, medicamentos utilizados, hidratação, algumas doenças crônicas não transmissíveis como o *diabetes mellitus* e doenças cardiovasculares (FERNANDES; TORRES; VIEIRA, 2008; FREITAS et al., 2011; SILVA et al., 2011; SILVA; BORGES; DONOSO, 2011).

A avaliação dos pacientes permite a identificação de sua vulnerabilidade para o desenvolvimento da UP, assim como o planejamento das medidas de prevenção para o controle dos fatores que os colocam em risco (ANVISA, 2013b).

Os fatores de risco para UP podem ser identificados por meio de escalas, construídas com base em referencial conceitual. Existem várias escalas de avaliação de risco de desenvolvimento de UP, porém, a Escala de Braden é a mais empregada mundialmente, tanto em pesquisas como na prática clínica. A Escala de Braden é considerada um instrumento de avaliação e predição de risco para UP e tem sido empregada pelos profissionais para tomar decisões quanto à definição de

diagnósticos de enfermagem, instalação de protocolos e intervenções preventivas da ocorrência desse evento (ANVISA, 2013b; PARANHOS; SANTOS, 1999).

Essa escala foi desenvolvida nos EUA por Braden e Bergstrom, em 1987, e validada para o Brasil em 1999 (PARANHOS; SANTOS, 1999). É composta por seis domínios (ou subescalas): percepção sensorial, mobilidade, atividade, umidade, nutrição, fricção e cisalhamento. A pontuação varia de 6 a 23, sendo considerado em risco pacientes com escores menores ou iguais a 18. O escore total da escala permite a identificação dos pacientes em risco e o planejamento das medidas de prevenção para controle dos fatores de risco. Recomenda-se que os pacientes sejam classificados segundo os escores obtidos na avaliação, considerando o nível de risco: escore igual ou menor que 9 - risco muito elevado; escore igual a 10 e até 12 - risco elevado; escore 13 ou 14 - risco moderado e escores de 15 a 18 - baixo risco (COSTA; CALIRI, 2011; PARANHOS; SANTOS, 1999).

1.1 Prevalência de úlcera por pressão em pacientes hospitalizados

As recomendações das *guidelines* e protocolos para a prática clínica destacam que, para o efetivo enfrentamento da variabilidade dos aspectos relacionados ao problema, é necessário conhecer a abrangência e a real magnitude da ocorrência da UP (ANVISA, 2013a; NPUAP; EPUAP, 2009).

Para reduzir a ocorrência de UP, primeiramente é necessário concentrar os esforços na prevenção e voltar a atenção para o desenvolvimento de protocolos com ações efetivas. A implementação de medidas para a avaliação do risco, programas de prevenção e campanhas para o estabelecimento de metas para reduzir a ocorrência de UP representam ações fundamentais no controle. Estudos epidemiológicos sobre a ocorrência de UP são cada vez mais utilizados como ferramentas de refinamento das práticas de prevenção e são capazes de avaliar a variação do número de indivíduos acometidos pelo problema, a qualidade do cuidado em saúde e a eficácia das iniciativas de prevenção de UP (INTERNATIONAL GUIDELINES, 2009; ROGENSKI; KURCGANT, 2012a).

Em diversos países, estudos sobre a ocorrência de UP são cada vez mais utilizados para avaliar a qualidade do cuidado em saúde e a eficácia das iniciativas

de prevenção de UP (INTERNATIONAL GUIDELINES, 2009). No Brasil, poucos estudos relatam essas iniciativas, considerando o aspecto da qualidade institucional (CARDOSO; CALIRI; HASS, 2004; ROGENSKI; KURCGANT, 2012a; SIMÃO, 2010).

O desenvolvimento de UP em pacientes hospitalizados tem sido apresentado como um dos indicadores de qualidade da assistência prestada pela equipe de enfermagem. A avaliação frequente do desempenho da instituição de saúde, em relação à prevenção e tratamento de UP, é necessária. Essa avaliação pode ser feita por meio de indicadores de qualidade apropriados para monitorar ações de prevenção e tratamento de UP, realizando a monitorização das taxas de UP na instituição de saúde. O levantamento da prevalência na instituição constitui o primeiro passo para caracterizar a situação de forma quantitativa, seguida da adesão às diretrizes preconizadas internacionalmente de prevenção e tratamento (ANVISA, 2013b; CARDOSO; CALIRI; HASS, 2004; FREITAS et al., 2011; NPUAP; EPUAP; PPPIA, 2014a; VANGILDER; AMLUNG; HARRISON, 2009).

A avaliação do problema inclui estudos epidemiológicos que coletam dados para identificar o número de indivíduos com UP e avaliar a variação nos resultados, com o passar do tempo. Esses dados podem ser usados para estimar o número de pacientes com UP dentro de uma dada população, ou seja, a prevalência (INTERNATIONAL GUIDELINES, 2009; ROGENSKI; KURCGANT, 2012a) e para planejar os recursos necessários para o manejo da situação.

Prevalência é definida como a proporção de um conjunto definido de pessoas que têm UP em um determinado momento no tempo, incluindo pacientes admitidos com UP ou que a desenvolveram durante a internação. (INTERNATIONAL GUIDELINES, 2009; NPUAP; EPUAP, 2009; NPUAP; EPUAP; PPPIA, 2014a). Prevalência pontual é o número de indivíduos com UP em um ponto específico no tempo (usualmente em um dia específico), sem considerar o momento de início da lesão (NPUAP; EPUAP; PPPIA, 2014a).

O estudo de prevalência permite abordar questões importantes para as instituições relacionadas com custos financeiros, terapias utilizadas para tratamento, tempo de hospitalização e complicações advindas das próprias UPs. Por meio do mapeamento desse indicador, pode-se analisar as questões referentes ao perfil do paciente e realizar o planejamento, implementação e avaliação de um plano terapêutico, bem como de iniciativas de prevenção, não só dentro do hospital, mas,

também, em outros serviços de saúde (FREITAS et al., 2011; VANGILDER; AMLUNG; HARRISON, 2009).

A prevalência também tem o potencial para contribuir para a criação de políticas públicas, auxiliando na determinação dos recursos necessários. Na Itália, dados de prevalência de UP foram utilizados pelos serviços públicos de saúde para obter os recursos necessários para pagamento de superfícies de suporte que são essenciais para o manejo do excesso da pressão (INTERNATIONAL GUIDELINES, 2009).

Segundo a *guideline* do NPUAP, EPUAP e PPPIA (2014a), um estudo rigoroso de prevalência e incidência deve reportar, com clareza, o desenho metodológico incluindo: definição clara, antes do início da coleta de dados, da população estudada, provisão de educação para os que irão coletar dados e estabelecimento da confiabilidade entre os mesmos, em relação à inspeção da pele e à categorização das úlceras.

Crozeta (2013) desenvolveu um estudo em um único dia, em um hospital geral, em Curitiba, PR. A população estudada foi de 159 pacientes adultos, dos quais 17 tinham UP com prevalência de 10,69%. A autora, no estudo, validou um sistema de coleta de dados composto por instrumentos e protocolos de coleta de dados desenvolvidos na Holanda, que foram traduzidos e adaptados transculturalmente para a realidade brasileira. Adicionalmente, desenvolveu material educativo para capacitação dos auxiliares de pesquisa e planilha eletrônica *online* para registro das informações coletadas que possibilitou a exportação direta dos dados para programas de análise estatística.

Woodbury e Houghton (2004) realizaram revisão dos estudos sobre prevalência de UP, publicados entre 1990 e 2003, no Canadá. A estimativa global de prevalência de UP em instituições de saúde em todo o Canadá, em uma amostra de 14.102 pacientes, foi de 26%. Os autores afirmam que estudos adicionais são necessários e que os dados sugerem que as UPs são uma preocupação significativa em todos os serviços de saúde.

Lahmann, Halfens e Dassen (2005), em estudo descritivo, estabeleceram a prevalência de UP em hospitais e casas de repouso para idosos na Alemanha. O estudo obteve a prevalência em dois momentos diferentes, em 2001 e 2002, com o total de 11.584 pacientes em 66 instituições. Para a avaliação do risco, utilizaram a Escala de Braden. Obtiveram, como resultado da prevalência de UP, índice de

11,7% para o total da amostra, sendo 40% nos hospitais e 63,9% nas casas de repouso para idosos. No grupo de pacientes em risco de desenvolver UP a prevalência foi de 24,5%. O uso de dispositivos de superfície especiais para pessoas em situação de risco para desenvolver UP foi mais comum em casas de repouso para idosos. Os autores destacaram que, para a prática clínica, o estudo fornece dados precisos sobre a extensão do problema de úlceras por pressão nas unidades de saúde.

Louro, Ferreira e Pova (2007) estudaram a prevalência de pacientes internados em uma unidade de tratamento intensivo geral, em Portugal, baseados nas diretrizes do Grupo Nacional para o Estudo e Assessoria em Úlceras de Pressão. Tratava-se de estudo descritivo prospectivo. Foram estudados 155 pacientes durante o ano 2002. A prevalência foi de 37,41%. Concluíram que as UPs apareceram com maior frequência nos pacientes mais graves e que a aplicação de um protocolo de prevenção de UP foi eficaz em 79% dos pacientes.

VanGilder, Amlung e Harrison (2009) desenvolveram estudo de coorte observacional e transversal com o objetivo de relatar a prevalência de UP em diferentes tipos de instituições de saúde, nos EUA, em 2008 e 2009. Em 2008, de uma amostra de 90.398 pacientes, identificaram que a prevalência de UP foi de 13,5%. Em 2009, de 92.408 pacientes, a prevalência foi de 12,3%. Quando os pacientes que desenvolveram a UP na categoria I foram excluídos da análise as taxas de prevalência diminuíram para 9,6 e 9% respectivamente. Concluíram que a taxa de prevalência foi 1,2% mais baixa de um ano para outro e que os dados sugerem que os esforços das instituições para a prevenção de UP parecem ser eficazes, mas que apenas estudos adicionais e compartilhamento de dados entre as instituições irão auxiliar a demonstrar se os esforços de prevenção estão funcionando.

Freitas et al. (2011), em um estudo retrospectivo, de natureza quantitativa, objetivaram analisar a prevalência de UP e os fatores de risco em idosos institucionalizados em uma instituição pública de longa permanência, na cidade de Fortaleza, CE. A amostra foi constituída por 300 prontuários de idosos acamados, residentes na instituição por mais de três meses, no período de 2006 a 2009. A maioria era do sexo masculino (53%), casados (66,3%), faixa etária entre 73 e 83 anos (34,7%), com idade média de 73,7 anos (Desvio-Padrão – DP 9,1). As doenças de maior prevalência foram a hipertensão arterial sistêmica (74,3%) e o acidente

vascular encefálico (60%). O cálculo da prevalência foi feito para cada ano, separadamente: 2006 (23,2%), 2007 (11,1%), 2008 (19,9%) e 2009 (21,3%). A média da prevalência de úlcera por pressão no período foi de 18,8%, com variação de 11,1 a 23,2%. Foi encontrada associação entre o uso contínuo de medicamentos e a presença de UP.

Rogenski e Kurcgant (2012b) desenvolveram estudo prospectivo, exploratório, com abordagem quantitativa, com o objetivo de verificar a prevalência de UP em um hospital universitário em São Paulo, SP, nas unidades de Clínica Cirúrgica, Clínica Médica, Terapia Intensiva Adulto e Cuidados Semi-intensivos. Os dados foram coletados por meio do exame físico e avaliação de risco de 87 pacientes. A prevalência de UP no hospital foi de 19,5%, na Unidade de Terapia Intensiva 63,6%, na Clínica Cirúrgica 15,6%, na Clínica Médica 13,9% e no Semi-intensivo 0%. Os autores concluíram que estudos de prevalência de UP possibilitam verificar a extensão do problema nas unidades de saúde e, conseqüentemente, fornecem subsídios para a construção de estratégias e programas de prevenção com maior resolutividade, tendo como base o perfil dos pacientes e os principais fatores predisponentes para o desenvolvimento das UPs.

Segundo recomendações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), é fundamental investir em metodologias que acompanham as taxas de UP e em protocolos de prevenção para diminuir os riscos dos pacientes para UP. Embora as UPs não sejam totalmente evitáveis, existe a possibilidade de se obter drásticas reduções em seus números, fazendo uso de investimentos em práticas educativas e preventivas (ANVISA, 2013b).

Destaca-se, também, que, embora a taxa de prevalência de UP possa indicar a situação do problema na instituição, para que mudanças possam ser implementadas torna-se necessário uma análise do processo de cuidar com avaliação do uso das recomendações das diretrizes para a prática segura ou “indicadores de boas práticas” (BRASIL, 2013b; NPUAP; EPUAP; PPPIA, 2014a).

A análise do processo de cuidar pode fazer parte das iniciativas para a melhoria da qualidade onde as instituições buscam aprimoramento sistemático dos serviços oferecidos para os usuários (NPUAP; EPUAP; PPPIA, 2014a).

Donabedian (1988) desenvolveu uma categorização comumente aceita que relaciona o indicador de qualidade (no caso, a ocorrência da UP) à estrutura institucional e às atividades realizadas. Segundo essa categorização, os indicadores

de estrutura são relacionados aos atributos da instituição, incluindo a estrutura organizacional, os recursos materiais e humanos disponíveis. Já os indicadores do processo mensuram as atividades e tarefas requeridas para implementar o cuidado ao paciente (como, por exemplo, as ações que os profissionais precisam realizar).

Considerando a ocorrência da UP como um indicador de resultado do cuidado em saúde para o indivíduo que recebe a assistência, os indicadores do processo estão relacionados à assistência recebida, considerando: a avaliação do seu risco ou vulnerabilidade para o problema, a avaliação das condições da integridade da pele, identificada pela inspeção na admissão com a documentação em prontuário e a implementação de um plano de cuidados (NPUAP; EPUAP; PPPIA, 2014a).

Dentre os indicadores de estrutura, a instituição necessita ter política de prevenção e tratamento da UP que incorpore as recomendações para as melhores práticas e dentre elas uma das prioridades é a provisão e alocação de superfícies de suporte que redistribuam a pressão na forma de colchões ou colchonetes especiais (NPUAP; EPUAP; PPPIA, 2014a).

Questões de Investigação

2 Questões de investigação

1. Qual é a prevalência pontual de UP no hospital e nos diferentes setores?
2. Quais são as características demográficas e clínicas dos pacientes com e sem UP?
3. Os fatores de risco investigados estão associados com a ocorrência de UP?
4. As práticas de enfermagem para identificação do risco para UP e das condições da pele dos pacientes e para categorização da UP são registradas nos prontuários na admissão do paciente?
5. As superfícies de suporte para redistribuição da pressão são utilizadas nos leitos dos pacientes?

Objetivos

3 Objetivos

3.1 Objetivo geral

Identificar a prevalência de úlcera por pressão na instituição, em um único dia, e alguns indicadores relacionados ao processo de cuidar.

3.2 Objetivos específicos

1. Descrever as características demográficas e clínicas dos pacientes.
2. Identificar os índices de prevalência pontual de UP na instituição e nos diferentes setores de internação.
3. Caracterizar as úlceras por pressão, considerando a classificação em categorias/estágios e a localização anatômica.
4. Investigar a associação entre a presença de UP e algumas variáveis demográficas e clínicas.
5. Avaliar o processo de cuidar na instituição, considerando o registro disponível nos prontuários sobre a avaliação do risco dos pacientes para UP e a inspeção da pele nas primeiras 24 horas da internação.
6. Identificar as superfícies de suporte utilizadas nos leitos dos pacientes no dia da coleta de dados da pesquisa.

Metodologia

4 Metodologia

4.1 Tipo de estudo

Estudo transversal, descritivo e analítico com abordagem quantitativa.

4.2 Local do estudo

O estudo foi realizado na Unidade de Emergência (UE) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP).

O HCFMRP-USP é uma instituição hospitalar destinada ao atendimento dos usuários do SUS e à formação de profissionais na área da saúde. Está inserido no SUS como referência terciária/quaternária e abrange população de cerca de quatro milhões de habitantes, atendendo a demanda de Ribeirão Preto, além de outras cidades do Estado de São Paulo. O HCFMRP-USP é uma autarquia pública estadual, vinculada administrativamente à Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e associada à Universidade de São Paulo (USP), para fins de Ensino, Pesquisa e prestação de serviços médico-hospitalares (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO – HCFMRP-USP, 2013).

O complexo hospitalar do HCFMRP-USP é dividido em unidade do *Campus* e a UE. A UE foi inaugurada em abril de 1982, e está localizada no centro da cidade de Ribeirão Preto, SP (HCFMRP-USP, 2013; SANTOS et al., 2003).

Na ocasião do estudo, a UE dispunha de 154 leitos para atendimento a pacientes adultos e idosos (UNIDADE DE EMERGÊNCIA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO — UE-HCFMRP-USP, 2014). A distribuição dos leitos e especialidades está apresentada no Quadro 1.

Quadro 1 – Distribuição do número de leitos para adultos e idosos, segundo a especialidade e o setor do hospital. Ribeirão Preto, SP, 2014

Especialidade	Número de leitos	Setor
URGÊNCIA		
Atendimento Clínico	13	Sala de Urgência
Isolamento Respiratório Adulto	1	Sala de Urgência
Estabilização Clínica	5	Sala de Urgência
Urgências Traumáticas	5	Sala de Urgência
Atendimento de Ginecologia	1	Sala de Urgência
Atendimento de Ortopedia	2	Sala de Urgência
SUBTOTAL	27	
INTERNAÇÃO COMUM		
Clínica Médica	16	Clínica Médica
Isolamento Respiratório Adulto Clínica Médica	2	Clínica Médica
Semi-intensivo Adulto Clínica Médica	5	Clínica Médica
Clínica Cirúrgica	13	Clínica Cirúrgica
Clínica Ginecológica	2	Clínica Cirúrgica
Cirurgia Cabeça e Pescoço	3	Clínica Cirúrgica
Ortopedia	10	Clínica Cirúrgica
Isolamento Respiratório Adulto Cirurgia	4	Clínica Cirúrgica
Semi-intensivo Adulto Cirurgia	3	Clínica Cirúrgica
Clínica Neurológica	11	Neurologia
Neurocirurgia	7	Neurologia
Semi-intensivo Adulto Neurologia	3	Neurologia
SUBTOTAL	79	
ATENDIMENTO ESPECIALIZADO		
Unidade Coronariana	7	Unidade Coronariana
Queimados	10	Queimados
Psiquiatria	8	Psiquiatria
Recuperação Anestésica	7	Recuperação Anestésica
SUBTOTAL	32	
TERAPIA INTENSIVA		
Centro de Terapia Intensiva	16	CTI Adulto
SUBTOTAL	16	
TOTAL	154	

Fonte: Informativo de vacância de leitos e macas da UE do HCFMRP-USP, 2014.

4.3 População e amostra

Os sujeitos do estudo foram aqueles pacientes internados no dia da coleta de dados, compondo a população estudada.

Os critérios de inclusão adotados foram: idade maior ou igual a 18 anos, não estar internado nos setores de Psiquiatria e Queimados.

Os pacientes internados no setor de Queimados foram excluídos, pois poderiam apresentar lesões agudas de pele que utilizam tratamentos tópicos e coberturas específicas, podendo dificultar a avaliação da pele e a identificação da presença da UP. Já os pacientes internados no setor de Psiquiatria foram excluídos porque geralmente não apresentam limitações para deambular. Quando acamados, em decorrência de complicações clínicas, são atendidos nos outros setores de internação da UE.

4.4 Procedimentos éticos

O estudo foi aprovado primeiramente pelo Centro de Estudos de Emergência em Saúde da UE do HCFMRP-USP (ANEXO A) e depois pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP) por meio da Plataforma Brasil (ANEXO B). Também obteve o Parecer favorável do CEP do HCFMRP-USP e da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP) como instituições coparticipantes (ANEXO C).

Todos os participantes que fizeram parte do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICES A, B e C) conforme Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466/2012. (BRASIL, 2013c). Para os pacientes que estavam com qualquer tipo de incapacidade de fornecer o consentimento, o TCLE foi apresentado aos seus responsáveis.

4.5 Coleta de dados

Os procedimentos para a coleta de dados foram planejados segundo recomendações internacionalmente aceitas (INTERNATIONAL GUIDELINES, 2009; NPUAP, 2012; NPUAP; EPUAP, 2009; NPUAP; EPUAP; PPPIA, 2014a).

4.5.1 Equipe de coleta de dados e capacitação dos auxiliares de pesquisa

A coleta dos dados foi realizada por uma equipe composta por 10 enfermeiros que desempenharam a função de auxiliares de pesquisa. Alguns dos auxiliares de pesquisa eram membros do Grupo de Saúde da Pele do HCFMRP-USP, que tem por finalidade desenvolver assistência de enfermagem sistematizada, individualizada e humanizada aos portadores de lesão de pele e possuíam conhecimento avançado, relacionado à prevenção e caracterização da UP. Os outros auxiliares de pesquisa eram enfermeiros com vínculo com o próprio HCFMRP-USP ou eram pós-graduandos da EERP-USP. O pesquisador responsável pelo estudo e a orientadora participaram ainda como supervisores e coordenadores das atividades de pesquisa e coleta de dados.

Destaca-se o fato que o pesquisador responsável pelo estudo, na ocasião da coleta de dados, atuava como enfermeiro responsável pela gestão dos setores da Unidade Funcional de Clínica Médica, denominados Clínica Médica, Isolamento Respiratório Adulto, Clínica Médica e Semi-intensivo Adulto da Clínica Médica. Portanto, o mesmo desempenhou a função de supervisor e coordenador em todos os setores de internação com exceção dos citados anteriormente para que não houvesse desvio de função no dia da coleta de dados. Sendo assim, a orientadora ficou responsável pela supervisão e coordenação nesses setores.

Todos os auxiliares de pesquisa foram selecionados de acordo com seu conhecimento sobre o assunto, disponibilidade e interesse em participar das atividades de capacitação e da coleta de dados. Foi oferecida a eles ajuda de custo

para transporte e alimentação, além de uma declaração de participação no estudo como auxiliar de pesquisa.

A capacitação foi coordenada e ministrada pelo pesquisador e foi realizada em um único dia, com carga horária de 4 horas. Foram utilizados recursos audiovisuais, por meio do programa de computador Microsoft Power Point, e fornecida uma apostila com o conteúdo ministrado. Os objetivos da capacitação foram calibrar o conhecimento sobre a identificação do risco para desenvolver UP por meio da Escala de Braden, sobre a identificação e classificação de UP, de acordo com as definições da NPUAP e EPUAP (2009), e padronizar a forma de registro e a utilização do instrumento de coleta de dados.

Para a capacitação, foi realizada uma exposição teórica, dialogada, com apresentação do projeto de pesquisa, com destaque para os procedimentos da coleta de dados e a importância da qualidade e fidedignidade dos dados obtidos.

O conteúdo teórico abordou a definição e fisiopatologia da UP, a classificação da UP e a utilização da Escala de Braden. Foi realizada discussão sobre o uso da Escala de Braden e a categorização das úlceras utilizando fotos. Posteriormente, foi feita a apresentação do instrumento de coleta de dados e orientações para o seu preenchimento. Os enfermeiros foram considerados aptos para realizarem a coleta de dados ao obterem 100% de concordância com o pesquisador. Foram orientados ainda a solicitarem assessoria ao pesquisador sempre que apresentassem qualquer dúvida em relação à coleta, utilizando telefones celulares para a comunicação entre si.

Ao término da capacitação, cada auxiliar de pesquisa recebeu um *kit* para a coleta de dados. O *kit* foi composto de uma pasta, uma prancheta de plástico, uma caneta esferográfica, um cartão plastificado com a Escala de Braden, cópias do instrumento de coleta de dados, do TCLE e envelopes para guarda dos instrumentos preenchidos e os TCLEs assinados. Cada dupla de auxiliares de pesquisa ficou responsável pela coleta de dados em um dos setores. A divisão dos auxiliares em pesquisa em duplas tinha como objetivo aumentar a confiabilidade dos dados coletados conforme recomendações de *guidelines* internacionais (INTERNATIONAL GUIDELINES, 2009; NPUAP; EPUAP; PPPIA, 2014a).

4.5.2 Procedimentos para a coleta de dados

Uma das dificuldades identificadas na literatura para a realização de estudos de prevalência pontual é a obtenção da concordância dos sujeitos da pesquisa e a assinatura do TCLE. Em estudo realizado por Crozeta (2013), em um hospital de ensino de Curitiba, PR, essa dificuldade levou à perda de sujeitos, devido à impossibilidade de os pacientes assinarem o TCLE e a ausência do acompanhante/responsável legal no momento da coleta dos dados. A autora recomendou que, para solucionar esse problema, o convite para participar da pesquisa e a assinatura do TCLE poderia ser feito na véspera da data da coleta de dados.

Assim, neste estudo, para minimizar as perdas do número de participantes, visto que haviam pacientes inconscientes, que no dia da coleta de dados poderiam estar sem acompanhantes, dois dias antes da coleta de dados foi obtida uma lista de pacientes internados na instituição no Setor Controle de Registros e Controle de Leitos. A lista continha o nome, registro e alocação de todos os pacientes internados e foi utilizada para auxiliar na identificação da população do estudo e facilitar a obtenção do consentimento e a assinatura do TCLE.

Nos dias anteriores à coleta de dados, foram feitos os convites aos pacientes ou a seus responsáveis para participarem do estudo e entregue o TCLE para assinatura. No dia da coleta de dados, os TCLEs dos pacientes que haviam sido transferidos para outro hospital, receberam alta ou faleceram foram descartados. Os pacientes que não haviam sido convidados anteriormente receberam o convite no dia da coleta. Aqueles que não estavam em seus leitos no dia da coleta de dados, por motivos como cirurgia ou exames também tiveram o TCLE descartado.

A coleta de dados aconteceu em um único dia, em 3 de setembro de 2014, quarta-feira. Essa data foi previamente agendada na instituição e os enfermeiros responsáveis pelos setores de internação foram comunicados com antecedência, assim o estudo alterou minimamente a rotina institucional. O planejamento da coleta de dados foi feito com os enfermeiros responsáveis de cada setor, considerando as rotinas de higiene corporal dos pacientes internados nos setores da UE, nos turnos da manhã, tarde e noite.

A coleta de dados teve início às 7h e foi encerrada às 23h quando todos os pacientes internados no hospital e seus prontuários foram avaliados, tendo duração de, aproximadamente, 16h.

A coleta foi realizada utilizando-se um instrumento desenvolvido pelo pesquisador responsável pelo estudo (APÊNDICE D).

Os procedimentos para a coleta dos dados incluíram:

1. busca no prontuário e transcrição para o instrumento dos dados demográficos (data de nascimento, sexo e cor da pele) e dados clínicos (tempo de internação até o dia da coleta de dados, diagnósticos médicos na internação, medicamentos utilizados, presença ou ausência de registro da avaliação de risco, por meio da Escala de Braden e escore obtido, registro da presença ou ausência de UP na admissão);

2. avaliação do risco do paciente para desenvolver UP, utilizando-se a Escala de Braden;

3. inspeção da pele do paciente para identificar a presença ou ausência de UP, o número e a classificação das úlceras e as regiões anatômicas da localização. Quando a UP estava com cobertura ou curativo que não foi removido pelo profissional do setor, o auxiliar de pesquisa obteve no prontuário do paciente a informação sobre as características da UP. Se no prontuário não havia registro a respeito da categorização das úlceras, as informações foram coletadas com o enfermeiro responsável pelo plantão, mediante o convite para participar da pesquisa e assinatura do TCLE. Essa medida foi tomada para que os curativos ou coberturas não fossem removidos desnecessariamente, evitando-se prejuízo no tempo de ação de cada produto, desperdício de material e dano ao paciente. Quando as informações citadas não estavam disponíveis, foi feito o registro da presença da UP e da localização anatômica sem a descrição da classificação em categorias/estágios;

4. identificação do tipo de leito (cama hospitalar, maca ou outros) e o uso ou não de superfície de suporte para redistribuição da pressão (colchão ou colchonetes).

4.5.3 Instrumento de coleta de dados

O instrumento de coleta de dados da pesquisa é composto por três partes. A Parte I contém questões referentes aos dados demográficos e clínicos. Os dados demográficos referem-se às variáveis referentes à idade (data de nascimento), sexo e cor da pele. A classificação da raça ou cor da pele foi baseada na classificação do Censo Demográfico de 2010, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), correspondendo à cor branca, preta, parda, indígena e sem declaração (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE, 2010). Os dados clínicos referem-se ao tempo de internação até o dia da coleta de dados, diagnósticos médicos na internação, medicamentos prescritos, presença ou ausência de registro da avaliação de risco, por meio da Escala de Braden e seu escore.

As informações referentes ao registro em prontuário da presença ou ausência de UP na admissão foram registradas como “Sim” ou “Não” no instrumento. A seguir, em um quadro contendo os nomes das regiões anatômicas corporais onde comumente as UPs são localizadas, o auxiliar de pesquisa assinalava com um X caso houvesse registro em prontuário de UP em determinada localização anatômica. O quadro continha ainda um espaço extra para acrescentar outros locais onde havia UP, que não haviam sido contemplados anteriormente.

A Parte II do instrumento contém questões referentes aos dados obtidos, por meio da inspeção da pele, como a presença ou ausência da UP e as categorias/estágios das úlceras, considerando a região anatômica da localização. Há um quadro contendo campos com as regiões anatômicas corporais onde comumente as úlceras são localizadas, onde o auxiliar de pesquisa assinalava com um X a região corporal que tinha UP e um outro espaço para registrar a sigla da classificação da UP. As categorias/estágios I, II, III e IV foram representados pelos próprios algarismos romanos e as siglas SLTP e NC referem-se, respectivamente, às UPs classificadas como “suspeita de lesão tissular profunda” e “úlceras que não podem ser classificadas”. A sigla DI referente a “dado indisponível”, destinava-se ao registro da impossibilidade de se obter a categoria da UP pela inspeção do local. O quadro contém ainda um espaço extra para acrescentar outros locais, onde há UPs que não foram contemplados anteriormente.

A Parte III do instrumento é destinada ao registro da avaliação do risco do paciente para desenvolver a UP. Contém um quadro com os domínios da Escala de Braden e os possíveis escores para serem marcados. A identificação do escore foi feita pela consulta à Escala completa que fez parte do *kit* de coleta de dados fornecido a cada auxiliar de pesquisa (ANEXO D).

Nesta parte do instrumento há, ainda, um campo para identificar o tipo de leito do paciente onde o auxiliar de pesquisa assinalava com um X a opção encontrada, podendo ser identificado como cama hospitalar, maca ou outros. Outro campo permite o registro de dados referentes ao colchão, com presença ou ausência de superfície de suporte no leito e o tipo.

4.6 Estudo-piloto

Foi realizado um estudo-piloto no Setor Semi-intensivo Adulto da Clínica Médica que dispõe de cinco leitos, em data previamente agendada junto à instituição.

A finalidade do estudo-piloto foi identificar as dificuldades, tempo gasto e agir como facilitador de solução de problemas na operacionalização dos procedimentos para a coleta de dados.

Após o estudo-piloto definiu-se que alguns dados clínicos e demográficos seriam coletados de documentos específicos do prontuário do paciente, onde havia as informações sobre a data de nascimento, sexo, cor da pele, tempo de internação até o dia da coleta de dados e diagnóstico médico de internação.

O instrumento de coleta de dados foi validado e não foi necessário realizar modificações.

4.7 Análise dos dados

Os dados coletados e registrados nos instrumentos foram submetidos à codificação apropriada, e inseridos em planilha para a composição do banco de

dados e de um dicionário com o nome e especificações das variáveis. Foi utilizado o processo de validação dos dados por dupla digitação em planilhas do aplicativo Microsoft Excel. Após a correção dos erros de digitação, os dados foram analisados utilizando-se programas estatísticos com assessoria de profissional do Centro de Apoio à Pesquisa (CENAPq) da EERP-USP.

Para análise, as variáveis referentes à cor da pele foram agrupadas. Inicialmente as variáveis pele mulata e parda foram agrupadas em morena e as cores de pele branca e negra não sofreram agrupamentos (FITZPATRICK, 1988; IBGE, 2010; MOTA, 2006; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA – SBD, 2015). Posteriormente, para a análise inferencial entre cor da pele e ocorrência da UP, a cor da pele foi categorizada em duas variáveis: branca e não branca.

A *guideline* do NPUAP, EPUAP e PPPIA (2014a) recomenda especificar os locais onde o estudo foi desenvolvido para que o mesmo possa ser comparado com outros estudos de populações semelhantes ou dados de instituições que monitoram as taxas de UP. Para atender essas recomendações, as variáveis referentes aos setores de internação foram agrupadas de acordo com a complexidade do cuidado. Foram chamadas de Enfermarias os setores de Clínica Médica, Isolamento Respiratório Adulto Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Clínica Ginecológica, Cirurgia Cabeça e Pescoço, Ortopedia, Isolamento Respiratório Adulto Cirurgia, Clínica Neurológica, Neurocirurgia. Foram agrupados como Sala de Urgência os setores que a compõem, sendo eles Atendimento Clínico, Isolamento Respiratório Adulto, Estabilização Clínica, Urgências Traumáticas, Atendimento de Ginecologia e Atendimento de Ortopedia. Os setores Semi-intensivo Adulto Clínica Médica, Semi-intensivo Adulto Cirurgia e Semi-intensivo Adulto Neurologia foram agrupados como Semi-intensivos. Os setores Unidade Coronariana, Recuperação Anestésica e Centro de Terapia Intensiva (CTI) não sofreram agrupamentos.

Os resultados referentes às características demográficas e clínicas da população, a localização e categorias/estágios da UP foram analisados por meio da estatística descritiva (porcentagem, valores mínimos e máximos, mediana, média aritmética e desvio-padrão). A investigação da associação da ocorrência de UP com as variáveis demográficas e clínicas foi explorada por meio de testes estatísticos.

O Teste Qui-Quadrado foi utilizado para verificar a associação entre as variáveis presença e ausência de UP e as categorias de idade menor que 60 anos e maior ou igual a 60 anos.

O Teste Exato de Fisher foi utilizado para verificar a associação entre as variáveis presença e ausência de UP e as categorias da cor da pele.

O Teste U de Mann-Whitney foi utilizado para comparar os grupos de pacientes com e sem UP em relação às variáveis numéricas quantidade de medicamentos por paciente, quantidade de diagnósticos por paciente, escore total e escore das subcategorias da Escala de Braden e tempo de internação. Também foi utilizado para comparar os grupos de pacientes com faixa etária menor que 60 anos e maior ou igual a 60 anos com a variável numérica quantidade de medicamento por paciente.

Adotou-se como nível de significância $\alpha=0,05$.

O cálculo da prevalência pontual da UP foi realizado conforme recomendação de *guidelines* internacionais (INTERNATIONAL GUIDELINES, 2009; NPUAP; EPUAP, 2009; NPUAP; EPUAP; PPPIA, 2014a) e considerou o número de pacientes incluídos no estudo que tinham UP em relação ao número de pacientes incluídos no estudo.

A prevalência pontual é o número de indivíduos com UP, em um ponto específico no tempo, geralmente considerando o período de um único dia (NPUAP; EPUAP; PPPIA, 2014a). A prevalência pontual foi calculada conforme recomendado pelo NPUAP, EPUAP e PPPIA (2014a):

$$\text{Prevalência pontual} = \frac{\text{número de pacientes com UP no dia do estudo}}{\text{número total de pacientes avaliados no dia do estudo}} \times 100$$

Resultados

5 Resultados

Segundo informação do censo hospitalar, no dia da coleta de dados, havia 108 pacientes adultos e idosos internados, que atendiam os critérios de inclusão. Desses, 11 recusaram participar e 10 não tinham condições de assinar o TCLE e os respectivos responsáveis não foram localizados no período estabelecido, para a obtenção do consentimento e a assinatura do TCLE. Assim, participaram do estudo 87 pacientes.

5.1 Características demográficas e clínicas dos pacientes participantes da pesquisa

Na Tabela 1 está apresentada a distribuição do número de pacientes internados, segundo os setores do hospital.

Tabela 1 – Distribuição do número de pacientes internados, segundo os setores do hospital. Ribeirão Preto, SP, 2014

Setor de internação	f	%
Clínica Cirúrgica /Clínica Ginecológica/Cirurgia Cabeça e Pescoço/Ortopedia/Isolamento Respiratório Adulto Cirurgia	18	20,69
CTI	14	16,09
Clínica Neurológica/Neurocirurgia	14	16,09
Atendimento Clínico	8	9,20
Clínica Médica/Isolamento Respiratório Adulto Clínica Médica	8	9,20
Semi-intensivo Adulto Clínica Médica	4	4,60
Urgências Traumáticas	4	4,60
Unidade Coronariana	4	4,60
Estabilização Clínica	3	3,45
Recuperação Anestésica	3	3,45
Semi-intensivo Adulto Neurologia	3	3,45
Semi-intensivo Adulto Cirurgia	2	2,30
Atendimento de Ginecologia	1	1,15
Atendimento de Ortopedia	1	1,15
Total	87	100,00

Conforme estabelecido na metodologia da pesquisa, para fins de análise, os setores foram agrupados em categorias, segundo as características da assistência fornecida.

Na Tabela 2 é apresentada a distribuição do número de pacientes, segundo o tipo de setor.

Tabela 2 – Distribuição do número de pacientes segundo o tipo de setor. Ribeirão Preto, SP, 2014

Tipo de setor	f	%
Enfermarias	40	45,98
Sala de Urgência	17	19,54
CTI	14	16,09
Semi-intensivos	9	10,34
Unidade Coronariana	4	4,60
Recuperação Anestésica	3	3,45
Total	87	100,00

A Tabela 3 apresenta a distribuição do número de pacientes por faixa etária.

Tabela 3 – Distribuição do número de pacientes segundo, a faixa etária. Ribeirão Preto, SP, 2014

Faixa etária (anos)	f	%
20 - 29	10	11,49
30 - 39	16	18,39
40 - 49	11	12,64
50 - 59	12	13,79
60 - 69	16	18,39
70 - 79	16	18,39
≥80	6	6,90
Total	87	100,00

Observou-se que a maior parte (56,31%) da população do estudo foi composta por pacientes com menos de 60 anos. A idade dos pacientes variou de 20 a 90 anos, mediana 55,90 e a média foi de 54,01 (DP 19,14).

Quanto ao sexo, haviam 47 (54,02%) homens e 40 (45,98%) mulheres.

Em relação à cor da pele, 67 (77,01%) tinham a pele branca, 13 (14,94%) morena e sete (8,04%) negra.

Na Tabela 4 é apresentada a distribuição dos pacientes em relação aos setores de internação e aos grupos etários menor e maior ou igual a 60 anos.

Tabela 4 – Distribuição do número de pacientes por faixa etária, segundo o tipo de setor. Ribeirão Preto, SP, 2014

Tipo de setor	Faixa etária (anos)				Total
	<60		≥60		
	f	%	f	%	
Enfermarias	26	65,00	14	35,00	40
Sala de Urgência	7	41,18	10	58,82	17
CTI	11	78,57	3	21,43	14
Semi-intensivos	2	22,22	7	77,78	9
Unidade Coronariana	2	50,00	2	50,00	4
Recuperação Anestésica	1	33,33	2	66,67	3
Total	49	56,32	38	43,68	87

Observou-se que havia maior frequência de pacientes com menos de 60 anos nas Enfermarias (65%) e no CTI. Já na Sala de Urgência, Semi-intensivos e Recuperação Anestésica a maioria dos pacientes era idosos.

Identificou-se que a quantidade de diagnósticos médicos por paciente variou de um a 10, com mediana igual a 2 e média de 2,34 (DP 1,78). Dos 87 pacientes, 37 (42,53%) tinham um diagnóstico, 21 (24,14%) tinham dois diagnósticos, 14 (16,09%) tinham três diagnósticos, cinco (5,75%) tinham quatro ou cinco diagnósticos, dois (2,30%) tinham seis ou oito diagnósticos e um (1,15%) tinha 10 diagnósticos.

Na Tabela 5 estão apresentados os diagnósticos médicos dos pacientes, conforme as categorias da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10).

Tabela 5 – Distribuição do número de diagnósticos médicos dos pacientes, segundo o CID-10. Ribeirão Preto, SP, 2014

Diagnósticos médicos	f	%
Doenças do aparelho circulatório	37	18,14
Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas	35	17,16
Doenças do sistema nervoso	27	13,24
Causas externas de morbidade e de mortalidade.	13	6,37
Doenças do aparelho digestivo	12	5,88
Doenças do aparelho respiratório	11	5,39
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	11	5,39
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	10	4,90
Doenças do aparelho geniturinário	9	4,41
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	8	3,92
Neoplasmas (tumores)	6	2,94
Transtornos mentais e comportamentais	6	2,94
Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	6	2,94
Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	5	2,45
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	4	1,96
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	3	1,47
Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	1	0,49
Total	204	100,00

Observa-se que as “doenças do aparelho circulatório” foram as mais frequentes (18,14%), seguida de “lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas” (17,16%).

A Tabela 6 apresenta a distribuição do número de pacientes em relação à quantidade de medicamentos prescritos, no dia da coleta de dados.

Tabela 6 – Distribuição do número de pacientes, segundo a quantidade de medicamentos prescritos. Ribeirão Preto, SP, 2014 (n=87)

Quantidade de medicamentos	f	%
2 – 5	5	5,75
6 – 10	39	44,83
11 – 15	32	36,78
16 – 20	9	10,34
21 – 22	2	2,30

Os 87 pacientes tinham entre dois e 22 medicamentos prescritos no dia da coleta de dados, com mediana 10 e média 10,86 (DP 4,28).

As classes terapêuticas dos medicamentos mais frequentes foram analgésicos não narcóticos (91-11,99%), antibióticos (65-8,56%), antieméticos e

antinauseantes (60-7,91%), antiulcerosos (58-7,64%) e anti-hipertensivos (54-7,11%).

A Tabela 7 apresenta a análise descritiva dos valores do número de medicamentos prescritos, segundo a faixa etária dos pacientes.

Tabela 7 – Distribuição dos valores da quantidade de medicamentos prescritos, segundo a faixa etária dos pacientes. Ribeirão Preto, SP, 2014

Faixa etária (anos)	Quantidade de medicamentos prescritos					p*
	Mínimo	Máximo	Mediana	Média	DP	
<60 (n=49)	2	21	10,00	10,20	4,54	0,057
≥60 (n=38)	6	22	11,50	11,71	3,80	

* teste U de Mann-Whitney

Embora a mediana e média do número de medicamentos prescritos, para os indivíduos na faixa etária maior ou igual a 60 anos, sejam maiores, a diferença encontrada não foi estatisticamente significativa ($p=0,057$).

Em relação ao risco dos pacientes para UP, os valores do escore total da Escala de Braden variaram entre oito e 23, a mediana foi de 15, a média foi de 15,57 (DP 4,91).

A Tabela 8 apresenta a distribuição do número de pacientes, segundo o tempo de internação até o dia da coleta de dados.

Tabela 8 – Distribuição do número de pacientes, segundo o tempo de internação (dias). Ribeirão Preto, SP, 2014

Tempo de internação (dias)	f	%
0 – 10	56	64,37
11 – 20	17	19,54
21 – 30	8	9,20
>30	6	6,90
Total	87	100,00

A maioria (64,37%) dos pacientes tinha de zero a 10 dias de internação. O tempo de internação variou de zero a 201 dias, mediana de 7, média de 15 (DP 28).

A Tabela 9 apresenta a análise descritiva dos escores da Escala de Braden, considerando os setores de internação.

Tabela 9 – Distribuição dos valores dos escores da Escala de Braden, segundo o tipo de setor. Ribeirão Preto, SP, 2014

Tipo de setor	Escore da Escala de Braden				
	Mínimo	Máximo	Mediana	Média	DP
Unidade Coronariana	11	21	20,50	18,25	3,63
Enfermarias	8	23	17,00	17,10	3,72
Sala de Urgência	9	23	18,00	16,76	4,60
Recuperação Anestésica	10	20	12,00	14,00	4,00
CTI	9	20	11,00	12,14	2,35
Semi-intensivos	8	21	11,00	11,44	2,37

Observa-se que os pacientes internados nos setores CTI e Semi-intensivos, a mediana e média dos escores foram mais baixas.

A Tabela 10 apresenta a distribuição do número de pacientes, segundo a pontuação das subescalas da Escala de Braden.

Tabela 10 – Distribuição do número de pacientes, segundo a pontuação das subescalas da Escala de Braden. Ribeirão Preto, SP, 2014 (n=87)

Subescalas	Pontuação							
	1		2		3		4	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Percepção sensorial	17	19,54	8	9,20	13	14,94	49	56,32
Umidade	1	1,15	12	13,79	36	41,38	38	43,68
Atividade	46	52,87	12	13,79	16	18,39	13	14,94
Mobilidade	29	33,33	21	24,14	12	13,79	25	28,74
Nutrição	2	2,30	14	16,09	53	60,92	18	20,69
Fricção/cisalhamento	41	47,13	15	17,24	31	35,63		

Na subescala percepção sensorial, a maioria dos pacientes (56,32%) não apresentou nenhuma limitação (pontuação 4). Na subescala umidade, a minoria dos pacientes apresentou a pele completamente molhada (pontuação 1) e muito molhada (pontuação 2). Na subescala atividade, pode-se destacar que 52,87% dos pacientes eram acamados (pontuação 1). Com relação à mobilidade, 33,33% dos pacientes eram totalmente imóveis (pontuação 1). A respeito da nutrição, a maioria (60,92%) possuía nutrição adequada (pontuação 3). E na subescala fricção e cisalhamento, 47,13% dos pacientes apresentaram problema em relação a esse fator de risco (pontuação 1).

A Tabela 11 apresenta a distribuição do número de pacientes, segundo a categoria de risco para o desenvolvimento da UP, considerando os escores obtidos na avaliação pela Escala de Braden.

Tabela 11 – Distribuição do número de pacientes, segundo a categoria de risco para desenvolver úlcera por pressão. Ribeirão Preto, SP, 2014

Categoria de risco	f	%
Muito elevado	9	10,34
Elevado	24	27,59
Moderado	8	9,20
Baixo	16	18,39
Sem risco	30	34,48
Total	87	100,00

Identificou-se que 30 (34,48%) pacientes não estavam em situação de risco para desenvolver UP com escore maior do que 18.

A Tabela 12 apresenta a distribuição do número de pacientes, considerando o risco para desenvolver UP e os tipos de setores do hospital.

Tabela 12 – Distribuição do número de pacientes, segundo a categoria de risco para desenvolver úlcera por pressão e o tipo de setor. Ribeirão Preto, SP, 2014

Categoria de risco	Tipo de setor												Total	
	Enfermarias		Semi-intensivos		Unidade Coronariana		Recuperação Anestésica		Sala de Urgência		CTI			
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Muito elevado	4	10,00	2	22,22	-	-	-	-	2	11,76	1	7,14	9	10,34
Elevado	3	7,50	6	66,67	1	25,00	2	66,67	3	17,65	9	64,29	24	27,59
Moderado	5	12,50	-	-	-	-	-	-	1	5,88	2	14,29	8	9,20
Baixo	12	30,00	-	-	-	-	-	-	3	17,65	1	7,14	16	18,39
Sem risco	16	40,00	1	11,11	3	75,00	1	33,33	8	47,06	1	7,14	30	34,48
Total	40	100,00	9	100,00	4	100,00	3	100,00	17	100,00	14	100,00	87	100,00

Nas enfermarias, havia maior frequência de pacientes sem risco e com risco baixo e moderado, enquanto o oposto ocorreu nos Semi-intensivos e CTI.

5.2 Prevalência pontual de úlcera por pressão na instituição e nos diferentes setores e características das úlceras

Dos 87 pacientes incluídos no estudo, 85 tiveram toda a extensão da pele inspecionada no dia da coleta de dados. Identificou-se que 34 pacientes apresentavam UP, implicando na prevalência pontual de 40%.

Em dois pacientes internados no CTI não foi possível realizar a inspeção completa da pele. Segundo os funcionários do setor, os pacientes apresentavam instabilidade hemodinâmica e não era possível realizar mobilização completa para a higiene corporal acompanhada da inspeção da pele na região dorsal do corpo. Também não havia informações sobre a presença ou ausência de UP nos prontuários dos pacientes e o enfermeiro responsável pelo plantão do setor, na ocasião, não sabia fornecer a informação. Ambos os pacientes apresentaram risco para desenvolver UP, na avaliação pela Escala de Braden. Observou-se que um paciente apresentava risco elevado (escore total igual a 11), apresentando percepção sensorial totalmente limitado, constantemente acamado, totalmente imóvel, com problema relacionado à fricção e cisalhamento, pele raramente molhada e ingestão alimentar adequada.

O outro paciente tinha risco moderado para desenvolver UP com Braden 14. Estava constantemente acamado, com mobilidade bastante limitada, apresentava problema relacionado à fricção e cisalhamento, a percepção sensorial estava levemente limitada, a pele raramente molhada e ingestão alimentar adequada.

A Tabela 13 apresenta a distribuição do número de pacientes, segundo o tipo de setor e a prevalência pontual de UP.

Tabela 13 – Distribuição do número de pacientes, segundo o tipo de setor e a prevalência pontual de úlcera por pressão. Ribeirão Preto, SP, 2014 (n=85)

Tipo de setor	Úlcera por pressão				Total	
	Não		Sim			
	f	%	f	%	f	%
Enfermarias	24	60,00	16	40,00	40	47,06
Sala de Urgência	14	82,35	3	17,65	17	20,00
CTI	3	25,00	9	75,00	12	14,12
Semi-intensivos	4	44,44	5	55,56	9	10,59
Unidade Coronariana	4	100,00	-	-	4	4,71
Recuperação Anestésica	2	66,67	1	33,33	3	3,53
Total	51	60,00	34	40,00	85*	100,00

*em dois pacientes não foi possível investigar esta variável

A maior prevalência pontual foi em pacientes do CTI, seguida dos setores Semi-intensivos e Enfermarias. Nenhum paciente internado na Unidade Coronariana apresentou UP (prevalência pontual igual a zero).

A Tabela 14 apresenta a distribuição do número de pacientes em risco para desenvolver UP, pacientes com UP e prevalência pontual de UP, segundo o tipo de setor.

Tabela 14 – Distribuição do número de pacientes em risco, pacientes com úlcera por pressão e prevalência pontual, segundo o tipo de setor. Ribeirão Preto, SP, 2014

Tipo de setor	Risco para úlcera por pressão (Braden ≤ 18)		Presença de úlcera por pressão		Prevalência pontual
	f	%	f	%	%
CTI	11	78,57	9	64,29	81,82
Enfermarias	24	60,00	16	40,00	66,67
Semi-intensivos	8	88,89	5	55,56	62,50
Recuperação Anestésica	2	66,67	1	33,33	50,00
Sala de Urgência	9	52,94	3	17,65	33,33
Unidade Coronariana	1	25,00	-	-	-

A prevalência pontual de UP dos pacientes em risco foi maior no CTI e a Unidade Coronariana foi o único setor onde a prevalência pontual de UP continuou zero.

Os 34 pacientes tiveram 84 úlceras. O número de UP por paciente variou de um a nove e a média foi de 5,00 (DP 2,22).

A Tabela 15 apresenta a distribuição das 84 úlceras, considerando a região corporal e as categorias/estágios das lesões.

Tabela 15 – Distribuição do número de úlcera por pressão, segundo a região corporal e a categoria/estágio. Ribeirão Preto, SP, 2014

Região corporal	Categorias/estágios da úlcera por pressão														Total	
	I		II		III		IV		SLTP		NC		DI			
	f	%	f	%	f	%	f	%	F	%	f	%	f	%	f	%
Calcâneos	8	33,33	8	33,33	1	4,17	-	-	3	12,50	2	8,33	2	8,33	24	28,57
Sacral	2	10,53	8	42,11	3	15,79	3	15,79	1	5,26	1	5,26	1	5,26	19	22,61
Cotovelos	3	30,00	3	30,00	2	20,00	-	-	-	-	2	20,00	-	-	10	11,90
Glúteos	1	11,11	8	88,89	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9	10,71
Trocânteres	-	-	3	60,00	-	-	-	-	-	-	-	-	2	40,00	5	5,95
Occipital	-	-	3	75,00	1	25,00	-	-	-	-	-	-	-	-	4	4,76
Interglútea	1	33,33	2	66,67	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	3,57
Pernas	2	66,67	-	-	1	33,33	-	-	-	-	-	-	-	-	3	3,57
Orelhas	-	-	-	-	2	100,00	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2,39
Mento	-	-	1	50,00	-	-	-	-	-	-	1	50,00	-	-	2	2,39
Isquiática	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	100,00	-	-	2	2,39
Plantar	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100,00	-	-	-	-	1	1,19
Total	17	20,24	36	42,86	10	11,90	3	3,57	5	5,95	8	9,52	5	5,95	84	100,00

Observou-se que a categoria II foi mais frequente (42,86%), seguida da categoria I (20,24%). A maior parte das úlceras ocorreram na região dos calcâneos (28,57%), seguida da região sacral (22,61%). Todas as três úlceras na categoria IV ocorreram na região sacral e as SLTPs nas regiões dos calcâneos, sacral e plantar.

Destaca-se que, em algumas regiões, o lado direito e esquerdo do corpo pode apresentar lesões, sendo elas os calcâneos, cotovelos, trocânteres, pernas, orelhas e regiões isquiáticas. Considerando essa situação, a qual pode dobrar o coeficiente de lesões em um paciente, a região sacral foi a mais frequência, pois 19 indivíduos (22,35%) tiveram UP nesse local e 16 (18,82%) indivíduos apresentaram UP nos calcâneos.

A Tabela 16 apresenta distribuição do número de UP, segundo o tipo de setor e a categoria/estágio.

Tabela 16 – Distribuição do número de úlcera por pressão, segundo o tipo de setor e a categoria/estágio. Ribeirão Preto, SP, 2014

Tipo de setor	Categorias/estágios da úlcera por pressão														Total	
	I		II		III		IV		SLTP		NC		DI			
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Enfermarias	3	8,33	16	44,44	7	19,44	3	8,33	3	8,33	3	8,33	1	2,78	36	42,86
CTI	5	18,52	12	44,44	1	3,70	-	-	-	-	5	18,52	4	14,81	27	32,14
Semi-intensivos	6	42,86	4	28,57	2	14,29	-	-	2	14,29	-	-	-	-	14	16,67
Sala de Urgência	3	60,00	2	40,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	5,95
Recuperação Anestésica	-	-	2	100,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2,38
Total	17	20,24	36	42,86	10	11,90	3	3,57	5	5,95	8	9,52	5	5,95	84	100,00

Observa-se que os pacientes das Enfermarias tinham o maior número de UP, sendo a maioria na categoria/estágio II, seguidos dos pacientes do CTI, onde a maioria das úlceras era da categoria/estágio II.

Quatro pacientes apresentavam UP na categoria/estágio I. Dois deles estavam internados na Sala de Urgência, dos quais um tinha duas úlceras nos calcâneos e o outro tinha uma UP na região sacral. Um paciente estava internado nos Semi-intensivos com uma UP na região sacral. E um paciente estava internado nas Enfermarias com uma UP no cotovelo esquerdo.

A prevalência pontual de UP, excluindo os quatro pacientes que tiveram UP somente na categoria/estágio I, foi de 35,29%, considerando que 30 pacientes tinham UP nas outras categorias/estágios.

A Tabela 17 apresenta o número de UP, segundo o tipo de setor e a categoria/estágio excluindo as úlceras de categoria/estágio I.

Tabela 17 – Distribuição do número de úlcera por pressão, exceto na categoria/estágio I, segundo o tipo de setor e a categoria/estágio. Ribeirão Preto, SP, 2014

Tipo de setor	Categorias/estágios da úlcera por pressão													
	II		III		IV		SLTP		NC		DI		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Enfermarias	16	48,48	7	21,21	3	9,09	3	9,09	3	9,09	1	3,03	33	49,25
CTI	12	54,55	1	4,55	-	-	-	-	5	22,73	4	18,18	22	32,84
Semi-intensivos	4	50,00	2	25,00	-	-	2	25,00	-	-	-	-	8	11,94
Sala de Urgência	2	100,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2,99
Recuperação Anestésica	2	100,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2,99
Total	36	53,73	10	14,93	3	4,48	5	7,46	8	11,94	5	7,46	67	100,00

Observa-se que, mesmo excluindo os pacientes com úlceras de categoria/estágio I, a frequência de lesões foi maior nas Enfermarias (49,25%), seguida do CTI (32,84%). Em todos os setores a maioria das úlceras foi de categoria/estágio II.

5.3 Investigação da associação da presença de úlcera por pressão e algumas variáveis demográficas e clínicas

Na Tabela 18 está apresentada a distribuição do número de pacientes, segundo variáveis demográficas e a presença de UP.

Tabela 18 – Distribuição do número de pacientes, segundo as variáveis cor da pele, faixa etária e a presença de úlcera por pressão. Ribeirão Preto, SP, 2014

Variáveis demográficas	Úlcera por pressão				Total		p
	Não		Sim		f	%	
	f	%	f	%	f	%	
Cor da pele							0,077**
Branca	36	54,55	30	45,45	66	77,65	
Morena	10	76,92	3	23,08	13	15,29	
Preta	5	83,33	1	16,67	6	7,06	
Total	51	60,00	34	40,00	85*	100,00	
Faixa etária (anos)							0,153***
<60	32	66,67	16	33,33	48	56,47	
≥60	19	51,35	18	48,65	37	43,53	
Total	51	60,00	34	40,00	85*	100,00	

*em dois pacientes não foi possível investigar a presença de úlcera por pressão

**Teste Exato de Fisher

***Teste Qui-Quadrado

A UP foi mais frequente em indivíduos com pele branca (45,45%) e com 60 anos ou mais (48,65%), porém, a associação entre a cor da pele e a presença de UP não foi estatisticamente significativa ($p=0,077$), assim como entre a faixa etária ($p=0,153$).

A Tabela 19 apresenta os valores do tempo de internação e da quantidade de diagnósticos e de medicamentos por paciente, segundo a presença de UP.

Tabela 19 – Distribuição dos valores do tempo de internação e da quantidade de diagnósticos e de medicamentos utilizados pelos pacientes, segundo a presença de úlcera por pressão (UP). Ribeirão Preto, SP, 2014

Variáveis (n=85*)	UP	Mínimo	Máximo	Mediana	Média	DP	p**
Tempo internação (dias)	Não	0	61	4,00	7,00	9,00	<0,001
	Sim	3	201	16,00	26,00	41,00	
Quantidade de diagnósticos	Não	1	10	1,00	2,18	1,76	0,065
	Sim	1	8	2,00	2,68	1,82	
Quantidade de medicamentos	Não	2	22	9,00	9,86	4,15	0,009
	Sim	4	21	12,50	12,03	3,99	

*em dois pacientes não foi possível investigar a presença de úlcera por pressão

**Teste U de Mann-Whitney

Os pacientes com UP apresentaram maior tempo de internação em relação aos que não tiveram UP, com diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$).

Quanto à quantidade de diagnósticos médicos, embora tenha sido maior para os pacientes com UP do que para aqueles que não tinham UP, estatisticamente não foi significativa ($p = 0,065$).

A quantidade de medicamentos que os pacientes que tinham UP faziam uso foi maior do que a dos pacientes que não tinham UP, com diferença estatisticamente significativa ($p = 0,009$).

Na Tabela 20 estão apresentados os valores mínimo, máximo, mediana, média e desvio-padrão dos escores totais da Escala de Braden e de suas subescalas, considerando a presença da UP.

Tabela 20 – Distribuição dos valores dos escores da Escala de Braden e subescalas, segundo a presença de úlcera por pressão (UP). Ribeirão Preto, SP, 2014

UP (n)	Braden	Percepção sensorial	Umidade	Atividade	Mobilidade	Nutrição	Fricção e cisalhamento
Não (51)							
Mínimo	9	1	1	1	1	1	1
Máximo	23	4	4	4	4	4	3
Mediana	20,00	4,00	4,00	3,00	3,00	3,00	3,00
Média	17,86	3,57	3,51	2,39	2,96	3,14	2,29
Desvio-padrão	4,62	0,92	0,70	1,21	1,18	0,72	0,85
Sim (34)							
Mínimo	8	1	2	1	1	2	1
Máximo	23	4	4	4	4	4	3
Mediana	12,00	2,50	3,00	1,00	1,00	3,00	1,00
Média	12,32	2,41	2,88	1,35	1,56	2,79	1,32
Desvio-padrão	3,30	1,23	0,64	0,69	0,70	0,59	0,63
p*	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,009	<0,001

*Teste U de Mann-Whitney

Observou-se que o escore total médio da Escala de Braden e os escores das subescalas foram sempre menores para pacientes com UP. As associações entre o escore da Escala de Braden e os escores das suas subescalas e a presença de UP foram estatisticamente significantes.

A Tabela 21 apresenta a distribuição do número de pacientes, segundo a categoria de risco da Escala de Braden e a presença da UP.

Tabela 21 – Distribuição do número de pacientes, segundo a categoria de risco da Escala de Braden e a presença de úlcera por pressão. Ribeirão Preto, SP, 2014

Categoria de risco	Úlcera por pressão				Total	
	Não		Sim			
	f	%	f	%	f	%
Muito elevado	3	33,33	6	66,67	9	10,59
Elevado	8	34,78	15	65,22	23	27,06
Moderado	2	28,57	5	71,43	7	8,24
Baixo	9	56,25	7	43,75	16	18,82
Sem risco	29	96,67	1	3,33	30	35,29
Total	51	60,00	34	40,00	85*	100,00

*em dois pacientes não foi possível investigar a presença de úlcera por pressão

Identificou-se que mais de 65% de pacientes com risco moderado, elevado, ou muito elevado apresentaram UP. Apenas um paciente tinha UP e não apresentava risco no momento da avaliação.

5.4 Avaliação do processo de cuidar na instituição, considerando o registro disponível nos prontuários médicos sobre a avaliação do risco dos pacientes para úlcera por pressão e a inspeção da pele nas primeiras 24 horas da internação

A Tabela 22 apresenta a distribuição do número de ocorrência de registro nos prontuários médicos dos pacientes, segundo a avaliação de risco para desenvolver úlcera por pressão, o valor do escore da Escala de Braden e a categoria de risco, considerando as primeiras 24 horas de internação.

Tabela 22 – Distribuição do número de ocorrência de registro nos prontuários médicos dos pacientes, segundo a avaliação de risco para desenvolver úlcera por pressão, o valor do escore da Escala de Braden e a categoria de risco, considerando as primeiras 24 horas de internação. Ribeirão Preto, SP, 2014

	Registro	
	f	%
Avaliação de risco		
Não	83	95,40
Sim	4	4,60
Total	87	100,00
Escore da Escala de Braden (nível de risco)		
8 (risco muito elevado)	1	25,00
9 (risco muito elevado)	1	25,00
13 (risco moderado)	1	25,00
20 (sem risco)	1	25,00
Total	4	100,00

Em 83 prontuários (95,4%) dos pacientes não havia o registro sobre a avaliação de risco para desenvolver UP nas primeiras 24 horas de internação. Dos quatro pacientes (4,6%) que tiveram a avaliação de risco registrada, dois (50%) apresentavam risco muito elevado, um (25%) apresentava risco moderado e um

(25%) não estava em situação de risco. Desses quatro pacientes, dois estavam internados nas Enfermarias e dois no CTI.

A distribuição do número de ocorrência de registro nos prontuários médicos dos pacientes sobre a integridade da pele, presença de úlcera por pressão e região corporal, acometida nas primeiras 24 horas de internação, é apresentada na Tabela 23.

Tabela 23 – Distribuição do número de ocorrência de registro nos prontuários médicos dos pacientes, segundo a integridade da pele, presença de úlcera por pressão e região corporal acometida nas primeiras 24 horas de internação. Ribeirão Preto, SP, 2014

	Registro	
	f	%
Integridade da pele		
Não	61	70,11
Sim	26	29,89
Total	87	100,00
Úlcera por pressão		
Não	79	90,80
Sim	8	9,20
Total	87	100,00
Região corporal com úlcera por pressão		
Sacral	2	2,30
Glúteo	1	1,15
Mento	1	1,15
Sem registro	83	95,40
Total	87	100,00

Observa-se que em 26 prontuários (29,89%) o registro sobre a integridade da pele do paciente foi realizado nas primeiras 24 horas de internação. Desses, 11 pacientes tinham UP (identificadas pela inspeção da pele no momento da coleta de dados para avaliar a prevalência pontual).

Dos oito pacientes que tiveram o registro no prontuário médico sobre a presença de UP nas primeiras 24 horas de internação, sete (87,5%) tiveram UPs identificadas pela inspeção da pele no momento da coleta de dados.

Um (12,5%) paciente tinha registro da presença de UP no prontuário nas primeiras 24 horas de internação. A inspeção da pele para coleta de dados, foi realizada 15 dias após a internação desse paciente, e na ocasião constatou-se que ele não tinha UP.

Dos 34 pacientes que apresentavam UP somente em 8 (9,2%) prontuários a ocorrência foi registrada e em 4 (4,6%) havia o registro da localização.

5.5 Identificação das superfícies de suporte utilizadas nos leitos dos pacientes no dia da coleta de dados da pesquisa

Identificou-se que o setor Sala de Urgência não fazia uso de camas hospitalares e colchões hospitalares padrão. Os pacientes permaneciam em macas com grade e colchonetes de espuma, enquanto internados no local. Nos setores CTI, Semi-intensivos e Unidade Coronariana havia camas especiais (marca Linet e Striker), com colchões especiais de espuma (com superfície de suporte integrada para redistribuição da pressão). Em outros setores não foi possível obter informações sobre as marcas ou modelos dos leitos.

Na Tabela 24 apresenta-se a distribuição do uso e tipo de superfície de suporte para redistribuição da pressão do peso corporal, utilizada nos leitos dos pacientes.

Tabela 24 – Distribuição do uso e tipo de superfícies de suporte nos leitos dos pacientes. Ribeirão Preto, SP, 2014

Superfície de suporte	f	%
Uso		
Não	41	47,13
Sim	46	52,87
Total	87	100,00
Tipo		
Espuma	29	63,04
Colchonete de ar	17	36,96
Total	46	100,00

Colchão hospitalar padrão feito de espuma com revestimento de vinil era utilizado no leito de 41 (47,13%) pacientes. Dos 29 (63,04%) pacientes para os quais a superfície de suporte no leito para redistribuição da pressão era de espuma, 14 (48,28%) faziam uso de colchão especial de espuma com superfície de suporte integrada da marca Linet, modelo Eleganza, e 12 (41,38%) utilizavam colchão

especial de espuma com superfície de suporte integrada da marca REM. Outros três pacientes (10,34%) utilizavam colchonetes piramidais de espuma (conhecidos por colchão caixa de ovo), sobrepostos ao colchão hospitalar padrão de espuma, por solicitação dos seus familiares que traziam o artefato para o hospital. Os 17 (36,96%) colchonetes de ar eram da marca AG Flexi Confort.

A Tabela 25 apresenta a distribuição do tipo de superfície de suporte (espuma ou ar) utilizada pelos 46 pacientes, considerando a presença de UP.

Tabela 25 – Distribuição do tipo de superfície de suporte utilizada no leito dos pacientes, segundo a presença de úlcera por pressão. Ribeirão Preto, SP, 2014

Superfície de suporte	Úlcera por pressão				Total	
	Não		Sim			
	f	%	f	%	f	%
Espuma	13	65,00	16	61,54	29	63,04
Ar	7	35,00	10	38,46	17	36,96
Total	20	100,00	26	100,00	46	100,00

Observa-se que a superfície de suporte de espuma foi a mais utilizada tanto para os pacientes com UP como para os pacientes sem UP.

Na Tabela 26 é apresentada a distribuição do uso e tipo de superfície de suporte considerando o tipo de setor.

Tabela 26 – Distribuição da frequência do uso e do tipo de superfície de suporte utilizada, segundo o tipo de setor. Ribeirão Preto, SP, 2014

	Enfermarias		Sala de Urgência		CTI		Semi-intensivos		Unidade Coronariana		Recuperação Anestésica		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Superfície de suporte														
Uso														
Não	21	52,50	17	100,00	1	7,14	-	-	-	-	2	66,67	41	47,13
Sim	19	47,50	-	-	13	92,86	9	100,00	4	100,00	1	33,33	46	52,87
Total	40	100,00	17	100,00	14	100,00	9	100,00	4	100,00	3	100,00	87	100,00
Tipo														
Espuma	3	15,79	-	-	13	100,00	9	100,00	4	100,00	-	-	29	63,04
Ar	16	84,21	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100,00	17	36,96
Total	19	100,00	-	-	13	100,00	9	100,00	4	100,00	1	100,00	46	100,00

Nas Enfermarias, 19 (47,5%) dos pacientes faziam uso de superfície de suporte e dessas 16 (84,21%) eram colchonetes de ar.

Na Sala de Urgência os pacientes permaneciam em macas com colchonetes de espuma e não eram utilizadas superfícies de suporte adicionais.

No CTI, 13 (92,86%) dos 14 leitos tinham colchões especiais de espuma com superfície de suporte integrada do tipo Linet, modelo Eleganza. O paciente que não tinha superfície de suporte no leito não apresentava risco para desenvolver UP (escore da Escala de Braden igual a 20).

Nos Semi-intensivos e na Unidade Coronariana todos os pacientes faziam uso de colchões especiais de espuma com superfície de suporte integrada. Nos Semi-intensivos, sete (77,77%) pacientes faziam uso de colchão especial de espuma com superfície de suporte integrada da marca REM e os outros dois (22,22%) faziam uso de superfícies de suporte sem marca. Na Unidade Coronariana todos os pacientes faziam uso de colchão especial de espuma com superfície de suporte integrada da marca REM.

Na Recuperação Anestésica um paciente fazia uso de superfície de suporte de ar.

Discussão

6 Discussão

6.1 Características demográficas e clínicas dos pacientes participantes da pesquisa

A maioria (45,98%) dos pacientes estava internada nas Enfermarias, cujas unidades compreendiam a maior parte dos leitos do hospital.

O estudo identificou que a maior parte (56,32%) da população tinha menos de 60 anos. Esses dados são congruentes com informações que constam no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), referentes aos indivíduos atendidos em hospitais no Estado de São Paulo em setembro de 2014 (mesmo mês do estudo), onde 65,27% tinha menos que 60 anos e 34,73% tinha idade maior ou igual a 60 anos (BRASIL, 2015a).

Coelho (2009) desenvolveu um estudo na mesma instituição deste estudo, com o objetivo de caracterizar 5.285 atendimentos clínicos, segundo os aspectos demográficos. Identificou que 62,9% dos atendimentos foram realizados a pacientes com idade menor que 60 anos. Também Azevedo (2010), em estudo desenvolvido no mesmo local, identificou que na população atendida predominava adultos com menos de 60 anos (55,7%).

Em relação ao sexo, os resultados encontrados (54,02% dos pacientes eram homens) também reflete a situação apresentada pelo DATASUS, quando, em setembro de 2014, a porcentagem de atendimento hospitalar no Estado de São Paulo também foi predominante para pacientes do sexo masculino (51,40%) (BRASIL, 2015b).

Nos estudos de Coelho (2009) e Azevedo (2010), a maioria dos pacientes atendidos na mesma instituição também era do sexo masculino, correspondendo a 54,01 e 70,7%, respectivamente.

Cardoso et al. (2010) realizou estudo de prevalência pontual de úlcera por pressão em um hospital universitário de São Paulo, SP. Encontrou que 55,1% dos pacientes eram homens.

Também Gomes et al. (2010), em estudo sobre fatores associados à ocorrência de UP em pacientes internados em 22 CTIs de 15 hospitais públicos de

Belo Horizonte, MG, identificaram que, dos 142 pacientes, 53% eram do sexo masculino.

Considerando a cor da pele, o resultado encontrado mostrou que a maior frequência foi de indivíduos com pele branca (77,01%), também é semelhante ao perfil dos indivíduos atendidos nos hospitais do Estado de São Paulo em setembro de 2014, onde 60,73% tinham pele branca (BRASIL, 2015c).

Ainda nos estudos de Cardoso et al. (2010) e Gomes et al. (2010), também houve maior frequência de indivíduos com pele branca, correspondendo, respectivamente, a 85,9 e 65% dos pacientes estudados.

Em relação aos diagnósticos médicos mais frequentes nos pacientes estudados (doenças do aparelho circulatório e lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas) identificou-se que houve semelhança com dados referentes aos principais diagnósticos das internações no município de Ribeirão Preto, SP, em 2009, quando as “doenças do aparelho circulatório” foram as causas mais frequentes (16,8%) das internações, seguidas das “lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas” (12,9%) (BRASIL, 2010).

No estudo já citado, realizado na mesma instituição por Coelho (2009), dos 5.285 atendimentos, a maioria (22,9%) também teve o diagnóstico de “doenças do aparelho circulatório” e 11,5% o diagnóstico de “lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas”.

Simão (2010) em estudo que avaliou a ocorrência de UP em 346 pacientes internados em CTIs de um hospital universitário de São José do Rio Preto, SP, também constatou que a maioria dos pacientes tinha diagnóstico de “doenças do aparelho circulatório” (37,3%) e “lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas” ocorreu em 10,1%.

Oliveira (2012) desenvolveu estudo com 66 pacientes internados em UTI de um hospital de grande porte de Belo Horizonte, MG, e identificou que a maioria (27,8%) dos pacientes com UP teve “doenças do aparelho circulatório”.

Considerando que este estudo foi realizado em um hospital de emergência, destaca-se que o diagnóstico médico “lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas” inclui todos os tipos de traumatismos especificados, de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10). Esse diagnóstico é característico

do perfil da população estudada, sendo consequência do aumento da violência urbana (AZEVEDO, 2010).

Azevedo (2010) afirma que o predomínio de adultos jovens do sexo masculino tem sido registrado em vários estudos que envolvem acidentes e violência de natureza traumática. Essa afirmação condiz com o contexto e características demográficas e clínicas do presente estudo.

Quanto ao uso de medicamentos, identificou-se que a maioria (44,83%) dos pacientes tinha entre seis e 10 medicamentos prescritos. A classe de medicamentos prescritos com maior frequência foi analgésico não narcótico, seguida de antibióticos, antieméticos e antinauseantes e anti-hipertensivos.

A maioria das classes de medicamentos utilizados com maior frequência neste estudo também foram encontrados em outros trabalhos, referentes à ocorrência de UP. Cardoso et al. (2010) identificaram que anti-hipertensivos e analgésicos estavam entre os medicamentos mais utilizados. No estudo de Gomes et al. (2010) e Rogenski e Kurcgant (2012b), os analgésicos também estavam entre os mais utilizados. Somente o uso de antieméticos e antinauseantes não corrobora a literatura. Destaca-se que esses medicamentos são prescritos preventivamente para a maioria dos pacientes deste estudo e somente são utilizados mediante sintomas.

Na avaliação pela Escala de Braden, a maioria (65,52%) dos pacientes da instituição tinha risco para UP com escores menores ou iguais a 16. Os pacientes do CTI e Semi-intensivos obtiveram escores mais baixos, portanto, tinham maior risco para desenvolver UP.

Também no estudo de Simão (2010), com 346 pacientes internados em CTI, os pacientes obtiveram escores mais baixos. O escore total da Escala de Braden variou entre sete e 21, com média de 14,98 (DP 3,28).

Campanili (2014) em estudo realizado com 370 pacientes em uma CTI destinada a pacientes com doenças cardíacas e pulmonares, obteve variação do escore total da Escala de Braden entre seis e 23 e a média de 9,65 (DP 2,85), bastante abaixo dos valores obtidos na presente pesquisa.

Identificou-se que, na maioria (37,93%) dos pacientes com risco muito elevado e elevado para desenvolver UP (escores ≤ 12), os fatores de risco que obtiveram menores pontuações na Escala foram atividade, mobilidade, fricção e cisalhamento.

No estudo de Cardoso et al. (2010), em hospital universitário em São Paulo, SP, com pacientes de setores de internação de clínica médica, clínica cirúrgica, cuidado intensivo e emergência, a maioria (60,3%) dos pacientes tinha risco muito elevado ou elevado (escore ≤ 11) para desenvolver UP.

Gomes et al. (2011), em estudo desenvolvido com 140 pacientes adultos, internados em 22 CTIs de 15 hospitais públicos e privados de Belo Horizonte, MG, identificaram que os valores médios dos escores da escala de Braden foram 13,86 (DP 4,75). Em relação aos fatores de risco, as menores pontuações também foram obtidas nas mesmas subescalas (atividade, mobilidade, fricção e cisalhamento) que este estudo, evidenciando que as condições de risco dos pacientes das duas pesquisas foram equivalentes.

Miralles (2008), em pesquisa desenvolvida em serviços de urgência de um hospital de Barcelona, na Espanha, com 74 pacientes adultos, na avaliação de risco para UP pela Escala de Braden, feita entre 24 e 48 horas de internação, identificou que 43,2% dos pacientes foram admitidos em situação de risco muito elevado ou elevado e que durante o período do estudo essa porcentagem elevou-se para 53,3%.

Em outro estudo, conduzido por Kottner et al. (2009), em hospitais da Alemanha com 40.247 pacientes, conforme a avaliação de risco, por meio da Escala de Braden, identificou-se que os escores variaram entre seis e 23 e os valores da mediana foi 22 e da média foi 20 (DP 3,8).

Tubaishat e Aljezawi (2013) desenvolveram estudo com 295 pacientes de três hospitais na Jordânia. A avaliação de risco, por meio da Escala de Braden, identificou que os escores dos pacientes variaram de seis a 23, mediana 22 e média 18,6 (DP 5,6).

Os valores dos escores da Escala de Braden, obtidos nos estudos internacionais foram mais elevados do que os obtidos pelos pacientes do presente estudo, o que permite concluir que esses apresentavam maior risco para desenvolver UP.

6.2 Prevalência pontual de úlcera por pressão na instituição e nos diferentes setores e características das úlceras

A prevalência pontual de UP na instituição foi de 40% e nos setores variou entre 0 e 75%. No setor com prevalência zero (Unidade Coronariana) a média do escore de Braden foi de 18,25, o que indica que os pacientes não tinham risco ou apresentaram baixo risco para UP. Já nos setores com prevalências mais elevadas, como CTI (75%) e Semi-intensivos (55,56%), as médias dos escores de Braden também foram as mais baixas (12,14 e 11,44, respectivamente) o que confirma a validade da Escala de Braden como instrumento para detectar o risco para UP ou a vulnerabilidade do paciente, o qual deve continuar a receber as intervenções preventivas e para controle dos fatores de risco mesmo com a presença da UP (NPUAP; EPUAP; PPPIA, 2014b).

Ao analisar os valores da prevalência pontual, excluindo os 30 pacientes que não apresentavam risco, pelo escore da Escala de Braden, identificou-se que os valores obtidos são muito semelhantes aos da população total do estudo. O CTI continua com a maior prevalência pontual de UP (81,82%), seguido das Enfermarias (66,67%) e Semi-intensivos (62,5%).

A média de UP por paciente foi cinco e a maior parte das UPs era na categoria/estágio I (20,24%) e II (42,86%). Ao excluir os quatro pacientes com UP na categoria/estágio I e considerar os pacientes com UP nas outras categorias/estágios, a prevalência pontual foi de 35,29%. Esse dado é importante a ser destacado, pois muitas pesquisas não consideram os pacientes com úlcera na categoria/estágio I, o que dificulta a comparação entre os estudos (NPUAP; EPUAP; PPPIA, 2014b).

Também as regiões anatômicas identificadas, com maior frequência de lesões (região dos calcâneos e sacral), são os locais de maior prevalência de UP em pacientes hospitalizados, citadas em estudos nacionais e internacionais.

Conforme já apresentado, dos 87 pacientes que fizeram parte deste estudo, dois pacientes do CTI não tiveram a pele completamente inspecionada, pois, segundo os funcionários do setor, não era possível realizar mobilização completa para a higiene corporal e inspeção da região dorsal do corpo devido à instabilidade hemodinâmica.

A instabilidade hemodinâmica é caracterizada por oscilação da pressão arterial, bradicardia, taquicardia, hipotensão sistêmica, hipóxia, e/ou hipoperfusão. Também é identificada como fator de risco para a formação de UP e obstáculo para mudanças de decúbito efetivas e para práticas de reposicionamento. Em estudo realizado por Brindle et al. (2013), os autores se contrapõem à prática de não reposicionamento de pacientes em CTI e afirmam que existem formas de fazer o reposicionamento precoce da maioria dos pacientes e que a mobilização efetiva pode prevenir a UP ou o seu agravamento sem desestabilizá-los. Destacam a inspeção completa da pele, identificação do risco e implantação de medidas de prevenção como essenciais na avaliação do paciente crítico no momento da admissão (BRINDLE et al., 2013).

Cardoso et al. (2010), em coleta de dados, realizada em dois dias diferentes, encontraram prevalência pontual de UP no hospital como um todo de 10,3 e 11,4%, respectivamente. Em unidades de atendimento de emergência, as prevalências foram 22,7 e 14,6%. No CTI a taxa foi de 32,7% em ambos os dias. Em unidades cirúrgicas os índices foram 3,1 e 5,7%. Em unidades clínicas 3,6 e 8,7%. O número de UP por paciente variou de um a seis e a maioria (61,5%) dos pacientes teve uma única UP, sendo que 47% estavam localizadas na região sacral, seguida da região dos calcâneos (26,8%) e trocânteres (13,4%). A maioria das úlceras (47%) foi na categoria/estágio II, seguidas de 32,1% na categoria/estágio I. Os autores destacaram que pacientes em atendimento de emergência tiveram alta prevalência pontual de UP, sugerindo que muitos pacientes são admitidos com UP e que medidas preventivas deveriam ser adotadas, pois alguns pacientes permanecem longos períodos de tempo no setor de emergência. Fato que também ocorreu no cenário do presente estudo.

No estudo de Gomes et al. (2010), com 142 pacientes internados em 22 CTIs de 15 hospitais de Belo Horizonte, MG, a prevalência de UP variou de 3 a 14%, sendo identificadas 99 lesões; 19% dos pacientes apresentavam uma única úlcera, 7,7% duas úlceras, 8,5% três ou mais úlceras. As regiões mais frequentes foram a sacral (36%) e calcâneos (22%). As úlceras de categoria/estágio I representavam 25%; de estágio II, 57%; de estágio III, 9% e de estágio IV, 6%. Três feridas (3%) não puderam ser classificadas devido à presença de necrose.

Brito, Generoso e Correia (2013) desenvolveram estudo multicêntrico para determinar a prevalência de UP em pacientes hospitalizados em serviços públicos e

privados com mais de 100 leitos, em sete capitais do Brasil e investigaram a associação da UP com o estado nutricional e outros fatores de risco. O estudo foi realizado de março de 2009 a fevereiro de 2011 e excluíram pacientes com menos de 18 anos, com problemas psiquiátricos, que não conseguissem se comunicar e estivessem sem acompanhantes ou responsáveis ou em isolamento de contato. Dados referentes à presença de UP foram coletados pela inspeção da pele e demais dados dos prontuários. Em cada hospital, a seleção dos pacientes foi feita por sorteio com reposição quando necessário. O estado nutricional foi determinado pela Avaliação Subjetiva Global com informações coletadas do paciente ou dos familiares. Participaram da pesquisa 473 pacientes, sendo 53% homens, idade média de 58,4 anos, 38,9% idosos. O diagnóstico mais frequente foi câncer (23,5%), seguido de diabetes (16,3%) e infecções (14,8%). Cento e quarenta e quatro pacientes (30,4%) estavam restritos ao leito e o tempo médio de internação antes da coleta de dados foi de oito dias. A prevalência de pacientes com UP foi de 16,9%, com um total de 139 lesões. A localização mais frequente foi a região sacral (82,5%), trocânter do fêmur (37,5%) e calcâneos (27,5%). Em relação à categoria/estágio das úlceras, a mais frequente foi a categoria/estágio II (32,9%), seguida da I (30,3%). Quanto ao estado nutricional, 47,4% foram classificados como bem nutridos, 30,2% como moderadamente mal nutridos e 22,4% como gravemente mal nutridos. A ocorrência de UP em categorias/estágios mais avançados estava associada com pior estado de nutrição. Também os pacientes idosos, com diagnósticos neurológicos e de câncer, restritos ao leito e com infecção tinham mais chance de ter UP.

Em estudo já citado, realizado nos Estados Unidos por VanGilder, Amlung e Harrison (2009), em diferentes tipos de instituições, os autores identificaram que, em 2009, a incidência de UP variou de 8,8% em unidades cardiológicas gerais a 10,4% em UTIs cirúrgicas. A prevalência de UP em UTIs cirúrgicas foi de 16,6%, e 20,7% nas UTIs médicas. Nas unidades de internação a prevalência geral foi entre 8,6% e 13,4% e a incidência variou entre 3,9 e 4,3%. Entre 65 e 75% das úlceras eram além da categoria/estágio I. Nas UTIs, de todos os pacientes atendidos, 3% desenvolveram UP além da categoria/estágio II. Concluíram que houve redução nas taxas, comparando com o ano anterior, porém, principalmente nas UTIs, as taxas ainda foram elevadas.

Denby e Rowlands (2010) desenvolveram estudo exploratório em instituição nos EUA, no período de um ano, para investigar a necessidade de um programa de prevenção de UP no setor de emergência que era porta de entrada para um hospital para internação em unidades medico-cirúrgicas e CTI de 176 leitos. Os dados foram coletados do prontuário eletrônico de pacientes, admitidos sem UP, e consideraram as variáveis: idade, raça, sexo, diagnóstico na internação e comorbidades, escore na Escala de Braden, tempo de internação no setor de urgência, data em que a primeira UP foi identificada, categoria e localização da UP. No período estudado, dos 24.498 pacientes que foram atendidos no setor de urgência e transferidos para as Unidades médico-cirúrgicas ou CTI, 125 (0,5%) desenvolveram UP. Desses, 98% tinham idade ≥ 50 anos (média 79,46, DP 11,47), 56% eram mulheres e 88% tinham a pele branca. Os diagnósticos mais comuns foram alteração do estado mental e fratura de quadril. As comorbidades mais frequentes foram hipertensão arterial (52,8%), diabetes (37,6%) e fibrilação atrial (32,8%). Quanto ao risco dos pacientes para UP, pela Escala de Braden, 26 (20,8%) não estavam em risco, 67 (53,6%) tinham baixo risco, 20 (16%) tinham risco moderado, 10 (8%) tinham risco elevado e dois (1,6%) risco muito elevado. Dos 125 pacientes, 61,6% tinham UP na categoria/estágio I e 38,4% na categoria/estágio II e a maioria estava localizada na região sacral (42,4%) e calcâneos (14,4%).

No Canadá, Hurd e Posnett (2009) desenvolveram estudo de prevalência pontual em 13 hospitais para atendimento de pacientes agudos. Dentre os 3.099 pacientes avaliados nas instituições, a prevalência variou de 15 a 39%, com média de 22,9%. A avaliação incluiu as úlceras na categoria/estágio I. Um terço das úlceras era na categoria/estágio III e IV.

Em um estudo conduzido por Kottner et al. (2009) em hospitais da Alemanha, com 40.247 pacientes, a prevalência de UP, incluindo as úlceras da categoria/estágio I, foi de 10,2% e com exclusão da categoria/estágio I, 5%. A prevalência nos setores dos hospitais também foi calculada com a inclusão e exclusão da categoria/estágio I. As prevalências mais elevadas foram nos setores de cuidado intensivo (24,5 e 14,3%), seguidos dos setores de clínica médica (10,2 e 4,7%), setores de pacientes cirúrgicos (de 9,9 e 4,7%) e neurologia (6,9 e 3,6%).

Outro estudo, também desenvolvido na Alemanha, teve como objetivo comparar os dados de pacientes hospitalizados, no período entre 2005 e 2011, para determinar as mudanças na prevalência, localização das UPs e comorbidades dos

pacientes afetados pelo problema. Os autores relataram que, na Alemanha, todos os hospitais têm a obrigação de fornecer informações referentes às internações para um instituto responsável pelo pagamento pelos serviços prestados. São fornecidas informações quanto aos dados demográficos, diagnósticos, comorbidades, complicações e procedimentos realizados. A pesquisa utilizou informações desta base de dados dos pacientes que tinham UP como diagnóstico principal da internação e também dos que tinham UP como diagnóstico secundário. Identificou-se que o número de casos de pacientes hospitalizados com UP como diagnóstico principal aumentou em 26,5% do ano 2005 para 2011, e que, também, houve aumento significativo de casos de UP na categoria/estágio IV, de 46%, em 2005, para 59%, em 2011. De um período para outro, houve também aumento de 71,8% de pacientes com UP como diagnóstico secundário e na frequência de UP em categoria/estágio II (de 39% para 47%). A localização mais frequente das úlceras foi na região das tuberosidades isquiáticas em pacientes com menos de 59 anos e na região do sacro e calcâneos em pacientes com mais de 60 anos. Para os pacientes com UP como diagnóstico principal, as principais comorbidades foram incontinência urinária e fecal. Para os pacientes com UP como diagnóstico secundário, os diagnósticos mais comuns foram fratura de fêmur, falência cardíaca e pneumonia. Esses padrões de comorbidades permaneceram semelhantes nos períodos estudados. Os autores concluíram que o aumento de internações de pacientes com UP, como diagnóstico principal, e o aumento de UP na categoria/estágio IV pode ser um indicador do aumento de úlceras em pacientes tratados em serviços na comunidade (HEINHOLD; WESTERFELLHAUS; KRÖGER, 2014).

Na Bélgica, Vanderwee et al. (2011) realizaram estudo multicêntrico em 84 hospitais gerais para avaliar a prevalência de UP em pacientes adultos e idosos. Os setores excluídos foram os de psiquiatria, pediatria e obstetrícia. Os métodos utilizados para a coleta de dados e as variáveis e procedimentos adotados foram conforme a proposição da EPUAP, e os auxiliares de pesquisa foram capacitados nos aspectos teóricos e práticos da pesquisa. Participaram do estudo 19.968 pacientes procedentes de 1.005 setores dos hospitais. A maioria estava internada em unidade de clínica médica (29,3%) ou cirúrgica (26,4%) e 16,1% em unidades de geriatria. Quase 60% tinham mais que 70 anos e 25% tinham escore menor que 17, na escala de Braden. A prevalência de pacientes na categoria/estágio I a IV foi de 12,1% e na categoria/estágio II a IV foi de 7%. As prevalências de UP foram mais

elevadas nas unidades de terapia intensiva e nas unidades de geriatria. Foram identificadas 3.091 úlceras que estavam localizadas com maior frequência na região sacral (48,1%) e calcâneos (38,4%).

Dugaret et al. (2012) desenvolveram estudo na França, com o objetivo de determinar a prevalência de UP em um setor de emergência em hospitais para atendimento de pacientes adultos e analisar as variáveis relacionadas. A coleta de dados foi realizada por enfermeiros capacitados, onde examinaram 602 pacientes na admissão e na alta hospitalar em um período de 15 dias. O tempo médio de permanência foi de 9,1 horas (DP 8,5) e 10,0% dos pacientes ficaram por 24 horas ou mais, e a maioria (92,3%) permaneceu em macas. O número médio de medicamentos por dia foi de 3,8 (DP 3,4) e os diagnósticos médicos principais foram doenças infecciosas (46,1%) e traumatismos (16,9%). A prevalência de UP foi de 7,8% (na admissão) e 12,3% (na alta). Os 47 pacientes com UP na admissão tinham 77 úlceras com maior frequência na região sacral (49,3%) e calcâneos (42,9%). No momento da alta, 74 pacientes tinham 115 úlceras, sendo 56 (48,7%) na região sacral e 53 (46,1%) nos calcâneos. A maioria das úlceras foi na categoria/estágio I nos dois momentos da coleta de dados. A incidência de UP na amostra foi de 4,9% e aumentou para 15,7% para os pacientes com mais de 70 anos.

Na Jordânia, Tubaishat e Aljezawi (2013) desenvolveram estudo com 295 pacientes de três hospitais para avaliar a prevalência de UP. A idade média dos pacientes foi de 49,1 anos (DP 18,6) e 55% eram mulheres. O escore médio da Escala de Braden foi de 18,6 (DP 5,6) e 90 indivíduos estavam em risco. A prevalência pontual de UP foi de 16%. Ao excluírem os pacientes com UP de categoria/estágio I, a taxa reduziu para 8,8%. A maioria (49%) dos pacientes tinha UP na região dos calcâneos, seguida da região sacral (40%). A prevalência mais elevada foi nas UTIs (44%), seguida de unidades de clínica médica (27%) e as mais baixas nas unidades ortopédicas (8,3%).

Moore, Johanssen e van Etten (2013) realizaram revisão integrativa da literatura sobre a prevalência de UP em 32 instituições de saúde, no total de 25 hospitais. Identificaram a prevalência média na Noruega de 17%, com variação de 4,8 a 29%; na Irlanda 16% com variação entre 4 e 37%; na Islândia 8,9% (só um estudo); na Dinamarca 15%, variando entre 2,2 e 35,5%; e na Suécia 25% com variação de 0,04 e 42,7%. Nos setores de cuidados intensivos, a média da prevalência de UP foi de 20,9% e a variação de zero a 42,7%. A maioria das úlceras

estava localizada na região sacral e calcâneos, e as categorias/estágios I e II foram as mais frequentes. Os autores identificaram, pela revisão, que não havia padronização entre os países na classificação das lesões, nos métodos utilizados para os estudos assim como na disponibilidade de recursos para a prevenção.

Pacorbo-Hidalgo et al. (2014) desenvolveram estudo nacional na Espanha, para estabelecer a prevalência de UP na atenção hospitalar, centros de atenção a idosos e cuidados paliativos e atenção primária, determinar as características demográficas e clínicas dos pacientes e as características das úlceras. A coleta de dados foi realizada por meio de questionário preenchido pelos profissionais dos serviços. A maior parte dos questionários (66,7%) foi de hospitais, correspondendo a 319 unidades de internação com 8.170 pacientes. A prevalência de UP foi de 7,87%. Nas UTIs a prevalência de UP foi significativamente maior (18,5%) do que nas outras unidades. O número de UP por paciente variou de um a 10 e as lesões foram mais frequentes na região sacral e calcâneos na categoria/estágio II (39%).

Neste estudo, duas UPs foram identificadas na região do mento e uma na região plantar, as quais provavelmente eram decorrentes do uso de dispositivos médicos como colar cervical e talas de imobilização.

Dyer (2015) recomenda algumas medidas para a prevenção de UP associada a dispositivo médico, tais como: 1) avaliação de risco utilizando a Escala de Braden, inspeção da pele e avaliação clínica do paciente; 2) escolher dispositivos com materiais mais flexíveis e que são desenvolvidos considerando a prevenção de UP; 3) reposicionar o dispositivo médico regularmente, quando possível, para redistribuir a pressão e diminuir as forças de cisalhamento e registrar o cuidado no prontuário médico; 4) fixar dispositivos cuidadosamente, evitando o deslocamento da pele e o aumento da pressão; 5) padronizar procedimentos para reduzir o risco dos pacientes desenvolverem UP relacionada a dispositivo médico; 6) utilizar curativos de filme e *sprays* que protegem a pele contra a fricção de dispositivos médicos; 7) remover os dispositivos médicos assim que possível; 8) inspecionar a pele sob o dispositivo médico pelo menos duas vezes por dia e investigar presença de dor na região próxima ao dispositivo médico. A dor pode predizer precocemente a formação de UP; 9) educar equipe de saúde, paciente e cuidador sobre problemas potenciais que os dispositivos causam e como podem ser minimizados. Ensinar como distinguir entre desconforto (associado ao uso do dispositivo médico) e dor que pode indicar

risco para desenvolver a UP e 10) envolver a equipe multiprofissional e compartilhar o aprendizado entre os membros.

6.3 Investigação da associação da presença de úlcera por pressão e algumas variáveis demográficas e clínicas

As variáveis demográficas e clínicas selecionadas neste estudo, para verificar a presença de associação com a ocorrência de UP, são fatores tradicionalmente considerados em estudos nacionais e internacionais. Não foi encontrada presença de associação entre cor da pele, idade e quantidade de diagnósticos e a ocorrência da UP.

Esses resultados são semelhantes aos achados de Cardoso et al. (2010) e Gomes et al. (2010) que não encontraram em seus estudos associação entre essas variáveis e a presença de UP.

O presente estudo identificou que a ocorrência de UP estava associada à maior quantidade de medicamentos, maior tempo de internação antes da data da pesquisa e menores escores na Escala de Braden e nas suas subescalas.

O uso de sedativos, analgésicos e anti-inflamatórios podem contribuir para o desenvolvimento de UP, visto que essas drogas podem afetar a mobilidade, atividade e percepção sensorial. Alguns desses medicamentos, quando com maior potência, podem afetar o fluxo sanguíneo, reduzindo a perfusão tissular, deixando a pele mais vulnerável à pressão (CARDOSO et al., 2010). Gomes et al. (2010) encontraram associação significativa entre uso de broncodilatadores e presença de UP.

No estudo desenvolvido na França por Dugaret et al. (2012), em um setor de emergência em hospitais para atendimento de pacientes adultos, as variáveis associadas com a ocorrência de novas UPs foram idade maior que 70 anos, tempo de internação maior que 4 horas, maior número de tratamentos, comorbidades, maior número de medicamentos e nível mais elevado de proteína C reativa. Os autores apresentaram dois mecanismos pelos quais a elevada incidência de UP no setor de emergência pode ser explicada, considerando a conjuntura atual, quando tem sido observado o aumento da idade dos pacientes atendidos, o que também

eleva o risco dos mesmos para UP. O primeiro mecanismo seria o sistema de triagem que, apesar de ser benéfico para tratar aqueles com problemas agudos, pode deixar de atender ou protelar o atendimento para aqueles com condições menos graves como fraturas repetidas. Segundo os autores, esse processo de seleção pode aumentar o tempo de espera por atendimento de pacientes em risco para UP, mas que não necessitam de cuidados médicos imediatos. O segundo mecanismo seria o longo tempo de espera para internações dos pacientes em setores de urgência, muitas vezes por períodos superiores a 24 horas, quando permanecem em macas, em decúbito dorsal, sobre colchonetes finos – o que os coloca em risco para UP, nas regiões do sacro e dos calcâneos.

Em relação ao tempo de internação, Miralles (2008), em pesquisa desenvolvida em serviços de urgência de um hospital de Barcelona, na Espanha, com 74 pacientes adultos, observou que pacientes em risco que permaneceram no setor, em menos de 48 horas desenvolveram úlceras na categoria/estágio de I a III. O autor concluiu que menos de dois dias em setor de urgência é suficiente para iniciar o processo de desenvolvimento da UP e que o tempo de internação prolongado está relacionado com o risco para UP.

No estudo já citado, de Denby e Rowlands (2010), desenvolvido no setor de emergência de um hospital nos EUA, no período de um ano, dos 125 pacientes que tiveram UP, 99,2% permaneceram mais que duas horas no setor antes de ser transferido para unidade de internação. Com base nos resultados do estudo, os autores concluíram que é necessário começar a prevenção da UP precocemente, logo após a entrada do paciente no hospital, em qualquer setor de internação, incluindo o de emergência, de forma que a ocorrência da úlcera diminua na instituição como um todo.

No estudo de Brito, Generoso e Correia (2013), desenvolvido em hospitais com mais de 100 leitos, em sete capitais do Brasil, os autores encontraram diferença estatisticamente significativa entre presença de UP e a permanência no hospital por mais de oito dias antes da data da pesquisa.

Campanili (2014), em estudo de incidência de UP em pacientes de UTI cardiopneumológica, identificou que o tempo de internação dos pacientes com UP foi maior do que os pacientes sem UP e que a diferença foi estatisticamente significativa.

A associação entre o risco para UP e os baixos escores na Escala de Braden e nas subescalas tem sido confirmada em vários trabalhos nacionais e internacionais, principalmente para pacientes internados em UTI.

Indivíduos com limitações, decorrentes de múltiplos fatores de risco, são afetados tanto pelos fatores mecânicos que causam excesso de pressão (tipo, magnitude, tempo e duração da carga mecânica) como pela sua tolerância individual de sustentar o excesso de pressão (NPUAP; EPUAP; PPPIA, 2014a).

No estudo de Cardoso et al. (2010), a maioria (82,6%) dos pacientes com UP tinha pontuação 3 (adequada) em relação a nutrição. Em relação à percepção sensorial, 34,9% apresentavam pontuação 2 (muito limitada) e 3 (levemente limitada) no primeiro dia do estudo, e 28,6% pontuação 1 (totalmente limitada), no segundo dia do estudo. Em relação à umidade da pele, 53,4% dos pacientes tiveram pontuação 2 (muito molhada) no primeiro dia do estudo e 54,3% tiveram pontuação 3 (ocasionalmente molhada), no segundo dia do estudo. Nos dois dias do estudo, a maioria (63%) dos pacientes teve pontuação 1 nas subcategorias atividade (acamado), mobilidade (totalmente imóvel) e fricção e cisalhamento (problema em relação a esse fator).

Considerando os pacientes com UP no estudo de Gomes et al. (2011), a maioria tinha a percepção sensorial completamente limitada (56,50%), a pele ocasionalmente molhada (39,10%), eram acamados em relação à atividade (82,60%), totalmente imóvel em relação à mobilidade (69,60%), com a nutrição adequada (82,60%), e tinham problema em relação à fricção e cisalhamento (95,70%). Em todas as subescalas, a associação com a presença de UP foi estatisticamente significativa ($p < 0,001$) com exceção da subescala atividade.

A avaliação do risco, utilizando a Escala de Braden, é importante para todos os pacientes, principalmente para os que estão acamados ou restritos à cadeira. Atenção especial deve ser dada aos pacientes com baixos escores nas subescalas atividade, mobilidade, fricção e cisalhamento, incluindo exame e reavaliação do risco para desenvolver UP diariamente (CARDOSO et al., 2010; GOMES et al., 2011).

Zambonato, Assis e Beghetto (2013), em estudo realizado no Hospital das Clínicas de Porto Alegre, RS, avaliaram os registros do banco de dados de 1.503 pacientes adultos internados em unidades clínicas e cirúrgicas, com o objetivo de identificar quais alterações na pontuação das subescalas de Braden estavam associadas ao risco para o desenvolvimento de UP. Foi encontrada maior frequência

de UP naqueles pacientes com pior percepção sensorial ($p<0,01$), mobilidade ($p<0,01$), atividade ($p<0,01$) e presença de umidade ($p<0,01$). Não houve associação entre nutrição e a ocorrência de UP ($p=0,13$). Os autores também afirmaram que qualquer redução no nível de atividade aumentou em oito vezes o risco para desenvolver UP. Na subescala mobilidade, verificou-se que, na presença de qualquer intensidade de alteração, o risco para desenvolver UP aumentou em sete vezes. A presença da pele úmida aumentou em quatro vezes as chances de desenvolver UP e a alteração na percepção sensorial aumentou o risco em três vezes.

6.4 Avaliação do processo de cuidar na instituição, considerando o registro disponível nos prontuários médicos sobre a avaliação do risco dos pacientes para úlcera por pressão e a inspeção da pele nas primeiras 24 horas da internação

Analisando o número de ocorrência de registro da avaliação de risco para desenvolver úlcera por pressão nos prontuários médicos dos pacientes, considerando as primeiras 24 horas de internação, evidenciou-se que em, somente, quatro situações (4,6%) o registro foi realizado. A avaliação do risco com a respectiva documentação em prontuário é a base para a identificação do paciente que necessita de intervenções preventivas e é uma ação fortemente recomendada (NPUAP; EPUAP; PPPIA, 2014b). O escore da Escala de Braden indica o risco do paciente para UP e deveria ser do conhecimento de todos os membros da equipe de saúde que atuam no setor.

Outro aspecto recomendado na *guideline* do NPUAP, EPUAP e PPPIA (2014a) é a avaliação da integridade da pele com identificação da presença de UP e a respectiva documentação em prontuário. No estudo, identificou-se que em 70,11% dos prontuários o registro não foi encontrado e nos oito casos (9,2%) em que a presença da UP foi registrada, somente em quatro (50%) havia registro da localização anatômica da lesão. Sabe-se que o registro sobre as condições da pele na admissão hospitalar do paciente que apresenta UP é o meio de comprovar que a lesão já estava presente antes da entrada no hospital e quando o registro não é

realizado traz implicações para o cálculo da incidência (um indicador de qualidade da instituição), pois a UP é considerada como desenvolvida durante a hospitalização. Também pode trazer implicações legais, pois tanto a instituição como os profissionais podem ser alvos de processos judiciais (AYELLO et al., 2009).

Em estudo realizado na Suécia por Gunningberg e Ehrenberg (2004), em um hospital universitário, as medidas usadas para prevenção de UP, referentes ao uso de equipamentos e reposicionamento, foram investigadas pela observação e avaliação dos registros presentes em prontuários, de forma que os pesquisadores pudessem determinar a exatidão e qualidade dos registros de enfermagem no contexto estudado. Os prontuários de 413 pacientes, internados em determinada data, foram avaliados até o período de seis meses, considerando os registros na admissão, prescrição de medicamentos, registros de evolução e planos de cuidado. Os aspectos avaliados incluíram dados demográficos e clínicos (idade, sexo, diagnóstico, tempo de internação); categoria/estágio, dimensão e localização da UP; avaliação do risco e intervenções como o uso de dispositivos para redistribuição da pressão e reposicionamento no leito e na cadeira. Os dados coletados pela inspeção da pele na data do início da revisão foram comparados com os dados coletados dos prontuários. Os pacientes eram principalmente mulheres (54%) com idade média de 71 anos (DP 17), 144 eram pacientes cirúrgicos, 182 clínicos e 87 geriátricos. A inspeção da pele revelou a prevalência de UP de 33,3%. A prevalência de UP, considerando os registros no prontuário foi de 14,3%. Também na categorização das UPs houve diferença entre os resultados. Na inspeção da pele dos pacientes, 22,4% tinham UP na categoria/estágio I e somente 6,5% dos prontuários apresentaram tal registro. As úlceras de categorias/estágios III e IV também estavam subnotificadas no prontuário. A localização das úlceras estava documentada em 96,6% dos prontuários, entretanto a categoria e a dimensão da UP foi identificada em poucos documentos. Em 45 (76,3%) prontuários não havia qualquer registro sobre a avaliação do risco para UP. O uso de equipamentos para redistribuição da pressão e planejamento do reposicionamento do paciente foi documentado em 15 (25,4%) e seis (10,2%) prontuários, respectivamente. Os autores concluíram que a documentação de enfermagem nos prontuários em relação à UP era pobre em todos os setores investigados e que os prontuários dos pacientes não apresentaram dados válidos e confiáveis sobre UP.

Para facilitar a adesão dos profissionais às diretrizes clínicas que apresentam as estratégias ideais de prevenção e tratamento da UP, incluindo o registro em prontuário, é necessário avaliar regularmente os conhecimentos e atitudes da equipe profissional, assim como as características da equipe, como número de funcionários disponíveis para a assistência, considerando as horas necessárias para o cuidado (NPUAP; EPUAP; PPPIA, 2014b).

Destaca-se que cabe à instituição desenvolver uma abordagem estruturada, individualizada e multifacetada para superar os obstáculos encontrados para o fornecimento de assistência segura (NPUAP; EPUAP; PPPIA, 2014b).

A *guideline* do NPUAP, EPUAP e PPPIA (2014b, p. 82) apresenta recomendações referentes a indicadores de processo, visando a obtenção de melhores resultados no que concerne à ocorrência da UP.

- [...] 1. A avaliação do risco para UP é realizada em todos os indivíduos no período de oito horas após a hospitalização (ou seja, no primeiro contato com o profissional de saúde) e documentada no processo clínico do paciente (prontuário).
- 2. Uma avaliação completa da pele é realizada em todos os indivíduos no período de 8 horas após a hospitalização e documentada no processo clínico do paciente (prontuário).
- 3. Um plano individualizado de prevenção das úlceras por pressão é documentado e implementado no caso de indivíduos em risco de desenvolver ou com úlceras por pressão já desenvolvidas.
- 4. A avaliação dos indivíduos com UP é documentada.
- 5. As úlceras por pressão são avaliadas e os resultados documentados pelo menos uma vez por semana.
- 6. Todos os indivíduos com úlcera por pressão têm um plano individualizado de tratamento e um objetivo específico.
- 7. Todos os indivíduos com úlcera por pressão têm uma avaliação de dor documentada e, quando aplicável, um plano de tratamento da dor.
- 8. Todos os indivíduos com maiores riscos de desenvolver úlcera por pressão (e/ou os respectivos cuidadores) recebem informações sobre prevenção e tratamento das úlceras por pressão.

6.5 Identificação das superfícies de suporte utilizadas nos leitos dos pacientes no dia da coleta de dados da pesquisa

O estudo identificou que, em alguns setores, havia camas especiais com colchões especiais de espuma com superfície de suporte integrada para

redistribuição da pressão que, segundo informações disponíveis nos catálogos dos fabricantes, eram destinadas à prevenção e tratamento de úlceras até a categoria/estágio II. Porém, não foram encontradas especificações sobre a qualidade dos colchões e informações sobre testes que confirmam a capacidade dos mesmos em redistribuir a pressão corporal. Colchonetes de ar sobrepostos ao colchão hospitalar padrão foram utilizados em 36,96% dos pacientes. Também não foi encontrada na literatura estudos que tenham avaliado esse tipo de artefato e que forneçam evidências científicas da efetividade. Estudos dessa natureza são necessários no país.

No setor Sala de Urgência, os pacientes permaneciam em macas com grade e colchonetes de espuma durante todo o tempo de internação, enquanto aguardavam vaga em outro setor, independente ou não de terem UP.

Em estudo já citado, desenvolvido por Tubaishat e Aljezawi (2013), na Jordânia, os autores identificaram que a maioria dos pacientes em risco, pela Escala de Braden (69%), utilizava o colchão hospitalar comum e que 78% não eram reposicionados com frequência. Concluíram que somente 19% dos pacientes em risco receberam a prevenção adequada, 20% receberam alguma prevenção e a maioria (61%) não recebeu qualquer prevenção. Os autores argumentaram que, mesmo em estudos realizados em países desenvolvidos, os resultados apontam para adesão ao cuidado preventivo, o que demonstra a disponibilidade limitada de equipamento adequado, a possível falta de conhecimento dos profissionais e a baixa prioridade que é dada à prevenção de UP.

Superfícies de suporte são definidas como dispositivos especializados para redistribuição da pressão, planejados para o manejo da carga tissular, microclima e/outras funções terapêuticas (NPUAP; EPUAP; PPPIA, 2014a). São tipicamente construídas com materiais como espuma, gel e fluidos. São consideradas “reativas” quando a capacidade de modificar a distribuição da carga ocorre somente como resposta a uma carga aplicada. As superfícies “ativas” são superfícies de suporte que produzem alternância da pressão por meios mecânicos e têm a capacidade de mudar a distribuição da carga com ou sem a presença da mesma.

Tanto na América do Norte quanto na Europa existem métodos e testes padronizados para qualificar as características das superfícies de suporte, e os resultados podem auxiliar os profissionais de saúde e consumidores na seleção dos

dispositivos para melhor atender as necessidades dos usuários individualmente (NPUAP; EPUAP; PPPIA, 2014a).

Embora as superfícies de suporte sejam elementos importantes para o tratamento da UP, pois fornecem ambiente favorável para melhorar a perfusão tissular, sozinhas não previnem nem cicatrizam a úlcera. Precisam ser utilizadas como parte de um plano geral de manejo da lesão. A escolha da superfície de suporte precisa ser feita considerando as necessidades dos indivíduos, com base no nível de atividade, mobilidade, necessidade de redução do cisalhamento e controle do microclima, peso e altura do indivíduo, risco para desenvolvimento de novas úlceras, número, localização e categoria das úlceras presentes.

Conclusão

7 Conclusão

As conclusões deste estudo estão baseadas e apresentadas considerando os objetivos.

7.1 Características demográficas e clínicas dos pacientes participantes da pesquisa

A maior parte (56,31%) da população estudada tinha menos de 60 anos, com idade variando entre 20 e 90 anos, mediana 55,9, média 54,01 (DP 19,14).

Predominaram pacientes homens (54,02%) com a cor da pele branca (77,01%).

Os pacientes com idade menor que 60 anos estavam internados, principalmente nas Enfermarias e CTI.

A quantidade de diagnósticos médicos por paciente variou de um a 10 (mediana 2, média 2,34, DP 1,78) e a maioria (42,53%) tinha um diagnóstico. Os diagnósticos “doenças do aparelho circulatório” e “lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas” foram os mais frequentes com 18,14 e 17,16%, respectivamente.

O número de medicamentos prescritos no dia da coleta de dados variou de dois a 22 (mediana 10, média 10,86, DP 4,28). A classe terapêutica dos medicamentos prescritos com maior frequência foi analgésicos não narcóticos (91-11,99%), antibióticos (65-8,56%), antieméticos e antinauseantes (60-7,91%), antiulcerosos (58-7,64%) e anti-hipertensivos (54-7,11%).

Os valores (variação, mediana, média) do número de medicamentos prescritos para os pacientes idosos foram maiores, e a diferença entre a faixa etária e a quantidade de medicamentos prescritos não foi estatisticamente significativa ($p=0,057$).

Em relação ao risco dos pacientes para UP, o escore total da Escala de Braden variou de oito a 23 (mediana 15, média 15,57, DP 4,91).

A maioria (64,37%) dos pacientes tinha de zero a 10 dias de internação. O tempo de internação variou de zero a 201 dias (mediana 7, média 15, DP 28).

Os pacientes internados no CTI e Semi-intensivos tiveram os valores da média e mediana dos escores da Escala de Braden mais baixos.

Na subescala percepção sensorial, a maioria dos pacientes (56,32%) não apresentou nenhuma limitação (pontuação 4). Na subescala umidade, a minoria dos pacientes apresentou a pele completamente molhada (pontuação 1) e muito molhada (pontuação 2). Na subescala atividade, a maior parte (52,87%) dos pacientes era de acamados (pontuação 1). Com relação à mobilidade, 33,33% dos pacientes eram totalmente imóveis (pontuação 1). A respeito da nutrição, a maioria (60,92%) possuía nutrição adequada (pontuação 3). E na subescala fricção e cisalhamento, a maior parte (47,13%) dos pacientes apresentou problema em relação a esse fator de risco (pontuação 1).

A maioria (65,52%) dos pacientes estava em situação de risco para desenvolver UP e somente 30 (34,48%) não estavam (escore maior que 18).

A maior parte dos pacientes das Enfermarias estava sem risco e com baixo risco para UP e a maior parte dos pacientes do CTI e Semi-intensivos tinha risco muito elevado ou elevado.

7.2 Prevalência pontual de úlcera por pressão na instituição e nos diferentes setores e características das úlceras

A prevalência pontual de UP no dia da coleta de dados foi de 40%.

A maior prevalência pontual de UP, considerando os pacientes em risco e o tipo de setor foi no CTI (81,82%), seguida dos setores Enfermarias (66,67%), Semi-intensivos (62,50%), Recuperação Anestésica (50%), Sala de Urgência (33,33%) e Unidade Coronariana (prevalência pontual igual a zero).

Os 34 pacientes tiveram 84 úlceras variando de uma a nove UP por paciente (média 5, DP 2,22).

Em relação à categoria/estágio das úlceras, a categoria/estágio II foi mais frequente (42,86 %), seguida da categoria/estágio I (20,24%). A região dos calcâneos foi a mais atingida por UP (28,57%), seguida da região sacral (22,61%).

Todas as três úlceras na categoria/estágio IV ocorreram na região sacral e as SLTPs nas regiões dos calcâneos, sacral e plantar.

Os pacientes das Enfermarias tinham o maior número (42,86%) de UP, sendo a maioria na categoria/estágio II (44,44%), seguidos dos pacientes do CTI (32,14%), onde a maioria (44,44%) das úlceras era também na categoria/estágio II.

A prevalência pontual de UP, excluindo quatro pacientes que tiveram UP somente na categoria I, foi de 35,29%.

Mesmo excluindo os pacientes com UP de categoria/estágio I, a frequência de lesões foi maior nas Enfermarias (49,25%), seguido do CTI (32,84%). Em todos os setores a maioria das úlceras foi de categoria/estágio II.

7.3 Investigação da associação da presença de úlcera por pressão e algumas variáveis demográficas e clínicas

A UP foi mais frequente em indivíduos com pele branca (45,45%) e com 60 anos ou mais (48,65%), e a associação entre a cor da pele e a presença de UP não foi estatisticamente significativa ($p=0,077$), assim como entre a faixa etária ($p=0,153$).

Os pacientes com UP apresentaram maior tempo de internação em relação aos que não tiveram UP, com diferença estatisticamente significativa ($p<0,001$).

A quantidade de diagnósticos médicos foi maior para os pacientes com UP do que para aqueles que não tinham UP e a diferença não foi estatisticamente significativa ($p=0,065$).

A quantidade de medicamentos que os pacientes que tinham UP faziam uso foi maior do que a dos pacientes que não tinham UP, e a diferença foi estatisticamente significativa ($p=0,009$).

As associações entre o escore da Escala de Braden e os escores das suas subescalas e a presença de úlcera por pressão foram estatisticamente significantes.

Um paciente tinha UP e não apresentou risco no momento da avaliação. Todos os outros pacientes com UP estavam em situação de risco.

7.4 Avaliação do processo de cuidar na instituição, considerando o registro disponível nos prontuários médicos sobre a avaliação do risco dos pacientes para úlcera por pressão e a inspeção da pele nas primeiras 24 horas da internação

Em 83 prontuários (95,4%) dos pacientes não havia o registro sobre a avaliação de risco para desenvolver UP nas primeiras 24 horas de internação.

Quatro pacientes (4,6%) tiveram a avaliação de risco registrada. Desses, dois (50%) apresentavam risco muito elevado, um (25%) apresentava risco moderado e um (25%) não estava em situação de risco. Dos quatro pacientes, dois estavam internados na Enfermaria e dois no CTI.

Em 26 prontuários (29,89%), o registro sobre a integridade da pele do paciente foi realizado nas primeiras 24 horas de internação. Desses, 11 pacientes tinham UPs identificadas pela inspeção da pele no momento da coleta de dados.

Oito (9,2%) pacientes tiveram o registro no prontuário médico sobre a presença de UP nas primeiras 24 horas de internação. Desses, sete (87,50%) tiveram UPs identificadas pela inspeção da pele no momento da coleta de dados. Dos oito prontuários dos pacientes que tinham registro sobre a presença de UP, quatro tinha o registro da localização da UP.

7.5 Identificação das superfícies de suporte utilizadas nos leitos dos pacientes no dia da coleta de dados da pesquisa

O setor Sala de Urgência não fazia uso de camas hospitalares e colchões padrão de espuma. Os pacientes permaneciam em macas com grade e colchonetes de espuma enquanto internados no local.

Nos setores CTI, Semi-intensivos e Unidade Coronariana havia camas especiais com colchões especiais de espuma com superfície de suporte integrada para redistribuição da pressão. Nos outros setores não foi possível obter informações sobre as especificações dos leitos.

Colchão hospitalar padrão feito de espuma com revestimento de vinil era utilizado no leito de 41 (47,13%) pacientes.

Para 29 (63,04%) pacientes a superfície de suporte no leito para redistribuição da pressão era de espuma.

Três pacientes (3,45%) utilizavam colchonetes piramidais de espuma (conhecidos por colchão caixa de ovo) sobrepostos ao colchão hospitalar padrão, por solicitação dos seus familiares que traziam o artefato para o hospital.

Dezessete pacientes (36,96%) utilizavam colchonetes de ar.

A superfície de suporte de espuma foi a mais utilizada tanto para os pacientes com UP como para os pacientes sem UP.

Nas Enfermarias, 19 (47,5%) dos pacientes faziam uso de superfície de suporte e, dessas 16 (84,21%) eram colchonetes de ar.

Na Sala de Urgência os pacientes permaneciam em macas com colchonetes de espuma e não era utilizada superfície de suporte adicional.

No CTI, 13 (92,86%) dos 14 leitos tinham colchões especiais de espuma com superfície de suporte integrada. O paciente que utilizou colchão padrão de espuma no leito não apresentava risco para desenvolver UP (escore da Escala de Braden igual a 20).

Nos Semi-intensivos e na Unidade Coronariana todos os pacientes faziam uso de colchões especiais de espuma com superfície de suporte integrada.

Na Unidade Coronariana todos os pacientes faziam uso de colchões especiais de espuma com superfície de suporte integrada

Na Recuperação Anestésica um paciente fazia uso de superfície de suporte de ar.

Considerações Finais

8 Considerações finais

O estudo é inédito no Brasil por investigar a prevalência, fatores de risco para ocorrência de UP e aspectos do processo de cuidar em hospital universitário de urgência. Os resultados da pesquisa contribuem para a literatura sobre a epidemiologia das úlceras no contexto estudado e apontam elevada prevalência de UP em diversos setores e na instituição como um todo. Não se pode afirmar se as úlceras se desenvolveram antes ou após a internação já que em poucos casos havia o registro das condições da pele na admissão. Entretanto, os resultados obtidos apontam a necessidade da adoção da cultura de segurança do paciente na instituição, onde a prevenção e o tratamento precoce da UP sejam focalizados de forma ampla, para contribuir para a qualidade da assistência prestada.

Nos pacientes que têm risco elevado para UP e permanecem internados em macas estreitas com colchonetes finos, ou em camas com colchões de espuma comum, e não recebem as medidas de prevenção como reposicionamento frequente, elevação dos calcâneos e cuidados com a pele, a ocorrência da lesão é praticamente inevitável, pois tanto a estrutura como o processo de cuidado são inadequados.

A UP afeta diretamente a prática assistencial de segurança do paciente com enfoque na ausência de dano e na qualidade da assistência. A segurança do paciente depende de ações monitoradas por indicadores e guiadas por protocolos e diretrizes, além do incentivo à cultura de segurança, a qual estimula os trabalhadores a assumirem a responsabilidade pela segurança, prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais, encoraja e recompensa a identificação, notificação e resolução do problema.

Referências

REFERÊNCIAS¹

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Boletim informativo sobre a segurança do paciente e qualidade assistencial em serviços de saúde**. Brasília: GGTES/ANVISA, 2011. (v. 1, n. 1, jan./jul. 2011).

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Investigação de eventos adversos em serviços de saúde**. Brasília, DF, 2013a. (Série Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde).

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática**. Brasília, DF, 2013b. (Série Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde).

AYELLO, E. A.; CAPITULO, K. L.; FIFE, C. E.; FOWLER, E.; KRASNER, D. L.; MULDER, G.; SIBBALD, R. G.; YANKOWSKY, K. W. **Legal issues in the care of pressure ulcer patients**: key concepts for healthcare providers. A consensus paper from the International Expert Wound Care Advisory Panel. In: INTERNATIONAL EXPERT WOUND CARE ADVISORY PANEL, 2009, Chicago: 2009.

AZEVEDO, A. L. C. S. **Gerenciamento do cuidado de enfermagem em unidade de urgência traumática**. 2010. 118 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Caderno de informação de saúde**. Informações gerais. Município de Ribeirão Preto - SP. São Paulo, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília, DF, 2013a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html>. Acesso em: 02 fev. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). **Protocolo para prevenção de úlcera por pressão**. Brasília, DF, 2013b. Disponível em: <<http://www20.anvisa.gov.br/Segurançadopaciente/index.phppublicacoes/item/ulcera-por-pressao>>. Acesso em: 09 jun. 2015.

¹De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, DF, 2013c. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2013/06_jun_14_publicada_resolucao.html> Acesso em: 20 jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Informações de saúde. Tecnologia da Informação a Serviço do SUS. **Morbidade hospitalar do SUS por local de internação** - São Paulo. Valor total por ano atendimento segundo faixa etária. Período: set./2014. Brasil, 2015a. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nisp.def>>. Acesso em: 24 jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Informações de saúde. Tecnologia da Informação a Serviço do SUS. **Morbidade hospitalar do SUS por local de internação** - São Paulo. Valor total por ano atendimento segundo sexo. Período: set./2014. Brasil, 2015b. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nisp.def>>. Acesso em: 24 jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Informações de saúde. Tecnologia da Informação a Serviço do Sistema Único de Saúde (SUS). **Morbidade hospitalar do SUS por local de internação** - São Paulo. Valor total por ano atendimento segundo cor/raça. Período: set./2014. Brasil, 2015c. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nisp.def>>. Acesso em: 24 jun. 2015.

BRINDLE, C. T.; MALHOTRA, R.; O'ROURKE, S.; CURRIE, L.; CHADWIK, D.; FALLS, P.; ADAMS, C.; SWENSON, J.; TUASON, D.; WATSON, S.; CREEHAN, S. Turning and repositioning the critically ill patient with hemodynamic instability. **J. WOCN.**, Mount Laurel, v. 40, n. 3, p. 254-267, 2013.

BRITO, P. A.; GENEROSO, S. V.; CORREIA, M. I. T. D. Prevalence of pressure ulcers in hospitals in Brazil and association with nutritional status - a multicenter, cross-sectional study. **Nutrition**, Philadelphia, v. 29, p. 646-649, 2013.

CAMPANILI, T. C. G. F. **Incidência de úlcera por pressão e de lesão por fricção em pacientes de unidade de terapia intensiva cardiopneumológica**. 2014. 100 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

CARDOSO, M. C. S.; CALIRI, M. H. L.; HASS, V. J. Prevalência de úlceras de pressão em pacientes críticos internados em um hospital universitário. **REME – Rev. Min. Enf.**; Belo Horizonte, v. 8, n. 2, p. 253-258, abr./jun. 2004.

CARDOSO, J. R. S.; BLANES, L.; CALIL, J. A.; CHACON, J. M. F.; FERREIRA, L. M. Prevalence of pressure ulcers in a brazilian hospital: results of a cross-sectional study. **Ostomy Wound Manage.**, Malvern, v. 56, n. 10, p. 52-57, 2010.

CHACON, J. M. F.; BLANES, L.; HOCHMAN, B.; FERREIRA, L. M. Prevalence of pressure ulcers among the elderly living in long-stay institutions in São Paulo. **São Paulo Med. J.**, São Paulo, v. 127, n. 4, p. 211-215, 2009.

COELHO, M. F. **Caracterização dos atendimentos de urgência clínica em um hospital de ensino**. 2009. 79 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

COSTA, I. G.; CALIRI, M. H. L. Validade preditiva da escala de Braden para pacientes de terapia intensiva. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 24, n. 6, p. 772-777, 2011.

CROZETA, K. **Validação de um sistema de coleta de dados de úlcera por pressão no Brasil**. 2013. 247 f. Tese (Doutorado) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2013.

DENBY, A.; ROWLANDS, A. Stop them at the door: should a pressure ulcer prevention protocol be implemented in the emergency department? **J. WOCN**, Mount Laurel, v. 37, n. 1, p. 35-38, 2010.

DONABEDIAN, A. The quality of care. How can it be assessed? **JAMA**, Chicago, v. 260, n. 12, p. 1743-1748, 1988.

DYER, A. D. Ten top tips: preventing device-related pressures ulcers. **Wounds International**, London, v. 6, n. 1, p. 9-13, 2015.

DUGARET, E.; VIDEAU, M. N.; FAURE, I.; GABINSKI, C.; BOURDEL-MARCHASSON, I.; SALLES, N. Prevalence and incidence rates of pressure ulcers in an Emergency Department. **Int. Wound J.**, [S.l.], v. 11, n. 4, p. 386-391, 2012.

FERNANDES, N. C. S.; TORRES, G. V.; VIEIRA, D. Fatores de risco e condições predisponentes para úlcera de pressão em pacientes de terapia intensiva. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v. 10, n. 3, p. 733-746, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a19.htm>>. Acesso em: 18 maio 2015.

FITZPATRICK, T. B. The validity and practicality of sun-reactive skin types I through IV. **Archives of Dermatology**. Chicago, v. 124, n.6, p. 869-871, 1988.

FREITAS, M. C.; MEDEIROS, A. B. F.; GUEDES, M. V. C.; ALMEIDA, P. C.; GALIZA, F. T.; NOGUEIRA, J. M. Úlcera por pressão em idosos institucionalizados: análise da prevalência e fatores de risco. **Rev. Gaúcha Enferm. (Online)**, Porto Alegre, v. 32, n. 1, p. 145-150, mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198314472011000100019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 maio 2015.

GOMES, F. S. L.; BASTOS, M. A. R.; MATOZINHOS, F. P.; TEMPONI, H. R.; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, G. Fatores associados à úlcera por pressão em pacientes internados nos Centros de Terapia Intensiva de Adultos. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 1070-1076, 2010.

GOMES, F. S. L.; BASTOS, M. A. R.; MATOZINHOS, F. P.; TEMPONI, H. R.; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, G. Avaliação de risco para úlcera por pressão em pacientes críticos. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 313-318, 2011.

GUNNINGBERG, L.; EHRENBERG, A. Accuracy and quality in the nursing documentation of pressure ulcers: a comparison of record content and patient examination. **J. WONC**, Mount Laurel, v. 31, n. 6, p. 328-335, 2004.

HEINHOLD, H.; WESTERFELLHAUS, A.; KRÖGER, K. Prevalence of pressure ulcers in hospitalized patients in Germany – trends from 2005 to 2011. **EWMA Journal**, Frederiksberg, v. 14, n. 1, p. 9-14, 2014.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (HCFMRP-USP). **Relatório de Atividades 2013**. Ribeirão Preto, 2013. Disponível em: <http://www.hcrp.fmrp.usp.br/sitehc/upload/RelatoriodeAtividades_HCRP_2013.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2015.

HURD, T.; POSNETT, J. Point prevalence of wounds in a sample of acute hospitals in Canada. **Int. Wound. J.**, [S.l.], v. 6, n. 4, p. 287-293, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2010**. Resultados do universo do censo demográfico 2010. Brasil, 2010. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/Resultados_do_Universo/tabelas_pdf/tab3.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2014.

INTERNATIONAL GUIDELINES. **Pressure ulcer prevention**: prevalence and incidence in context. A consensus document. London: MEP, 2009.

KOTTNER, J.; WILBORN, D.; DASSEN, T.; LAHMANN, N. The trend of pressure ulcer prevalence rates in German hospitals: results of seven cross-sectional studies. **J. Tissue Viability**, Berlin, v. 18, n. 2, p. 36-46, maio 2009.

LAHMANN, N. A.; HALFENS, R. J.; DASSEN, T. Prevalence of pressure ulcer in Germany. **J. Clin. Nurs.**, Berlin, v. 14, n. 2, p. 165-172, 2005.

LOURO, M.; FERREIRA, M.; POVOA, P. Avaliação de protocolo de prevenção e tratamento de úlceras de pressão. **Rev. Bras. Ter. Intensiva**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 337-341, set. 2007.

LYDER C. H.; AYELLO E. A. Pressure ulcers: a patient safety issue. In: HUGHES, R. G. (Ed.). **Patient safety and quality**: an evidence-based handbook for nurses. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality (US), [S.l.], abr. 2008. Chapter 12, p. 84-101. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2650/>>. Acesso em: 01 jan. 2015.

MIRALLES, M. G. Úlceras por presión: um problema potencial em los servicios de urgencias colapsados. **GEROKOMOS**, Barcelona, v. 19, n. 2, p. 99-106, 2008.

MOORE, Z.; JOHANSEN, E.; VAN ETEN, M. A review of PU prevalence and incidence across Scandinavia, Iceland and Ireland (Part I). **J. Wound Care**, London, v. 22, n. 7, p. 361-368, jul. 2013.

MOTA, J. P. **Classificação de fototipos de pele**: análise fotoacústica versus análise clínica. 57 f. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento, Universidade do Vale do Paraíba, São José dos Campos, 2006.

NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (NPUAP). **Pressure ulcers**: prevalence, incidence, and implications for the future. Washington, DC: NPUAP, 2012.

NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (NPUAP); EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (EPUAP). **Prevention and treatment of pressure ulcers**: clinical practice guideline. Washington: National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009.

NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (NPUAP); EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (EPUAP); PAN PACIFIC PRESSURE INJURY ALIANCE (PPPIA). **Prevention and treatment of pressure ulcers: clinical practice guideline**. Osborne Park: Cambridge Media, 2014a.

NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (NPUAP); EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (EPUAP); PAN PACIFIC PRESSURE INJURY ALIANCE (PPPIA). **Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide**. Osborne Park: Cambridge Media, 2014b.

OLIVEIRA, C. R. **Associações entre carga de trabalho de enfermagem e ocorrência de úlcera por pressão em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva**. 2012. 104 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.

PANCORBO-HIDALGO, P. L.; GARCÍA-FERNÁNDEZ, F. P.; BOU, J. E. T.; SORIANO, J. V.; SOLDEVILLA-AGREDA J. J. Epidemiología de las úlceras por presión en España en 2013: 4.º Estudio Nacional de Prevalencia. **GEROKOMOS**, Barcelona, v. 25, n. 4, p. 162-170, 2014.

PARANHOS, W. Y.; SANTOS, V. L. C. G. Avaliação do risco para úlceras de pressão por meio da Escala de Braden, na língua portuguesa. **Rev. Escola de Enfermagem da USP**, Ribeirão Preto, v. 33, p. 191-206, 1999. Número especial. Disponível em: <<http://www2.eerp.usp.br/Nepien/eventosadversos/mod1escbradeni.html>>. Acesso em: 15 out. 2013.

ROGENSKI, N. M. B.; KURCGANT, P. Incidência de úlceras por pressão após a implementação de um protocolo de prevenção. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 2, p. 333-339, 2012a.

ROGENSKI, N. M. B.; KURCGANT, P. Avaliação da concordância na aplicação da Escala de Braden interobservadores. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 24-28, 2012b. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000100005&lng=en&nrm=isso>. Acesso em: 25 jun. 2015.

SANTOS, J. S.; SCARPELINI, S.; BRASILEIRO, S. L. L.; FERRAZ, C. A.; DALLORA, M. E. L. V.; SÁ, M. F. S. Avaliação do modelo de organização da Unidade de Emergência do HCFMRP-USP, adotando, como referência, as políticas nacionais de atenção às urgências e de humanização. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 36, p. 498-515, abr./dez. 2003.

SANTOS, V. L. C. G.; CALIRI, M. H. L. Conceito e classificação de úlcera por pressão: atualização do NPUAP. **Rev. Estima**, São Paulo, v. 5, n. 3, p. 43-44, 2007.

SILVA, R. A.; BORGES, E. L.; DONOSO, M. T. V. Risco para desenvolvimento e prevalência de úlcera por pressão de uma unidade de internação de um hospital universitário. **Nursing**, São Paulo, v. 13, n. 156, p. 248-252, maio 2011.

SILVA, D. P.; BARBOSA, M. H.; ARAÚJO, D. F.; OLIVEIRA, L. P.; MELO, A. F. Úlcera por pressão: avaliação de fatores de risco em pacientes internados em um hospital universitário. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v. 13, n. 1, p. 118-123, jan./mar. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v13i1.8295>>. Acesso em: 18 maio 2015.

SIMÃO, C. M. F. **Úlcera por pressão em unidades de terapia intensiva e conformidade das ações de enfermagem**. 135 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA (SBD). **Classificação dos fototipos de pele**. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em <<http://www.sbd.org.br/cuidados/por-que-as-pessoas-tem-tons-de-pele-diferentes/>>. Acesso em: 12 mar. 2015.

TUBAISHAT, A.; ALJEZAWI, M. The prevalence of pressure ulceration among Jordanian hospitalised patients. **J. Wound Care**, London, v. 22, n. 6, p. 305-309, jun. 2013.

UNIDADE DE EMERGÊNCIA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (UE-HCFMRP-USP). **Informativo de vacância de leitos e macas**. Ribeirão Preto, 2014.

VANDERWEE, K.; DEFLOOR, T.; BEECKMAN, D.; DEMARRE, L.; VERHAEGHE, S.; VAN DURME, T.; GOBERT, M. Assessing the adequacy of pressure ulcer prevention in hospitals: a nationwide prevalence survey. **BMJ Qual. Saf.**, London, 2011. Disponível em: <<http://qualitysafety.bmj.com/>>. Acesso em: 14 jul. 2015.

VANGILDER, C.; AMLUNG, S.; HARRISON, P. Results of the 2008 – 2009: international pressure ulcer prevalence survey and a 3-year, acute care, unit-specific analysis. **Ostomy Wound Manage.**, Malvern, v. 55, n. 11, p. 39–45, nov. 2009.

WOODBURY, M. G.; HOUGHTON, P. E. Prevalence of pressure ulcers in Canadian healthcare settings. **Ostomy Wound Manage.**, Malvern, v. 50, n. 10, p. 22-38, out. 2004.

ZAMBONATO, B. P.; ASSIS, M. C. S.; BEGHETTO, M. G. Associação das sub-escalas de Braden com o risco do desenvolvimento de úlcera por pressão. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 34, n. 1, p. 21-28, 2013.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Paciente)

Meu nome é Rodrigo Magri Bernardes, sou enfermeiro e aluno de pós-graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Gostaria de convidá-lo a participar da pesquisa que estou realizando sob a orientação da Prof^ª. Dr^ª. Maria Helena Larcher Caliri.

A pesquisa é destinada à minha dissertação de mestrado que o título é “Prevalência de Úlcera por Pressão, Características Clínicas e Sociodemográficas de Pacientes em um Hospital Universitário”.

Prevalência é um cálculo utilizado para identificar o número de pessoas que tem úlcera por pressão em um determinado local.

A úlcera por pressão, também conhecida como escara, é um problema de saúde que ocorre em todo o mundo. A úlcera por pressão é uma lesão localizada na pele ou abaixo dela e normalmente ocasionada por uma pressão contínua que não é aliviada. Os locais mais comuns para o surgimento de úlcera por pressão são onde os ossos são mais salientes. Considerando a importância da prevenção da úlcera por pressão e o impacto causado na qualidade da assistência de enfermagem, pretendo realizar um estudo com os objetivos de identificar os índices de prevalência de úlcera por pressão na instituição e nos diferentes setores e se a úlcera estava presente na admissão do paciente ou se desenvolveu durante a hospitalização, descrever as características sociodemográficas (idade, sexo, cor da pele) e clínicas (diagnósticos médicos na internação, data da internação, medicamentos utilizados) e associar com a presença de úlcera por pressão, avaliar o risco dos pacientes internados em desenvolver uma úlcera por pressão e associar com a presença ou ausência dessas feridas.

Para isso, utilizarei um formulário e as informações serão registradas na folha própria. Coletarei informações sociodemográficas e clínicas por meio do seu prontuário médico que correspondem à idade, sexo, cor da pele, data da internação, diagnósticos médicos na internação, medicamentos utilizados. Também examinarei a sua pele em busca de úlceras por pressão. Durante o exame da pele, colocarei

biombos e cortinas ao redor do leito para garantir a sua privacidade. Se houver qualquer úlcera por pressão em sua pele, irei informá-lo(a).

O exame da pele ocorrerá no momento do banho e a avaliação da úlcera por pressão ocorrerá no momento do curativo. Todos os procedimentos serão realizados pela equipe de saúde do hospital, o pesquisador irá somente observar. A sua participação terá a duração estimada de 10 minutos.

Se houver úlcera por pressão e não houver necessidade de trocar o curativo, ele não será removido. Então as informações necessárias para a pesquisa serão obtidas por meio do seu prontuário médico.

A sua participação é voluntária, e você terá a liberdade de aceitar ou não a participar desta pesquisa, podendo também desistir a qualquer momento, sem que isso lhe traga nenhum tipo de prejuízo.

Será mantido segredo sobre sua identidade e sobre as informações pessoais que forem fornecidas. Os dados da pesquisa, sem a identificação dos participantes, serão apresentados em trabalhos científicos em congressos ou em revistas científicas.

Esta pesquisa também não lhe trará nenhum tipo de despesas, gastos ou danos, bem como nenhum tipo de recompensa financeira. Esta pesquisa não trará benefícios diretos para o seu tratamento, mas poderá contribuir para melhorar o tratamento a outros futuros pacientes. Há o risco de você se sentir constrangido durante a pesquisa, se isso acontecer o exame da pele será interrompido imediatamente e será oferecido apoio emocional.

Você terá direito à indenização por parte do pesquisador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa, caso ocorra dano decorrente de sua participação, conforme a Resolução CNS 466/2012.

Assim sendo, gostaria de contar com sua colaboração e participação. Caso você concorde em participar, preencha os dados abaixo e assine-o. Este documento possui duas vias assinadas pelos pesquisadores, uma via pertence a você e a outra ao pesquisador.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa que tem a finalidade de proteger eticamente o participante.

Agradeço sua atenção e coloco-me à sua disposição para quaisquer esclarecimentos, pessoalmente, ou pelos telefones (16) 3441-9790; (16) 98803-9790.

Atenciosamente,

Rodrigo Magri Bernardes

Eu, _____, aceito participar da pesquisa e estou ciente de que as informações serão tratadas sigilosamente, e caso não queira mais participar da pesquisa, tenho liberdade de retirar este consentimento.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 2014

Assinatura do paciente

Auxiliar de pesquisa

Maria Helena Larcher Caliri

Rodrigo Magri Bernardes

Pesquisador responsável: Rodrigo Magri Bernardes
Endereço: Rua Wanda Bastos Santiago, nº 45. Apto 12.
Telefone: (16)3441-9790 / (16)98803-9790 /
E-mail: rodrigombernardes@hotmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP
Endereço: Avenida dos Bandeirantes, 3900. Bairro Monte Alegre
Telefone: (16) 3602-3386 / Fax: (16) 3602-0518 / E-mail: cep@eerp.usp.br
Horário de funcionamento: segunda a sexta-feira das 8:00h às 17:00h.

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Responsável pelo Paciente)

Meu nome é Rodrigo Magri Bernardes, sou enfermeiro e aluno de pós-graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Gostaria de convidar o referido paciente a participar da pesquisa que estou realizando, sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Maria Helena Larcher Caliri.

A pesquisa é destinada a minha dissertação de mestrado que o título é “Prevalência de Úlcera por Pressão, Características Clínicas e Sociodemográficas de Pacientes em um Hospital Universitário”.

Prevalência é um cálculo utilizado para identificar o número de pessoas que tem úlcera por pressão em um determinado local.

A úlcera por pressão, também conhecida como escara, é um problema de saúde que ocorre em todo o mundo. A úlcera por pressão é uma lesão localizada na pele ou abaixo dela e normalmente ocasionada por uma pressão contínua que não é aliviada. Os locais mais comuns para o surgimento de úlcera por pressão são onde os ossos são mais salientes. Considerando a importância da prevenção da úlcera por pressão e o impacto causado na qualidade de assistência de enfermagem, pretendo realizar um estudo com os objetivos de identificar os índices de prevalência de úlcera por pressão na instituição e nos diferentes setores de internação e se a úlcera estava presente na admissão do paciente ou se desenvolveu durante a hospitalização, descrever as características sociodemográficas (idade, sexo, cor da pele) e clínicas (diagnósticos médicos na internação, data da internação, medicamentos utilizados) e associar com a presença de úlcera por pressão, avaliar o risco dos pacientes internados desenvolver uma úlcera por pressão e associar com a presença ou ausência dessas feridas.

Para isso, utilizarei um formulário e as informações serão registradas na folha própria. Coletarei informações sociodemográficas e clínicas por meio do prontuário médico que correspondem à idade, sexo, cor da pele, data da internação, diagnósticos médicos na internação, medicamentos utilizados. Também examinarei a pele do paciente em busca de úlceras por pressão. Durante o exame da pele,

colocarei biombos e cortinas ao redor do leito para garantir a privacidade. Se houver qualquer úlcera por pressão, irei informá-lo(a).

O exame da pele ocorrerá no momento do banho e a avaliação da úlcera por pressão ocorrerá no momento do curativo. Todos os procedimentos serão realizados pela equipe de saúde do hospital, o pesquisador irá somente observar. A participação terá a duração estimada de 10 minutos.

Se houver úlcera por pressão e não houver necessidade de trocar o curativo, ele não será removido. Então as informações necessárias para a pesquisa serão obtidas por meio do prontuário médico do paciente.

A participação é voluntária, e você terá a liberdade de aceitar ou não a participar desta pesquisa, podendo também desistir a qualquer momento, sem que isso traga nenhum tipo de prejuízo ao paciente.

Será mantido segredo sobre suas identidades e sobre as informações pessoais que forem fornecidas. Os dados da pesquisa, sem a identificação dos participantes, serão apresentados em trabalhos científicos em congressos ou em revistas científicas.

Esta pesquisa também não trará nenhum tipo de despesas, gastos ou danos, bem como nenhum tipo de recompensa financeira. Esta pesquisa não trará benefícios diretos para o tratamento, mas poderá contribuir para melhorar o tratamento a outros futuros pacientes. Há o risco do paciente se sentir constrangido durante a pesquisa, se isso acontecer o exame da pele será interrompido imediatamente e será oferecido apoio emocional.

Você terá direito à indenização por parte do pesquisador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa, caso ocorra dano decorrente da participação, conforme a Resolução CNS 466/2012.

Assim sendo, gostaria de contar com sua colaboração. Caso você concorde que o paciente participe da pesquisa, preencha os dados abaixo e assine-o. Este documento possui duas vias assinadas pelos pesquisadores, uma via pertence a você e a outra ao pesquisador.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa que tem a finalidade de proteger eticamente o participante.

Agradeço sua atenção e coloco-me à sua disposição para quaisquer esclarecimentos, pessoalmente, ou pelos telefones (16) 3441-9790; (16) 98803-9790.

Atenciosamente,

Rodrigo Magri Bernardes

Eu, _____, como responsável, concordo que o Sr(a)._____ participe da pesquisa e estou ciente de que as informações serão tratadas sigilosamente, e caso não queira mais participar da pesquisa, tenho liberdade de retirar este consentimento.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 2014

Assinatura do paciente

Auxiliar de pesquisa

Maria Helena Larcher Caliri

Rodrigo Magri Bernardes

Pesquisador responsável: Rodrigo Magri Bernardes
Endereço: Rua Wanda Bastos Santiago, nº 45. Apto 12.
Telefone: (16)3441-9790 / (16)98803-9790 /
E-mail: rodrigombernardes@hotmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP
Endereço: Avenida dos Bandeirantes, 3900. Bairro Monte Alegre
Telefone: (16) 3602-3386 / Fax: (16) 3602-0518 / E-mail: cep@eerp.usp.br
Horário de funcionamento: segunda a sexta-feira das 8:00h às 17:00h.

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Enfermeiro)

Meu nome é Rodrigo Magri Bernardes, sou enfermeiro e aluno de pós-graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Gostaria de convidá-lo(a) a participar da pesquisa que estou realizando sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Maria Helena Larcher Caliri.

A pesquisa é destinada à minha dissertação de mestrado cujo título é “Prevalência de Úlcera por Pressão, Características Clínicas e Sociodemográficas de Pacientes em um Hospital Universitário”.

Prevalência é a proporção de um conjunto definido de pessoas que têm úlcera por pressão em um determinado momento no tempo, incluindo pacientes admitidos com úlcera por pressão ou que a desenvolveram durante a internação.

A úlcera por pressão é um problema de saúde que ocorre em todo mundo. A úlcera por pressão é uma lesão localizada na pele ou abaixo dela e normalmente ocasionada por uma pressão contínua que não é aliviada. Os locais mais comuns para o surgimento de úlcera por pressão são nas proeminências ósseas. Considerando a importância da prevenção da úlcera por pressão e o impacto causado na qualidade de assistência de enfermagem, pretendo realizar um estudo com os objetivos de identificar os índices de prevalência de úlcera por pressão na instituição e nos diferentes setores e se a úlcera estava presente na admissão do paciente ou se a desenvolveu durante a hospitalização, descrever as características sociodemográficas (idade, sexo, cor da pele) e clínicas (diagnósticos médicos na internação, data da internação, medicamentos utilizados) e associar com a presença de úlcera por pressão, avaliar o risco dos pacientes internados desenvolver uma úlcera por pressão e associar com a presença ou ausência dessas feridas.

Para isso utilizarei um formulário e as informações serão registradas na folha própria. Coletarei informações sociodemográficas e clínicas por meio prontuário médico do paciente que correspondem a idade, sexo, cor da pele, data da internação, diagnósticos médicos na internação, medicamentos utilizados.

Devido à impossibilidade de coletar os dados referentes à presença ou ausência e classificação de úlcera por pressão diretamente do paciente, por meio de

inspeção da pele ou por meio do prontuário médico, gostaria de obter as informações a respeito das características da úlcera por pressão referentes à localização e classificação através de uma entrevista com o enfermeiro responsável pelo plantão.

A duração estimada da entrevista é de 5 minutos.

A sua participação é voluntária e você terá a liberdade de aceitar ou não a participar desta pesquisa, podendo também desistir a qualquer momento sem que isso lhe traga nenhum tipo de prejuízo.

Será mantido segredo sobre sua identidade. Os dados da pesquisa, sem a identificação dos participantes, serão apresentados em trabalhos científicos em congressos ou em revistas científicas.

Esta pesquisa também não lhe trará nenhum tipo de despesas, gastos ou danos, bem como nenhum tipo de recompensa financeira. Esta pesquisa não trará benefícios diretos para você ou para o tratamento dos pacientes estudados, mas poderá contribuir para melhorar o tratamento a outros futuros pacientes. Há o risco de você se sentir constrangido durante a pesquisa, se isso acontecer a entrevista será interrompida imediatamente e será oferecido a você apoio emocional.

Você terá direito à indenização por parte do pesquisador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa, caso ocorra dano decorrente da sua participação, conforme a Resolução CNS 466/2012.

Assim sendo, gostaria de contar com sua colaboração e participação. Caso você concorde em participar, preencha os dados abaixo e assine-o. Este documento possui duas vias assinadas pelos pesquisadores, uma via pertence a você e a outra ao pesquisador.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa que tem a finalidade de proteger eticamente o participante.

Agradeço sua atenção e coloco-me à sua disposição para quaisquer esclarecimentos, pessoalmente, ou pelos telefones (16) 3441-9790; (16) 98803-9790.

Atenciosamente,

Rodrigo Magri Bernardes

Eu, _____, aceito participar da pesquisa e estou ciente de que as informações serão tratadas sigilosamente e, caso não queira mais participar da pesquisa, tenho liberdade de retirar este consentimento.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 2014.

Assinatura do paciente

Auxiliar de pesquisa

Maria Helena Larcher Caliri

Rodrigo Magri Bernardes

Pesquisador responsável: Rodrigo Magri Bernardes
Endereço: Rua Wanda Bastos Santiago, nº 45. Apto 12.
Telefone: (16)3441-9790 / (16)98803-9790 /
E-mail: rodrigombernardes@hotmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP
Endereço: Avenida dos Bandeirantes, 3900. Bairro Monte Alegre
Telefone: (16) 3602-3386 / Fax: (16) 3602-0518 / E-mail: cep@eerp.usp.br
Horário de funcionamento: segunda a sexta-feira das 8:00h às 17:00h.

7. Registro do escore da Escala de Braden na folha de evolução de enfermagem nas primeiras 24 horas de internação:

() não () sim Escore: _____

8. Registro sobre presença de UP nas primeiras 24 horas de internação:

() não () sim

Quadro 1 – Presença de registro de UP na admissão

Local	X	Local	X	Outros locais	X
Occipital		Glúteo E			
Orelha D		Interglúteo			
Orelha E		Trocâter D			
Escápula D		Trocâter E			
Escápula E		Joelho D			
Cotovelo D		Joelho E			
Cotovelo E		Maléolo D			
Sacral		Maléolo E			
Ísquio		Calcâneo D			
Glúteo D		Calcâneo E			

Parte II – Inspeção da pele

9. Úlcera por pressão: () não () sim

10. Categorias e siglas:

Categoria I: **I**

Categoria II: **II**

Categoria III: **III**

Categoria IV: **IV**

Suspeita de lesão tissular profunda: **SLTP**

Não classificável: **NC**

Dado indisponível: **DI**

Quadro 2 – Presença e categorização de UP

Local	Categoria	Local	Categoria	Outros locais	Categoria
Occipital		Glúteo E			
Orelha D		Interglúteo			
Orelha E		Trocâter D			
Escápula D		Trocâter E			
Escápula E		Joelho D			
Cotovelo D		Joelho E			
Cotovelo E		Maléolo D			
Sacral		Maléolo E			
Ísquio		Calcâneo D			
Glúteo D		Calcâneo E			

Parte III – Avaliação de risco

11. Escala de Braden

DOMÍNIOS	Escala de Braden	Escore
	Percepção sensorial	1
		2
		3
		4
	Umidade (ver no prontuário ou perguntar para a equipe)	1
		2
		3
		4
	Atividade	1
		2
		3
		4
	Mobilidade	1
		2
		3
		4
	Nutrição (ver no prontuário ou perguntar para a equipe)	1
		2
		3
		4
	Fricção e cisalhamento	1
		2
		3

12. Tipo de leito: () cama hospitalar () maca () outro: _____

13. Superfície de suporte: () não () sim Tipo: _____

Anexos

ANEXO A

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
UNIDADE DE EMERGÊNCIA
CENTRO DE ESTUDOS DE EMERGÊNCIA EM SAÚDE

Fone: (16) 36021225 / Fax: (16) 36021248
cees@hcrp.fmrp.usp.br www.hcrp.fmrp.usp.br

Rua Bernardino de Campos, 1000
14015-130 Ribeirão Preto SP

CENTRO DE ESTUDOS DE EMERGÊNCIA EM SAÚDE DA U.E.- HCFMRP-USP

PARECER

O trabalho intitulado “PREVALÊNCIA DE ÚLCERA POR PRESSÃO, CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, DEMOGRÁFICAS E AVALIAÇÃO DE RISCO DE PACIENTES EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO”, apresentado sob a responsabilidade da Profª Drª. Maria Helena Larcher Caliri como Projeto de Pesquisa a ser realizado na Unidade de Emergência, pelo mestrando em Enfermagem Rodrigo Magri Bernardes , foi aprovado pelo Conselho Científico do CIES.

Ribeirão Preto, 17 de fevereiro de 2014.

Prof. Dr. MARCOS DE CARVALHO BORGES
Coordenador do CEES UE-HCFMRP-USP

ANEXO B

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 109/2014

Ribeirão Preto, 4 de Junho de 2014.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 182ª Reunião Ordinária, realizada em 4 de junho de 2014.

Protocolo CAAE: 28140714.2.0000.5393

Projeto: Prevalência de úlcera por pressão, características clínicas, demográficas e avaliação de risco de pacientes em um hospital universitário.

Pesquisadores: Maria Helena Larcher Caliri
Rodrigo Magri Bernardes

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof.ª. Dr.ª. Claudia Benedita dos Santos
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Profa. Dra. Maria Helena Larcher Caliri
Departamento de Enfermagem Geral e Especializada
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

ANEXO C

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Ribeirão Preto, 21 de Julho de 2014

Projeto de pesquisa: "PREVALÊNCIA DE ÚLCERA POR PRESSÃO, CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, DEMOGRÁFICAS E AVALIAÇÃO DE RISCO DE PACIENTES EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO"

Pesquisador responsável: Rodrigo Magri Bernardes e Profa. Dra. Maria Helena Larcher Caliri.

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP

"O CEP do HC e da FMRP-USP concorda com o parecer ético emitido pelo CEP da Instituição Proponente, que cumpre as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Diante disso, o HCFMRP-USP, como instituição co-participante do referido projeto de pesquisa, está ciente de suas co-responsabilidades e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos desta pesquisa, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Ciente e de acordo:

Dr ^a Marcia Guimarães Villanova Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa - HCFMRP-USP	Prof. Dr. José Alexandre de Souza Crippa Coordenador Técnico Científico da Unidade de Pesquisa Clínica - HCFMRP-USP
---	--

Campus Universitário – Monte Alegre
14048-900 Ribeirão Preto SP

Comitê de Ética em Pesquisa do HCRP e FMRP-USP
FWA-00002733; IRB-00002186 e
Registro Plataforma Brasil/CONEP nº 5440
(016) 3602-2228
cep@hcrp.usp.br

www.hcrp.usp.br

ANEXO D

Escala de Braden

Percepção Sensorial: capacidade de reagir significativamente à pressão relacionada ao desconforto.	1. Totalmente limitado: não reage (não geme, não se segura a nada, não se esquivia) a estímulo doloroso, devido ao nível de consciência diminuído ou devido à sedação, ou capacidade limitada de sentir dor na maior parte do corpo.	2. Muito limitado: somente reage a estímulo doloroso. Não é capaz de comunicar o desconforto exceto através de gemido ou agitação. Ou possui alguma deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais da metade do corpo.	3. Levemente limitado: responde ao comando verbal, mas nem sempre é capaz de comunicar o desconforto ou expressar necessidade de ser mudado de posição ou tem um certo grau de deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	4. Nenhuma limitação: responde aos comandos verbais. Não tem déficit sensorial que limitaria a capacidade de sentir ou verbalizar dor ou desconforto.
Umidade: nível ao qual a pele é exposta à umidade.	1. Completamente molhada: a pele é mantida molhada quase constantemente por transpiração, urina, etc... A umidade é detectada às movimentações do paciente.	2. Muito molhada: a pele está frequentemente, mas nem sempre molhada. A roupa de cama deve ser trocada pelo menos uma vez por turno.	3. Ocasionalmente molhada: a pele fica ocasionalmente molhada requerendo uma troca extra de roupa de cama por dia.	4. Raramente molhada: a pele geralmente está seca, a troca de roupa de cama é necessária somente nos intervalos de rotina.
Atividade: grau de atividade física.	1. Acamado: confinado à cama.	2. Confinado à cadeira: a capacidade de andar está severamente limitada ou nula. Não é capaz de sustentar o próprio peso e/ou precisa ser ajudado a se sentar.	3. Anda ocasionalmente: anda ocasionalmente durante o dia, embora distâncias muito curtas com ou sem ajuda. Passa a maior parte de cada turno na cama ou cadeira.	4. Anda frequentemente: anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia e dentro do quarto pelo menos uma vez a cada duas horas em que está acordado.
Mobilidade: capacidade de mudar e controlar a posição do corpo.	1. Totalmente imóvel: não faz nem mesmo pequenas mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda.	2. Bastante limitado: faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou extremidades, mas é incapaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	3. Levemente limitado: faz frequentes, embora pequenas mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda.	4. Não apresenta limitações: faz importantes e frequentes mudanças de posição sem auxílio.
Nutrição: padrão usual de consumo alimentar.	1. Muito pobre: nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 do alimento oferecido. Come duas porções ou menos de proteína (carne ou laticínios) por dia, ingere pouco líquido. Ou é mantido em jejum e/ou mantido em dieta líquida ou IV por mais de 5 dias.	2. Provavelmente inadequado: raramente come uma refeição completa e geralmente come cerca de metade do alimento oferecido. A ingestão de proteína inclui somente 3 porções de carne ou laticínios por dia. Ocasionalmente aceitará um suplemento alimentar. Ou recebe abaixo da quantidade satisfatória de dieta líquida ou alimentação por sonda.	3. Adequado: come mais da metade da maioria das refeições. Come um total de 4 porções de alimento rico em proteína (carne ou laticínio) todo dia. Ocasionalmente recusará uma refeição, mas geralmente aceitará um complemento oferecido. Ou é alimentado por sonda ou regime de Nutrição Parenteral Total, o qual provavelmente satisfaz a maior parte das necessidades nutricionais.	4. Excelente: come a maior parte de cada refeição. Nunca recusa uma refeição. Geralmente ingere um total de 4 ou mais porções de carne ou laticínios. Ocasionalmente come entre as refeições. Não requer suplemento alimentar.
Fricção e cisalhamento	1. Problema: assistência moderada a máxima para se mover. É impossível levantá-lo ou erguê-lo completamente sem que haja atrito com o lençol. Frequentemente escorrega na cama ou cadeira, necessitando frequentes ajustes de posição com máximo de assistência. Espasticidade, contratura ou agitação leva a quase constante fricção.	2. Problema em potencial: move-se, mas sem vigor ou requer mínima assistência. Durante o movimento provavelmente ocorre um certo atrito da pele com o lençol, cadeira ou outros. Na maior parte do tempo mantém posição relativamente boa na cama ou cadeira, mas ocasionalmente escorrega.	3. Nenhum problema: move-se sozinho na cama ou cadeira e tem suficiente força muscular para erguer-se completamente durante o movimento. Sempre mantém boa posição na cama ou na cadeira.	

Copyright: Bárbara Braden & Nancy Bergstrom, 1988. Validada para o português por Paranhos & Santos, 1999. PARANHOS, W.Y.; SANTOS, V.L.C.G. Avaliação do risco para úlceras de pressão por meio da Escala de Braden, na língua portuguesa. Rev. Escola de Enfermagem da USP, v.33, n.esp., p.191-206, 1999. Disponível em: http://www2.eerp.usp.br/site/grupos/feridas cronicas/images/stories/download/upp-211_braden.pdf. Acesso em 15 de Outubro de 2013