

INCIDÊNCIA DE ÚLCERAS DE PRESSÃO NO HOSPITAL REGIONAL DE GURUPI-TO

LAINSECK, Florence Germaine Tible¹
RODRIGUES, Luis Henrique Nunes²
RAMOS, Thailton Martins³
SILVA, Karla Camila Correia da⁴
MUNIZ, Cláudio Franco⁵
BARCELLOS, Vagner Marins⁶

RESUMO

Introdução: As Úlceras por pressão (UPs) são causadas por compressão dos tecidos moles sobre uma proeminência óssea. Existem outros fatores que podem levar ao desenvolvimento da UP, tais como os fatores intrínsecos, onde destaca-se o estado nutricional, alteração na temperatura corporal, mobilidade, proeminência óssea evidente e doenças crônicas, além de fatores extrínsecos como a pressão, o cisalhamento e a umidade. Objetivo:

¹ Fisioterapeuta. Professora Assistente I do Departamento de Fisioterapia do Centro Universitário UnirG. Gurupi-TO, Brasil. Email: fg.tl@hotmail.com.

² Fisioterapeuta. Graduado em Fisioterapia pelo Centro Universitário UnirG. Gurupi-TO. Email: henrique20061@hotmail.com.

³ Fisioterapeuta. Graduado em Fisioterapia pelo Centro Universitário UnirG. Gurupi-TO. Email: thailton_21@hotmail.com. Endereço para correspondência: Rua 17 A Qd. B5 Lt 4 Alto dos Buritis s/n. Gurupi – TO

⁴ Fisioterapeuta. Professora Assistente I da Faculdade Objetivo – IEPO – Palmas-TO e na Faculdade de Guarai. Palmas-TO, Brasil. Email: karlacamilac@yahoo.com.br.

⁵ Biólogo. Professor Adjunto I do Centro Universitário UnirG. Gurupi-TO, Brasil. Email: francomuniz@yahoo.com.

⁶ Enfermeiro. Professor Assistente I do Centro Universitário UNIPLI – Niterói – RJ. Email: vagnerbarcelos@hotmail.com.

Identificar a incidência de UP nas diversas unidades de internação do HRG - TO no período de dezembro de 2012 a abril de 2013. Método: Trata-se de estudo quantitativo, com delineamento transversal para a análise de dados, sobre a correlação entre condições predisponentes, fatores de risco e a ocorrência de UP em pacientes internados no HRG no período da coleta dos dados. Resultados: Após avaliação de 1.762 pacientes durante cinco meses obteve-se um índice global de incidência de úlcera de pressão 2.66%, na UTI obteve-se uma incidência maior que os demais setores de internação, de 44,83%. Conclusão: Podemos observar uma baixa incidência global quando comparada com a incidência nacional. Ao se comparar os setores de internação, as UTIs obtiveram uma alta incidência.

Palavras-chave: Úlceras de Pressão, Hospitalização, Incidência.

INCIDENCE OF PRESSURE ULCERS IN THE HOSPITAL REGIONAL GURUPI-TO

ABSTRACT

Introduction: Pressure ulcers (PU) is caused by compression of the soft tissue over a bony prominence and a hard surface for an extended period. In addition, there are other factors that can lead to the development of pressure ulcers are intrinsic factors include nutritional status, change in body temperature, mobility, bony prominence evident and chronic diseases, and extrinsic pressure, shear, friction and moisture. Objective: To identify the incidence of PU in the various units of the HRG - TO the period December 2012 to April 2013. Methods: This study was a quantitative, cross-sectional data for the analysis on the correlation between conditions predisposing risk factors and the occurrence PU in hospitalized patients in HRG in the period of data collection.

Results: after being evaluated 1,762 patients over five months yielded an overall index of pressure ulcer incidence 2.66%, UTI 1 gave an incidence of 44.83% with a higher than other sectors of hospitalization.. Conclusion: we observed a low overall incidence when compared with the national rate. When it comes into effect by sector hospital ICUs obtained a high incidence compared with national and international literature.

Key Words: Pressure ulcer, Hospitalization Incidence.

1. INTRODUÇÃO

A úlcera de pressão (UP) é definida como lesão cutânea de tecido subjacente sobre uma proeminência óssea, por pressão em combinação com cisalhamento, provocando uma isquemia tecidual (NPUAP, 2007).

As UPs são causadas por fatores intrínsecos e extrínsecos ao paciente. Existem quatro fatores extrínsecos que podem levar ao aparecimento destas lesões: a pressão, o cisalhamento, a fricção e a umidade (BLANES et al, 2004). Entre os fatores intrínsecos destacamos o estado nutricional, alteração na temperatura corporal, mobilidade, proeminência óssea evidente e doenças crônicas.

A fisiopatogenia está voltada a um fenômeno complexo envolvendo diversos fatores relacionados ao paciente e ao meio externo ao qual estão inseridos, como a estrutura física hospitalar, os recursos, os insumos e a conduta dos profissionais envolvidos com esse paciente (LEDGRIN; UNOSSON; KRARTZ, 2005).

As UPs podem se desenvolver em 24 horas ou levar até cinco dias para sua manifestação. Todos os profissionais da área da saúde,

responsáveis pelo acompanhamento do paciente devem estar orientados quanto aos principais fatores de risco, para que possa tomar os devidos cuidados para que essas UPs não ocorram, mas mesmo sabendo disso o sistema de saúde tem grandes falhas, devido à grande quantidade de pacientes internados, sendo o controle deficitário quanto a prevenção destas.

De acordo com NPUAP, (2007) classifica-se as UPS em quatro estágios:

Estágio I: É um eritema da pele intacta que não embranquece após a remoção da pressão. Em indivíduos com a pele mais escura, a descoloração de pele, o calor, o edema e o endurecimento podem ser também indicadores.

Estágio II: É a perda parcial da pele, envolvendo epiderme, derme, ou ambos. A úlcera é superficial e apresenta-se clinicamente como uma abrasão, uma bolha ou uma cratera rasa.

Estágio III: É uma perda da pele na sua total espessura, envolvendo danos ou uma necrose do tecido subcutâneo que pode se aprofundar, mas não chegando até a fáscia. A

úlcera apresenta-se clinicamente como uma cratera profunda.

Estágio IV: É uma perda da pele na sua total espessura, com uma extensa destruição, necrose do tecido ou danos no músculo, ossos ou estruturas de suporte, por exemplo: tendões ou cápsulas.

As UPs representam um problema de saúde pública sendo consideradas como um indicador na qualidade de serviços prestados pelas unidades de saúde. Podem ser consideradas uma das principais complicações em pacientes hospitalizados, o que compromete a recuperação do paciente e aumenta o risco para o desenvolvimento de outras complicações, levando a um maior estadiamento. Com avanço da tecnologia em relação ao diagnóstico, prevenção e tratamento no serviço de saúde, e o maior acesso dos indivíduos a esses benefícios têm contribuído para o aumento da longevidade das populações, favorecendo, em contra partida, a maior incidência de doenças ou condições crônicas, dentre as quais estão as úlceras de pressão (COSTA et al, 2005; BURD et al, 1992).

As medidas de prevenção das UPs são poucas e indispensáveis, a

medida básica mais importante é a mudança periódica de decúbito do paciente. O alívio da pressão sobre uma proeminência óssea a cada duas horas permite a adequada recuperação do tecido à agressão isquêmica e evita muitas vezes a formação da lesão.

Protocolos que permitam prevenir esse mal são escassos e muito raramente utilizados pelos hospitais, por isso acredita-se em uma alta taxa de incidência de UPs nos hospitais, como consequência disso, há o favorecimento de grandes riscos para os pacientes internados, podendo levar a complicações mais graves e até a morte.

No Brasil, não se tem dados na literatura em relação aos gastos gerados pelas UPs para o sistema de saúde. Apesar disso, pesquisas internacionais demonstram que cada lesão pode custar de 2 mil a 30 mil dólares, podendo, de acordo com o estágio, chegar a 1,3 bilhão de dólares por ano (DICCINI; CAMADURO; LIDA, 2002).

Sabendo que as UPs no meio hospitalar apresentam uma incidência elevada com índices que variam de 3,2 a 66% segundo pesquisas nacionais e

internacionais (BIRGSTRON et al 1994; ARMSNTRONG, BORTZ, 2001).

O objetivo desta pesquisa foi de identificar a incidência de UP nas

2. MÉTODO

Trata-se de estudo quantitativo, com delineamento transversal, sobre a correlação entre as condições predisponentes, os fatores de risco e a ocorrência de UP em pacientes internados no HRG no período da coleta dos dados. A pesquisa foi desenvolvida no Hospital Regional de Gurupi/TO, que dispõem de 126 leitos divididos nas diversas unidades de internação: Clínica Médica (CM), Clínica Cirúrgica (CC), Unidades de Terapia Intensiva 1 e 2 (UTI 1 e 2), Pediatria (P) e Materno (M), no período de dezembro de 2012 a abril de 2013.

Este estudo foi submetido à apreciação e aprovado pelo Núcleo de Ensino e Pesquisa (NEP) e Comissão de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição sob o número de aprovação nº 137.420, procedendo-se, então, à coleta de dados junto aos pacientes desde que consentissem na participação do estudo, assinando o

diversas unidades de internação do Hospital Regional de Gurupi – TO (HRG) no período de dezembro de 2012 a abril de 2013.

termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Foram incluídos todos os pacientes internados no HRG, a partir de 1º de dezembro de 2012, nos setores pesquisados, que não apresentassem UPs. Os pacientes que se encontravam internados no HRG, apresentando UPs, aqueles que recusaram a assinar o TCLE foram excluídos da pesquisa.

Para a coleta de dados, utilizou-se um instrumento composto de quatro sessões. A primeira, para obtenção dos dados sócio-demográficos (idade, sexo, raça, estado civil e grau de escolaridade); a segunda, para obtenção dos dados clínicos (doença de base, doença associada, tempo de internação, tabagismo, índice de massa corporal - IMC - e medicamentos de uso contínuo); a terceira parte, para avaliação e segmento dos pacientes em relação aos profissionais que atendem este paciente (auxiliar de enfermagem,

técnico de enfermagem, enfermeiro, médico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo e psicólogo) e a quarta parte, para obtenção das características das úlceras (número, localização: sacral, trocantérica, isquiática, calcânea, escapular, estadiamento e medida).

A coleta de dados foi realizada pelos pesquisadores que foram treinados para realização da coleta e a avaliação de novos casos de UP antes do início desta. As coletas foram realizadas as segundas, quartas e sextas-feiras durante o período de levantamento dos dados em horários alternados.

Para classificação das UPs quanto ao grau de profundidade, foi adotada a classificação publicada pela NPUAP (2007) que define:

Grau I – eritema não branqueável em pele intacta, a lesão precursora da pele. Em pacientes de pele escura, o calor, o edema, o endurecimento ou a dureza também podem ser indicadores;

Grau II – perda parcial da pele, que envolve a epiderme a derme ou ambas (abrasão/flictena);

Grau III – perda de espessura total da pele, podendo incluir lesões ou

mesmo necrose do tecido subcutâneo, com extensão até a fáscia subjacente, mas não através dessa;

Grau IV – destruição extensa, necrose dos tecidos ou lesão muscular e/ou exposição óssea ou das estruturas de apoio (neste grau como no III, podem apresentar lesões com cavernas, túneis ou trajetos sinuosos).

Algumas variáveis clínicas como estadiamento e mensuração das UPs foram previamente padronizadas, segundo modelos internacionais. O estadiamento foi baseado na classificação internacional proposta pelo National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) e a mensuração foi bidimensional (comprimento x largura), para as úlceras rasas (estágios I e II) e tridimensional (comprimento x largura x profundidade) para as úlceras profundas (estágios III e IV).

A avaliação do comprimento e largura foi através de régua e a profundidade através de hastes flexíveis de algodão (cotonetes) esterilizados. Para lesões irregulares foi utilizada a de maior dimensão.

Para análise estatística foi utilizando o Teste Qui-Quadrado para comparação dos índices de incidência obtidos nas unidades de internação.

3. RESULTADO E DISCUSSÃO

Este estudo foi realizado no período de 01 de dezembro 2012 a 30 de abril de 2013, através de um levantamento com 1.762 pacientes nos diversos setores de internação no Hospital de Regional de Gurupi –TO, Clínica Médica (CM), Clínica Cirúrgica (CC), Pediatria (PED), Materno (MAT) e Unidades de Terapia Intensiva 1 e 2 (UTI 1 e UTI 2).

Deste total de pacientes que concordaram em participar da pesquisa após a assinatura do TCLE, 47 desenvolveram UP durante o período de avaliação, nos setores de UTI – 1, UTI– 2, Ped. e CC, os demais setores como CM e Mat. não apresentaram UP, como demonstra a Figura 1.

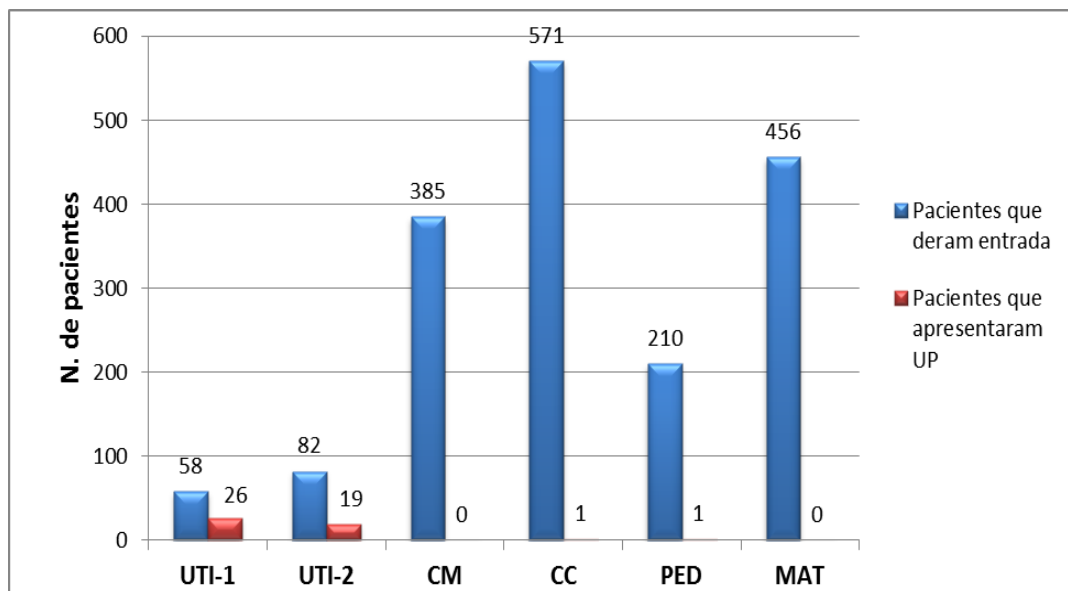


Figura 1: 58 pacientes internados na UTI 1, 26 desenvolveram UP, UTI 2, 82 pacientes internados, 19 apresentaram UP, Clínica Cirúrgica 571 pacientes internados 1 desenvolveu UP, Pediatria 210 pacientes internado, somente 1 paciente apresentou UP, Clínica Médica 38.

A incidência global do Hospital Regional de Gurupi - TO está em 2,66%, apresentando-se em níveis baixos comparados com a literatura nacional. A comparação dos valores de incidência entre os diferentes setores do hospital concluiu-se que a

incidência na UTI-1 é estatisticamente maior que na UTI-2; as incidências entre CM, CC, PED e MAT são estatisticamente iguais; as incidências das UTIs são superiores aos demais setores do hospital estudado.

O estudo de Rogenski, Santos (2005) realizado no Brasil aponta uma variação de incidência para UPs de 25% a 66,6% com incidência global de 40,02%, em comparação a outros países como Portugal (25,8%), no Canadá, África do Sul e Europa esta se apresenta entre 3%-11%. No estudo de Louro, Ferreira e Póvoa (2007) em comparação tem-se o

estudo de Barros, Allaert e Colin (1998) realizado em países europeus (França, Espanha, Grécia) que aponta uma incidência de 6% a 9%, e na Alemanha observa-se o surgimento de UP em 1%-3% de pacientes internados, já outros estudos de Andes et al (2010) e National Healing Corporation (2005) aponta uma variação de 8% a 40%.

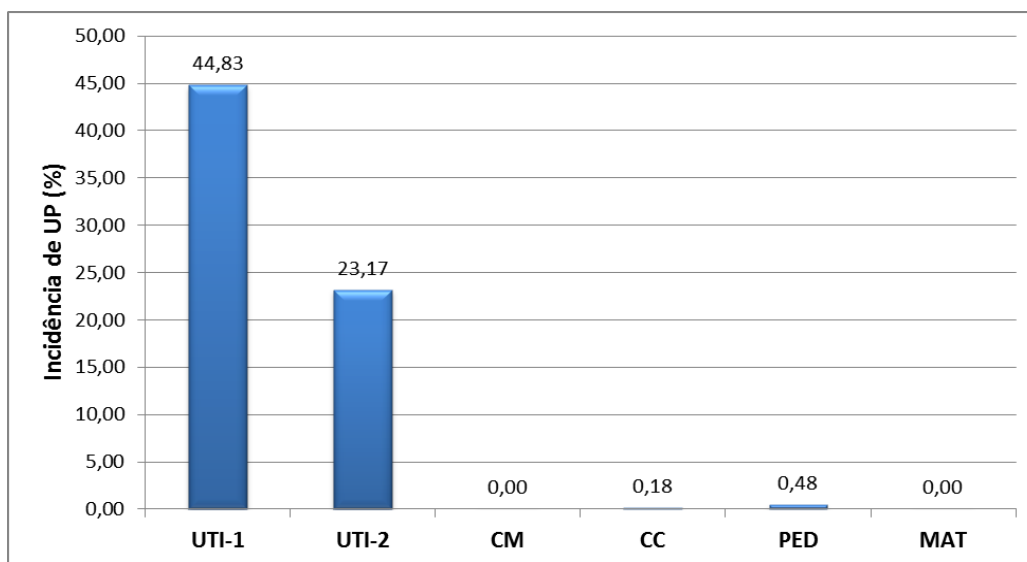


Figura 2: Incidência na UTI-1 de 44,83%, na UTI-2 de 23,17%, CC 0,18%, PED 0,48 e as incidências entre CM e MAT são estatisticamente iguais por não apresentar UP.

Os pacientes internados em UTI apresentam um alto risco de desenvolver UPs levando a uma maior incidência nesse setor, causados por fatores intrínsecos, extrínsecos e fatores predisponentes, como a diminuição a reação de estímulos por alteração da percepção gerada principalmente pela sedação, diminuição da mobilidade e exposição da pele à umidade excessiva. Os

autores Louro, Ferreira e Póvoa (2007), Blanes et al (2006), Cardoso, Colin e Hars (2004), Nogueira et al (2006) e Silva, Doveira (1998) apontam que estes pacientes apresentam maior predisposição para o surgimento das UPs, mesmo este sendo um local onde a intensidade da atenção ao paciente teoricamente é maior.

Os resultados obtidos nos diferentes setores do hospital foram verificados, constatou-se a incidência na UTI-1 de 44,83%, na UTI-2 de 23,17%, CC 0,18%, PED 0,48 e as incidências entre CM e MAT são estatisticamente iguais por não apresentar UP; as incidências das UTIs são superiores aos demais setores do hospital estudado (Figura 2). Esses resultados ratificam com estudos de Paiva (2008) realizados com 30 pacientes no Hospital Universitário em Natal/RN, 19 deles desenvolveram UP apresentando uma incidência global de UP de 43,3%, sendo 83,3% na UTI, 38,5% na enfermaria, 33,3% na UTI/ENF e 20,0% na neurologia. Na pesquisa de Rogenski e Santos (2005) no Hospital Universitário em São Paulo a incidência na clínica cirúrgica correspondeu a 36,5%. Pesquisa realizada em Brasília-DF de Matos, Duarte e Minetto (2010) apresentou incidências de 41,67% na UTI Trauma e 33,34% na UTI Geral. Os estudos de Fife et al (2001) e Keller et al (2002) mostram a incidência de UP em unidades de terapia intensiva apresentam variação de 1% a 56%, já nas clínica cirúrgica apresenta uma incidência que varia de 2% a 29,5%.

Em relação a países estrangeiros como Portugal observa-se no estudo de Louro, Ferreira e Póvoa (2007) uma incidência de 25,8% em pacientes com internação em UTI superior a 24horas.

Na segunda semana após o início da pesquisa foi implantado no setor de CM o relógio de mudança de decúbito, onde os acompanhantes foram instruídos pela enfermagem a realizar as mudanças de decúbito com horário pré-determinado (de duas em duas horas), podendo, portanto ter ocorrido uma melhora na prevenção das UPs neste setor, haja visto que relatos apontavam alta incidência destas antes da implementação relógio. O estudo de Fernandes e Torres (2008) apontam que medidas preventivas tornam-se a melhor opção para a prevenção das UPs.

Observa-se na figura 3 a maior incidência de UP sacral acompanhada de calcânea e escapular, ao analisar-se as outras UPs verifica-se o surgimento em antebraço e interglútea, demonstrando a longa permanência destes pacientes no decúbito dorsal. Das lesões encontradas nas UTIs, o comprimento variou de 1 a 3,61 cm; e a largura de 2 a 4,3 cm. O mesmo foi observado no estudo de Matos, Duarte e Minetto (2010) sobre prevalência e

incidência em um hospital público do DF, onde o local de maior ocorrência das UPs nos pacientes avaliados foi a região sacral (60%), seguida do glúteo (20%), áreas que correspondem aos pontos de pressão no paciente em posição dorsal, o mesmo é relatado

nos estudos de Silva e Garcia (1998); Paranhos e Santos (1998) e Surriadi et al (2007) onde as regiões sacrococcígea e calcânea aparecem como as mais predispostas para o surgimento da lesão.

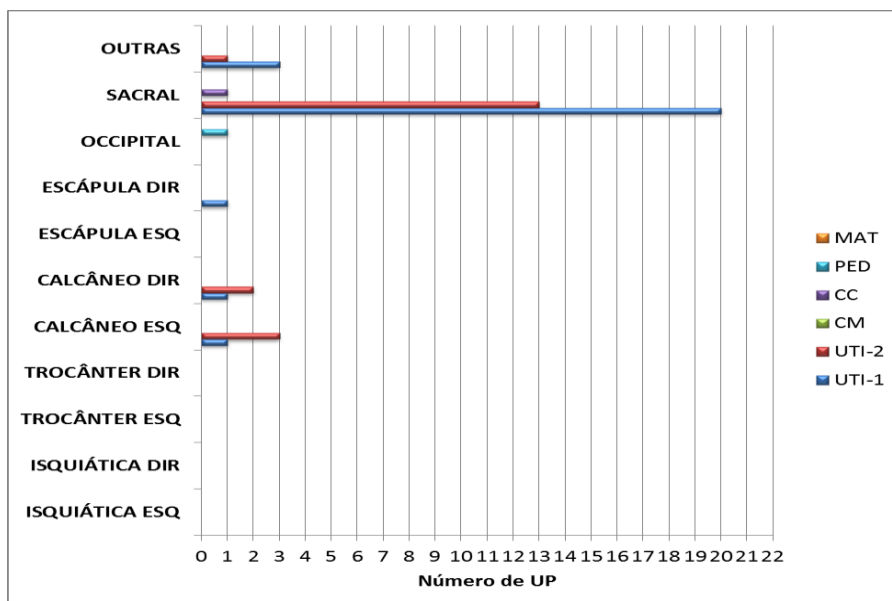


Figura 3: O desenvolvimento de UPs quanto a localização. Na UTI 1 20 UPs na região sacral, seguida de 1 na região escapular direita, 1 no calcâneo direito e esquerdo e 3 em outras localizações. UTI – 2, 13 UPs na região sacral, 3 no calcâneo esquerdo, 2 no calcâ.

No estudo de Costa et al (2005) realizado no Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, foi observado a incidência de UP quanto a sua localização, foi de 32,47% dos pacientes apresentaram úlcera sacral, 32,47% úlcera trocantérica, 15,58% úlcera isquiática, 5,18% úlcera em joelho, 3,90% úlcera em calcâneo, 2,60% úlceras em perna, ombro e

região lombar e 1,30% em região torácica e occipital. Assim como o estudo de Paiva (2008) realizado em duas unidades de terapia intensiva em Natal-RN, onde as localizações mais frequentes de UP foram as regiões sacral (40,0%) e calcânea (36,0%) e as orelhas (8,0%), as regiões nasal, occipital, de cotovelo e do maléolo apresentaram 4,0% cada uma. A pesquisa de Silva, Sick e Martini (2012) que demonstra esse resultado

foi realizada na Indonésia em Potianak onde apresentou alta incidência em região sacral 73% seguido de calcânea 13,3%.

Constatou-se em no estudo de Delisa, Bastos (2010) um Hospital de

Porto Alegre, que 41% das lesões apareceram na região sacral, 32% no trocânter, 18% no calcâneo, 5% na escápula e 4% no maléolo.

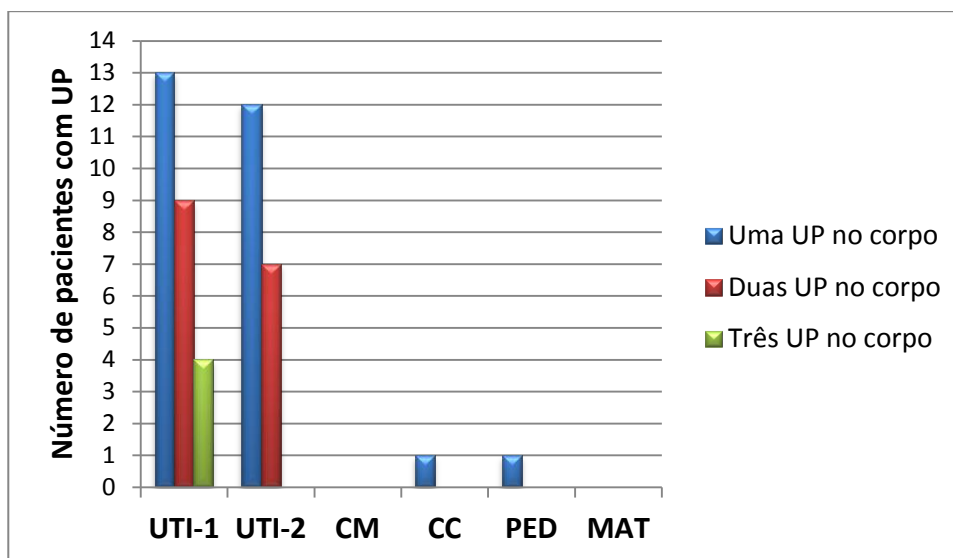


Figura 4: UTI 1, 13 pacientes apresentaram 1 UP no corpo, 9 pacientes 2 UP no corpo, 4 pacientes 3 UP no corpo, UTI 2, 12 pacientes apresentaram 1 UP no corpo, 7 pacientes 2 UP no corpo, Clínica Médica 1 paciente apresentou 1 UP no corpo, Pediatria 1 paciente ap.

Em relação ao surgimento de UPs ao longo do período de internação foi observada uma maior incidência de uma UP, seguida de duas e três. Na UTI 1 nota-se na visualização da figura 4 que dos 26 pacientes internados, quatro chegaram a desenvolver três UPs, contudo, a maioria destas se manteve em uma UP em todos os setores. Na UTI1 e UTI 2 houve o surgimento de duas UPs. Em estudo de Morlon et al (2007) realizado nos CTIs de quinze instituições foi notado que pelo menos 35,12% dos pacientes

internados nestes centros desenvolvam uma UP.: Neste mesmo estudo verificou-se que dos 50 pacientes avaliados no momento da coleta de dados, 19% apresentou uma UP, 7,72% apresentou 2 UPs, e 8,5% apresentaram 3 ou mais.

De acordo com estudos de Jorge, Dantas (2005); Prazeres (2009) e Soares et al (2011) a diminuição de mobilidade é um agravante para o surgimento de UPs. Constatou-se no estudo de Jorge, Dantas (2003); Prazeres (2009) e Isenberg; Ozinier e

Restifo (1998) que 97,8% dos pacientes internados que desenvolveram UPs, apresentavam-se imóveis e 2,2% com mobilidade parcial, o que leva a crer que imobilidade associada aos outros fatores como a incontinência urinária (IU) o uso de fraldas para evacuação contribui para o desenvolvimento de UPs. Observou-se também que 100% dos pacientes internados nas UTIs faziam uso de sonda vesical, contribuindo para a diminuição da umidade no local, e utilizavam fraldas para a evacuação. As fezes pode ser um dos fatores de risco mais importante que a incontinência urinária para a formação da lesão, pois a pele está mais exposta a bactérias e toxinas presentes nas fezes.

Em relação à alimentação 97,8% dos pacientes era alimentados por sondas nasoenteral. No estudo de Silva, Dick e Martini (2012) realizado com 17 pacientes em um Hospital do Rio Grande do Sul com UP, 36% recebiam alimentação por sonda nasoenteral. A nutrição enteral tem como intuito de oferecer nutrientes necessários aos pacientes, sendo a primeira opção de escolha na prevenção da desnutrição hospitalar,

quando se tem a impossibilidade de se implementar a ingestão oral.

Em relação ao gênero foi observado uma incidência de UPs em 55,31% pacientes do gênero masculino contra 44,68% do feminino. O que difere do estudo de Roginski e Santos (2005) realizado em um hospital universitário onde observou-se uma incidência de UPs de 37,6% para os homens e 41,7% para as mulheres. Em pesquisa realizada em Ananindeua-PA de Soares et al (2011), o gênero do paciente não evidenciou como um fator contribuinte para o aparecimento da UP.

Soares et al (2011) ainda avaliou a relação da idade dos pacientes com UPs constatando que 18,91%, tinham idade entre 61- 70 anos e predominância da raça branca (29,72%) seguidos de pardo e negro (20,27% e 13,51% respectivamente). Estudo de Isenberg, Ozinier e Restifo (1995) realizado nos Estados Unidos mostrou que a idade média dos pacientes que apresentou UPs foi de 82 anos. As pesquisas de Soares et al (2011) e Isenberg, Ozinier e Restifo (1995) acedem com o observado na pesquisa, no estudo em Ananindeua-PA, dos pacientes que desenvolveram UP, 41,2% apresentavam idade igual

ou superior a 60 anos. Na pesquisa de Bryant et al (1992) relata que idoso tem maior vulnerabilidade em desenvolver UP, pelo fato de apresentarem redução do tecido celular subcutâneo e muscular, quando comparado com pacientes mais jovens. Em relação à raça estudos apresentaram uma incidência de 40% dos pacientes com UPs era branco.

Em relação ao tempo de internação verificou-se que o número dos pacientes com UP que estavam internados 42,22% ficaram de 14 a 15 dias seguidos de 35,55 e 22,2% com 12 a 13 dias e acima de 16 dias respectivamente. Em estudos de Roginski, Santos (2005) realizados no Hospital Universitário (HU-USP) os pacientes com UP estavam internados de 1 a 67 dias, com média de 8,9 e 36,9% deles possuíam tempo de internação inferior a 5 dias o que diferencia do estudo.

Em relação aos profissionais que atenderam esses pacientes, 100% dos pacientes com UP receberam

atendimento com a equipe multidisciplinar (Médico, Enfermeiro, Fisioterapeuta, Nutricionista, Psicólogo). Neste ponto nota-se que ações para incrementar a rotina de prevenção para UPs deve ser intensificada frente as ações atuais exercidas pelos profissionais envolvidos nos cuidados destes pacientes.

Observa-se nesse estudo que nas UTIs o predomínio das patologias foram as doenças cerebrovasculares com 26,66%, seguida de doenças respiratória 22,22%, com isso destacamos que essas patologias são bem frequentes em pacientes críticos, o que causa instabilidade hemodinâmica e limita a mobilidade, levando esses sujeitos a permanecerem em repouso prolongando o tempo de internação. Contudo ações como as mudanças de decúbito muitas vezes são possíveis além da utilização de colchões ou almofadas próprias para a prevenção destas UPs .

4. CONCLUSÃO

Neste estudo constatou-se uma baixa incidência global de UPs no HRG-TO, quando comparada com os

índices nacionais. Tratando-se de incidência por setores de internação, as UTIs obtiveram uma alta incidência,

comparada aos índices da literatura nacional e internacional.

Sabe-se que a prevenção é a principal medida de combate ao surgimento e controle das UPs. Os índices de incidência nas UTIs 1 e 2 demonstram que existe uma

deficiência nestas ações. Novos estudos precisam ser desenvolvidos a fim de se desenvolver um protocolo mais eficiente voltado a prevenção das UPs no intuito de reduzir os índices dos setores mais afetados.

REFERÊNCIAS

ANDERS, J., HEINEMANN, A., LEFFMANN, C., LEUTENEGGER, M., PRÖFENER, F. **Decubitus Ulcers: pathophysiology and primary prevention.** *Dtsch Arztebl Int*, v. 107, n.21, p. 371-82, 2010.

ARMSTRONG, D. M., BORTZ, P. **An integrative review of pressure relief in surgical patients.** *AORN J*, v. 73, n. 3, p. 645-8, 2001.

BARROIS, B., ALLAERT, F. A., COLIN, D. **Epidemiology and pressure sores.** In: LEAPER, D. et al. Proceedings of the EWMA. *Journal of Wound Care Spring Meeting*. Macmillan Magazines: London. 1998.

BLANES L. et al. **Avaliação clínica e epidemiológica das úlceras por pressão em pacientes internados no Hospital São Paulo.** *Revista da Associação Médica Brasileira*, v.50, n.2, p.182-7, 2004.

BERGSTROM, N., ALLMAN, R. M., ALVAREZ, O. M., BENNET, M. A., CARLSON, C. E., FRANTZ, R. A., et al. **Treatment of pressure ulcer.** *Clinical practice guideline.*, Rockville: Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Reserch, 1004 AHCPR publication, n.95-0653), n.15, 1994.

BRYANT, R. A., SHANNON, M. L., PIEPER, B., BRADEN, B. J., MORRIS, D. J. Pressure ulcers. In: Bryant, R. A., ed. **Acute and chronic wounds: nursing management.** St Louis: Mosby; 1992. p. 105-63, 1992.

BURD, C. et al. **Epidemiology of pressure ulcers in a skilled care facility.** *J. Gerontol. Nurs.*, v.18, n.9, .p.29-39, 1992.

CARDOSO, M. C. S., CALIRI, M. H. L., HASS, V. J. **Prevalência de UP em pacientes críticos internados em um hospital universitário.** *Rev. Min. Enferm.* v.8, n. 2, p. 316- 320, 2004.

COSTA, M. P. COSTA, G. S., PEREIRA, F. P., FERREIRA, M. C., BARROS, T. E. P. **Epidemiologia e tratamento das UPs: experiência de 77 casos.** *Acta Ortopedica Brasileira* v., 13, n.3, 2005.

DICCINI, S., CAMADURO, C., IIDA, L.I.S. **Incidência de UP em pacientes neurocirúrgicos de hospital universitário.** *Acta Paul Enferm.*, v.22, n.2, p. 205-9, 2009.

DELISA, J.A., GANS, B. M. **Tratado de Medicina de Reabilitação: princípios e práticas.** 3ª ed. Barueri, Manole, 2002.

FERNANDES, N.C.S., TORRES, G. V. **Incidência e Fatores de Risco de Úlceras de Pressão em Pacientes de Unidade de Terapia Intensiva.** *Cienc Cuid Saude*, v. 7, n. 3, p. 304-310, 2008.

FIFE, C., et al. **Incidence of pressure ulcer in a neurologic intensive care unit.** *Crit Care Med.*, v. 29, n. 2, p. 283-290, 2001.

GOMES, F. S. L., BASTOS, A. R., MATOZINHOS, F. P., et al. **Fatores associados à úlcera por pressão em pacientes internados nos Centros de Terapia Intensiva de Adultos.** *Rev Esc Enferm USP*, v. 44, n.4, p. 1070-6, 2010.

ISENBERG. J. S., OZUNER, G., RESTIFO, R. J. **The natural history of pressure sores in a community hospital environment.** *Ann.Plast, Surg.*, v.35. n.4. p.361-5,1995.

JORGE, S. A. J., DANTAS, S. R. P. E. **Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas**. São Paulo: Atheneu, 2003.

KELLER, B.P.A. et al. **Pressure ulcers in intensive care patients: a review of risks and prevention**. *Intensive Care Medicine*, v.28, n. 10, p.1370-88, 2002.

LIDGREN M, UNOSSON M, KRANTZ AM, EK AC. **Pressure ulcer risk factors in patients undergoing surgery**. *J AdvNurs*, v.50, n. 6, p. 605-12, 2005.

LOURO, M., FERREIRA, M., POVOA, P. **Avaliação de Protocolo de Prevenção e Tratamento de UPs**. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, v. 19, n. 3, 2007.

MATOS, L. S., DUARTE, N. L. V., MINETTO, R. C. **Incidência e prevalência de úlcera por pressão no CTI de um Hospital Público do DF**. *Rev. Eletr. Enf.*, v.12, n. 4, p. 719-26, 2010

MORTON, P. G., et al. **Cuidados críticos de enfermagem: uma abordagem holística**. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

NATIONAL HEALING CORPORATION. **Pressure ulcer, wound healing perspectives: a clinical pathway to success**. *National Healing Corporation*, v.2, n. 1, p. 1-8, 2005.

NOGUEIRA, P.C., CALIRI, M. H. L., HAAS, V. J. **Profile of patients with spinal cord injuries and occurrence of pressure ulcer at a university hospital**. *Rev. Latino-Am. Enferm.*, v. 14, n.3, p. 372-377, 2006.

NPUAP – National Pressure Ulcer Advisory Panel – 1. 2007. Disponível em: <http://www.npuap.org>. Acesso em 23/05/2013.

PAIVA, C, L. **UP em pacientes internados em um hospital universitário em natal/RN: condições predisponentes e fatores de risco**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. 2008.

PARANHOS, W. Y., SANTOS, V. L. C. G. Avaliação de risco para úlceras de pressão por meio da Escala de Braden, na língua portuguesa. *Rev da Escola de Enfermagem da USP*, v. 33 n. esp., p. 191-206, 1999.

PRAZERES SJ. **Tratamento de feridas: teoria e prática**. Porto Alegre: Muriá; 2009.

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

SILVA MSML, GARCIA TR. **Fatores de risco para UP em pacientes acamados**. *Rev Bras Enferm.*, v.51, n. 4, p. 615-28, 1998.

SILVA, M. R. V., DICK, N. R. M., MARTINI, A. C. **Incidência de Úlcera por Pressão como Indicador de Qualidade na Assistência De Enfermagem**. *Rev Enferm UFSM*, v. 2, n. 2, p. 339-346, 2012.

SOARES, D. A. S., VENDRAMIN, F. S., DUARTE, L. M., PROENÇA, P. K., MARQUES, M. M. **Análise da incidência de UP no Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência em Ananindeua, PA**. *Rev. Bras. Cir. Plást.*, v. 26, n. 4, p. 578-81, 2011.

SURIADI, S.H., SUGAMA, J., KITAGAWA, A., THIGPEN, B., KINOSITA, S., et al. **Risk factors in the development of pressure ulcers in an intensive care unit in Pontianak, Indonesia**. *Int Wound J.*, v. 4, n. 3, p. 208-15, 2007.

VACCARI, A.M.H., et al. **Diminuição da Incidência de Úlcera por Pressão na Unidade Semi-Intensiva**. 2008.

Recebido em:08/11/2015
Aprovado em:02/05/2016