

Risco de lesão por pressão em pacientes domiciliares: prevalência e fatores associados

Pressure injury risk in home patients: prevalence and associated factors

Riesgo de lesiones por presión en pacientes domiciliarios: prevalencia y factores asociados

Carolina Amaral Oliveira Rodrigues
Enfermeira, Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES). Montes Claros, MG, Brasil.

Patrick Leonardo Nogueira da Silva
Enfermeiro, Mestrando pelo Programa de Pós-Graduação em Cuidado Primário em Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros (PPGCPS/UNIMONTES). Montes Claros, MG, Brasil.

Fábio Batista Miranda
Enfermeiro, Doutorando pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Biociências da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (PPGENFBIO/UNIRIO). Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Ana Patrícia Fonseca Coelho Galvão
Enfermeira, Mestre em Saúde e Ambiente, Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Ceuma (UNICEUMA). São Luís, MA, Brasil.

Resumo

Objetivo: estimar a prevalência do risco de lesão por pressão, identificar os fatores associados e estabelecer modelo de predição para seu desenvolvimento em pacientes atendidos por um programa de atenção domiciliar. **Método:** trata-se de um estudo transversal, realizado entre junho de 2017 e janeiro de 2018, com 131 pacientes atendidos pelo Programa Melhor em Casa de uma cidade do norte de Minas Gerais. Com auxílio de um instrumento foram coletados dados socioeconômicos, demográficos e clínicos. Realizou-se análise descritiva, bivariada e regressão de Poisson robusta e ajustada. **Resultados:** dos 131 pacientes, 76,3% apresentaram risco de lesão por pressão. As variáveis independentes que impactaram, de forma significativa e conjunta, no risco de lesão por pressão foram: "limitação", "relato de memória prejudicada", "incontinência", "lesão sacral" e "proeminência óssea". **Conclusão:** o risco de lesão por pressão é um achado comum em pacientes da atenção domiciliar e cuidados para sua prevenção devem ser estabelecidos.

Descritores: Pacientes Domiciliares, Serviços de Assistência Domiciliar, Lesão por Pressão, Diagnóstico de enfermagem, Processo de Enfermagem.

Abstract

Objective: to estimate the prevalence of the risk of pressure injury, identify the associated factors and establish a prediction model for its development in patients treated by a home care program. **Method:** this is a cross-sectional study, carried out between June 2017 and January 2018, with 131 patients treated by the Best at Home Program in a city in the north of Minas Gerais. With the aid of an instrument, socioeconomic, demographic and clinical data were collected. Descriptive, bivariate analysis and robust and adjusted Poisson regression were performed. **Results:** of the 131 patients, 76.3% were at risk for pressure injury. The independent variables that had a significant and joint impact on the risk of pressure injury were: "limitation", "report of impaired memory", "incontinence", "sacral injury" and "bone prominence". **Conclu-**

Aurelina Gomes e Martins

Enfermeira, Mestre em Saúde Pública, Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES). Montes Claros, MG, Brasil.

Diego Dias de Araújo

Enfermeiro, Doutor em Enfermagem, Professor do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Cuidado Primário em Saúde (PPGCPS) da Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES). Montes Claros, MG, Brasil.

sion: the risk of pressure injury is a common finding in home care patients and care for its prevention must be established.

Descriptors: Homebound Persons, Home Care Services, Pressure Ulcer, Nursing diagnosis, Nursing Process.

Resumen

Objetivo: estimar la prevalencia del riesgo de lesión por presión, identificar los factores asociados y establecer un modelo de predicción para su desarrollo en pacientes atendidos en un programa de atención domiciliaria. Método: se trata de un estudio transversal, realizado entre junio de 2017 y enero de 2018, con 131 pacientes atendidos por el Programa Best at Home en una ciudad del norte de Minas Gerais. Con la ayuda de un instrumento se recogieron datos socioeconómicos, demográficos y clínicos. Se realizó análisis descriptivo, bivariado y regresión de Poisson robusta y ajustada. Resultados: de los 131 pacientes, el 76,3% tenían riesgo de lesión por presión. Las variables independientes que tuvieron un impacto significativo y articular sobre el riesgo de lesión por presión fueron: "limitación", "informe de deterioro de la memoria", "incontinencia", "lesión sacra" y "prominencia ósea". Conclusión: el riesgo

de lesión por presión es un hallazgo común en los pacientes domiciliarios y se debe establecer una atención para su prevención.

Descriptores: Personas imposibilitadas, Servicios de Atención de Salud a Domicilio, Úlcera por Presión, Diagnóstico de Enfermería, Proceso de Enfermería.

RECEBIDO 19/08/2020 | APROVADO 25/08/2020

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, o Brasil vem apresentando um novopadrãodemográfico que se caracteriza pela redução da taxa de crescimento populacional e por transformações profundas na composição de sua estrutura etária, soma-se a este processo, mudanças no perfil epidemiológico da população com crescimento significativo das doenças crônicas não transmissíveis^(1,2). Essas alterações resultam em altas taxas de mortalidade, perda de qualidade

de vida (QV), seqüelas, limitações e incapacidades, bem como em maior procura pelos serviços de saúde⁽²⁾. Diante desta realidade, foi necessário o processo de melhoria na qualidade da atenção à saúde, assim, desenvolveram-se no país diferentes estratégias de cuidado em saúde com destaque para aquelas com atividades próximas ao domicílio do paciente, como a Estratégia de Saúde da Família (ESF), os serviços de Atenção Domiciliar (AD) terapêutico, propostas de cuidados paliativos domiciliares, entre outros⁽³⁾.

Os serviços de AD surgiram na década de 1960, como forma substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio com garantia de continuidade de cuidados, estando integrada às redes de atenção à saúde. Em 2011, o Ministério da Saúde (MS) brasileiro com o objetivo de ampliar a assistência no Sistema Único de Saúde (SUS) lançou o programa Melhor em Casa^(4,5). A AD é indicada a pacientes que apresentam problemas de saúde controlados além de dificuldade ou impossibilidade física de se locomoverem até uma unidade de saúde.

Entre os problemas de saúde atendidos pelo programa destacam-se as síndromes demenciais, acidente cerebrovascular, doenças cardiocirculatórias, respiratórias e osteomusculares, crianças com problemas congênitos e prematuridade, jovens sequelados de acidentes automobilísticos e violência e síndrome de fragilidade^(3,4).

Como grande parte dos pacientes atendidos na AD são parcialmente ou totalmente dependentes, estes podem estar expostos a pressão contínua e prolongada sobre a pele e tecidos adjacentes, além da diminuição da sensibilidade, de alterações do metabolismo e estado nutricional, resultando em alterações cutâneas^(6,7), como a resposta humana indesejável, risco de lesão por pressão (LPP). Conforme a North American Nursing Diagnosis Association (NANDA-I), o diagnóstico de enfermagem "risco de LPP" é definido como "susceptibilidade a lesão localizada na pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre saliência óssea, em consequência de pressão, ou pressão combinada com forças de cisalhamento"⁽⁸⁾. As LPP são uma importante causa de morbimortalidade, especialmente para pessoas com sensibilidade reduzida, imobilidade prolongada ou idade avançada^(6,7). Estudos prévios identificaram que a prevalência de LPP em pacientes domiciliares no âmbito internacional varia entre 3,7-9%⁽⁹⁻¹¹⁾. Já no Brasil, a prevalência encontra-se entre 19,1-48,6%⁽¹²⁻¹⁴⁾.

Apesar de a literatura afirmar que problemas relativos à integridade da pele são esperados em pacientes acamados, há carência na literatura de estudos, principalmente atuais, que tenham gerado informações sobre a prevalência e fatores associados especificamente do risco de LPP em pacientes da AD. Diante da importância desse tema para a área da Enfermagem, da vulnerabilidade dos pacientes em desenvolverem LPP, percebe-se a necessidade de verificar o risco de sua ocorrência, bem como os possíveis fatores associados ao desfecho neste perfil de pacientes.

Sendo assim, este estudo objetivou estimar a prevalência do risco de LPP, identificar os fatores associados e estabelecer modelo de predição para seu desenvolvimento em pacientes atendidos por um programa de AD.

MATERIAL E MÉTODO

Artigo da monografia intitulada "Avaliação de indicadores sensíveis a prática de enfermagem em um programa de AD à saúde", apresentada ao Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Montes Claros/UNIMONTES. Montes Claros (MG), Brasil. 2019.

Trata-se de um estudo transversal, realizado com pacientes atendidos pelo Programa Melhor em Casa (PMC) de uma cidade do norte de Minas Gerais, Brasil, no período de junho de 2017 a janeiro de 2018. O município onde foi conduzido o estudo está habilitado pelo Ministério da Saúde, desde dezembro de 2013 para prestar atendimento domiciliar para sua população. O programa em questão conta com quatro equipes multiprofissionais, compostas por médico, enfermeiro, fisioterapeuta e técnico em enfermagem, além de duas equipes multiprofissionais de apoio, integradas por fonoaudiólogo, fisioterapeuta, nutricionista e psicólogo. Foram adotados os seguintes critérios de inclusão para participação no estudo: (1) idade igual ou superior a 18 anos; (2) estar cadastrado e em atendimento pelo programa de AD; e (3) consentir em participar do estudo ou ter sua participação autorizada pelo responsável/cuidador por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Já os critérios de exclusão foram: (1) não ser encontrado no domicílio em até três tentativas; (2) evolução para o óbito antes que fosse realizada a coleta de dados; e (3) pacientes em internação hospitalar.

No período de coleta de dados, haviam cadastrados e em atendimento 172 pacientes. Da população foram excluídos, dez por serem menores de idade, sete por não se-

rem encontrados no domicílio em até três tentativas, seis por estarem em internação hospitalar, cinco por não consentirem a participação no estudo e 13 que evoluíram ao óbito antes que fosse realizada a coleta de dados. Assim, após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, contou-se com uma amostra de 131 pacientes. Para coleta de dados foram realizados anamnese e o exame clínico dos pacientes em seus domicílios. Anteriormente a coleta de dados realizou-se a capacitação de uma graduanda em enfermagem, do sétimo período do curso de graduação em enfermagem de uma universidade pública do estado de Minas Gerais. A capacitação consistiu-se em explanação teórica sobre anamnese e o exame clínico, treinamento prático, além de leitura de artigos e textos sobre a temática.

As variáveis independentes, selecionadas com base na literatura⁽¹²⁻¹⁴⁾, foram: estado civil, idade, renda, escolaridade, cor da pele, limitação, perfusão capilar tissular, doenças neurológica, vascular, metabólica, trauma, cirurgias, etilismo, tabagismo, polifarmácia, relato de memória prejudicada, incontinência, edema, proeminência óssea, já ter LPP e em qual região. Destaca-se que ocorreu o processo de refinamento do instrumento de coleta de dados, mediante apreciação de especialistas os quais avaliaram a qualidade e pertinência do mesmo, sendo que, todas as alterações sugeridas foram acatadas e o instrumento final consolidado por consenso. Foi utilizada a escala de Braden para identificação da variável dependente, risco de LPP. No Brasil, a escala de Braden foi testada e validada para a língua portuguesa no ano de 1999⁽¹⁵⁾.

A escala de Braden é composta por seis subescalas: percepção sensorial, atividade, mobilidade, umidade, nutrição e fricção e cisalhamento. Na percepção sensorial, é verificada a capacidade de sentir e descrever o desconforto da pressão. A atividade é avaliada pelo movimento fora do leito, enquanto a mobilidade estima a capacidade

de aliviar a pressão por meio de mudanças de posição. A sub-escala umidade dimensiona o nível de exposição da pele à umidade, levando em consideração o controle urinário e intestinal, drenagem de feridas e transpiração. A nutrição avalia a ingestão de alimentos pelo paciente, a quantidade e consistência. A fricção e cisalhamento mensuram a capacidade do indivíduo movimentar-se para que seu corpo não deslize sobre superfícies como lençóis. As sub-escalas percepção sensorial, atividade, mobilidade, umidade e nutrição são pontuadas entre 1 (completamente limitado) e 4 (nenhuma limitação), enquanto fricção e cisalhamento a pontuação vai de 1 a 3⁽¹⁵⁻¹⁷⁾.

A pontuação na escala de Braden varia entre 4 a 23. Pacientes com uma pontuação maior do que 16 pontos são considerados de sem risco para desenvolver LPP; pontuações de 15 a 16 indicam baixo risco; 13 a 14, risco moderado, e menor ou igual a 12 apontam alto risco⁽¹⁵⁻¹⁷⁾. No presente estudo, a variável dependente foi o risco de LPP, sendo que o desfecho foi considerado a partir do escore menor ou igual a 16 obtido através da escala de Braden.

Na análise foram utilizadas frequências absoluta e relativa e medidas de tendência central (média e mediana). A prevalência de risco de LPP e fatores associados foram determinados. Para análise da associação entre risco de LPP e as variáveis independentes, de pacientes atendidos pelo programa de AD, empregou-se análise bivariada para as variáveis estudadas, a partir dos testes de qui-quadrado e exato de Fisher. Com isso, obteve-se a relação entre cada variável independente e a variável desfecho (risco de LPP), sendo medida a força de associação pela Razão de Prevalência (RP), considerando o Intervalo de Confiança (IC) de 95%. Para identificação das co-variáveis pesquisadas que exerceram influência sobre o desfecho, utilizou-se o modelo de regressão de Poisson robusto e ajustado, sendo medida a força de associação pela RP. Variáveis cujo valor de p foi $\leq 0,20$ na análise bivariada foram incluídas no modelo de análise multivariada. No processamento estatístico, utilizou-se o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 20.0.

O estudo obedeceu aos preceitos éticos estabelecidos pela Resolução nº 466, de

12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), na qual regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos. O projeto de pesquisa foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros (CEP UNIMONTES), sob parecer consubstanciado nº 1.866.616, de 14 de dezembro de 2016, e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 62123716.3.0000.5146.

RESULTADOS

Dos 131 pacientes assistidos pelo PMC, 55,0% era do sexo feminino, com idades entre 20 e 110 anos. A média de idade foi 66,8 anos e mediana de 72 anos. Prevalência da cor branca (38,9%), casados (31,3%), com nível de escolaridade menor do que oito anos (38,9%), e renda mensal variando entre 1-3 salários mínimos (SM) (53,4%). Em relação aos principais diagnósticos médicos, foi observada prevalência das doenças vasculares (42,0%), seguidas por doenças neurológicas (27,5%) e metabólicas (19,8%). Quanto aos principais medicamentos utilizados pela população, destacam-se os anti-hipertensivos (35,9%), antidepressivos (32,1%), anticoagulantes (32,1%), antiepiléticos (29,0%), inibidores de secreção (25,2%) e hipoglicemiantes (24,4%). Por meio da Escala de Braden, foi identificado que, dentre os 131 pacientes, 76,3% apresentavam risco para o desenvolvimento de LPP, sendo que 49,6% foram classificados como de alto risco (Tabela 1).

Tabela 1 - Classificação do risco de LPP segundo a Escala de Braden em pacientes atendidos por um programa de AD público. Montes Claros (MG), 2017/2018. (n=131)

Classificação do risco de LPP	n	%
Alto risco: <12 pontos	65	49,6
Risco moderado: 13 a 14 pontos	21	16,0
Baixo risco: 15 a 16 pontos	14	10,7
Sem risco: > 16 pontos	31	23,7

Fonte: Autoria própria.

Tabela 2 – Variáveis independentes com associação com a variável dependente risco de LPP em pacientes atendidos por um programa de AD público. Montes Claros, MG, Brasil, 2017/2018. (n=131)

Características	Grupo	Risco de LPP				RP* (IC95%)	P-valor
		Sim		Não			
		n	%	n	%		
Sexo	Feminino	59	81,9	13	18,1	1,105 (0,983 - 1,243)	0,094
	Masculino	41	69,5	18	30,5		
Estado Civil	Sem parceiro	70	80,5	17	19,5	1,103 (0,973 - 1,250)	0,127
	Com parceiro	30	68,2	14	31,8		

Idade	Idoso (60-110 anos)	71	78,9	19	21,1	1,067 (0,939 – 1,213)	0,319
	Adulto (20-59 anos)	29	70,7	12	29,3		
Renda	1-3 SM	90	76,9	27	23,1	1,045 (0,860 – 1,229)	0,659**
	> 3 SM	10	71,4	4	28,6		
Escolaridade	Analfabeto	38	88,4	5	11,6	1,161 (1,036 – 1,299)	0,010
	Alfabetizado	62	70,5	26	29,5		
Cor	Branca	39	76,5	12	23,5	1,002 (0,888 – 1,130)	0,977
	Não Branca	61	76,2	19	23,8		
Limitação	Com Limitação	74	86,0	12	14,0	1,248 (1,107 – 1,407)	<0,001
	Sem Limitação	26	57,8	19	42,2		
Perfusão Capilar	Diminuída	10	83,3	2	16,7	1,066 (0,881 – 1,290)	0,512**
	Adequada	90	75,6	29	24,4		
Doença Vascular	Sim	43	78,2	12	21,8	1,026 (0,911 – 1,155)	0,670
	Não	57	75	19	25		
Doença Neurológica	Sim	33	91,7	3	8,3	1,195 (1,071 – 1,333)	0,001
	Não	67	70,5	28	29,5		
Trauma	Sim	18	85,7	3	14,3	1,098 (0,948 – 1,270)	0,211**
	Não	82	74,5	28	25,5		
Doença Metabólica	Sim	22	84,6	4	15,4	1,090 (0,950 – 1,250)	0,221
	Não	78	74,3	27	25,7		
Cirurgias	Sim	65	74,7	22	25,3	0,992 (0,869 – 1,133)	0,909
	Não	28	75,7	9	24,3		
Etilismo	Sim	5	62,5	3	37,5	0,893 (0,694 – 1,148)	0,377
	Não	95	77,2	28	22,8		
Tabagismo	Sim	2	100	0	0	1,240 (1,169 – 1,316)	0,001**
	Não	98	76	31	24		
Polifarmácia	Sim	45	72,6	17	27,4	0,944 (0,839 – 1,062)	0,337
	Não	55	79,7	14	20,3		
Relato de Memória Prejudicada	Sim	74	90,2	8	9,8	1,339 (1,197 – 1,497)	<0,001
	Não	26	53,1	23	46,9		
Incontinência	Sim	49	100	0	0	1,378 (1,277 – 1,487)	<0,001
	Não	51	62,2	31	37,8		
Edema	Sim	35	77,8	10	22,2	1,018 (0,900 – 1,152)	0,777
	Não	65	75,6	21	24,4		
Proeminência Óssea	Sim	66	90,4	7	9,6	1,290 (1,157 – 1,438)	<0,001
	Não	34	58,6	24	41,4		
Lesão Sacral	Sim	40	93	3	7	1,232 (1,112 – 1,365)	<0,001
	Não	60	68,2	28	31,8		
Lesão em Tubérculo da Orelha	Sim	1	100	0	0	1,313 (1,193 – 1,446)	0,578**
	Não	99	76,2	31	23,8		
Lesão em Trocanteres	Sim	11	100	0	0	1,348 (1,213 – 1,498)	<0,001**
	Não	89	74,2	31	25,8		

Lesão em Maléolos	Sim	3	75	1	25	0,988 (0,701 – 1396)	0,950**
	Não	97	76,4	30	23,6		
Lesão em Calcâneos	Sim	8	88,9	1	11,1	1,121 (0,923 – 1,362)	0,249**
	Não	92	75,4	30	24,6		
Lesão em Escápulas	Sim	1	100	0	0	1,238 (1,167 – 1,314)	<0,001**
	Não	99	76,2	31	23,8		
Lesão Occipital	Sim	2	66,7	1	33,3	0,926 (0,618 – 1,387)	0,709**
	Não	98	76,6	30	23,4		

*RP: Razão de Prevalência. **Teste de Fisher

Tabela 3 – Associação entre variáveis preditoras e o risco de LPP em pacientes atendidos por um programa de AD público. Montes Claros, MG, Brasil, 2017/2018.

Variável Independente	RP*	IC 95%		P-valor
		Inferior	Superior	
Limitação	1,579	1,289	1,934	<0,001
Relato de Memória Prejudicada	1,478	1,173	1,862	0,001
Incontinência	1,258	1,106	1,430	<0,001
Lesão Sacral	1,312	1,312	1,520	<0,001
Proeminência Óssea	1,323	1,103	1,587	0,003

*RP: Razão de Prevalência.

Destaca-se que na amostra do estudo (n=131), 45,8% já apresentavam LPP. Em sua maioria localizavam-se nas regiões sacral (32,8%), trocântérica (8,4%) e nos calcâneos (6,9%). Na análise bivariada, obtiveram-se variáveis que apresentaram significância estatística com o risco de LPP. Foram elegíveis para análise multivariada 12 variáveis (p<0,20), das quais, 10 apresentaram significância estatística (p<0,05), apresentadas na Tabela 2.

Na análise multivariada, dentre as características socioeconômicas, demográficas e clínicas identificadas nos pacientes, limitação, relato de memória prejudicada, incontinência, lesão sacral e proeminência óssea impactaram de forma significativa e conjunta no risco de LPP (Tabela 3).

DISCUSSÃO

Neste estudo, conforme os escores da Escala de Braden, a prevalência do risco de LPP em pacientes atendidos por um progra-

ma de AD foi de 76,3%. Em uma pesquisa realizada em um Programa de Acompanhamento Domiciliar de Belo Horizonte - MG, 52% dos pacientes apresentaram o mesmo desfecho⁽¹³⁾. Já em pesquisa realizada em Vitória - ES, a prevalência do risco de LPP nos pacientes atendidos foi de 59%⁽¹⁸⁾.

Quanto aos aspectos socioeconômicos e demográficos, este estudo demonstrou que a média de idade dos pacientes atendidos em domicílio foi de 66,8 anos, entre os indivíduos 55% eram do sexo feminino e a maior prevalência foi de doenças do sistema cardiovascular. Estes dados podem ser corroborados por outros estudos^(6,19,20).

Especificamente em relação à "idade", atenta-se para o fato de que o envelhecimento populacional aumenta a vulnerabilidade aos agravos de saúde em decorrência da senescência e senilidade. Os idosos apresentam redução do tecido subcutâneo, que provoca diminuição da capacidade de distribuição da pressão, comprometimento do fluxo sanguíneo e conseqüentemente aumento do risco de lesões⁽²¹⁻²²⁾.

Destaca-se também o processo de feminização do envelhecimento populacional no Brasil, no qual a mulher apresenta maior expectativa de vida, em média as mesmas vivem oito anos a mais que os homens, resultado do cuidado com a saúde e acompanhamento contínuo ao longo da vida. Além das doenças do sistema cardiovascular, consideradas um problema global de saúde^(19,20).

Na presente investigação, observou-se que 38,2% dos participantes têm menos de 8 anos de estudo. Pesquisa desenvolvida pela faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - SP que avaliou a LPP após a alta hospitalar e o cuidado em domicílio, apontou que a maioria dos participantes (47,8%) apresentava baixa escolaridade e, entre os que haviam estudado, o tempo médio de estudos era de 5,65 anos⁽⁶⁾.

A condição de baixa escolaridade é considerada um obstáculo a ser enfrentado pelos profissionais que atuam na AD, tanto para a prevenção quanto para o tratamento de lesões na pele. Essa condição exige adaptação dos cuidados desses profissionais à realidade social dos pacientes e cuidadores, além da construção de planos de cuidados adequados à situação de cada paciente, com instruções corretas e de fácil entendimento^(6,19).

As LPP são definidas, como um dano na pele e/ou tecido subjacente resultantes de intensa e prolongada pressão ou pressão combinada com cisalhamento, geralmente de um tecido mole sobre proeminência óssea^(8,13,19,23) ou devido ao uso de alguns equipamentos médicos ou outros disposi-

tivos⁽²³⁾. Neste estudo, aproximadamente 60% dos pacientes com risco de desenvolverem LPP apresentavam proeminências ósseas (RP = 1,323; IC 95% 1,103 – 1,587; p=0,003). Esse resultado é comum em outros estudos^(19,21).

No local das proeminências ósseas o tecido adiposo existe em pequena quantidade, o que o torna menos resistente à pressão prolongada. Diante disso, ocorre uma diminuição da irrigação sanguínea, também chamado de isquemia local, reduzindo o aporte de oxigênio e nutrientes para este local, gerando edema, inflamação e morte celular, e conseqüente formação de LPP^(17,24).

Quanto à comorbidade mais prevalente na população estudada e que se relaciona com maior risco para o desenvolvimento das LPP, destaca-se as doenças neurológicas (p = 0,001). Resultado semelhante foi evidenciado por outros estudos com pacientes em atendimento domiciliar^(7, 25-27).

O sistema neurológico controla e regula todos os outros sistemas corporais, tendo a função de autoproteção. Quando ocorre a perda desta função de proteção, devido a algum agravo como acidente vascular cerebral (AVC), o paciente pode começar a apresentar sintomas de diminuição da capacidade de mover-se e de sentir, além de possíveis seqüelas como, hemiplegia, alterações cinestésicas, apraxia, incontinência urinária e fecal, confusão, sendo todos estes fatores que podem estar associados ao aumento do risco de LPP⁽⁷⁾.

Ressalta-se a associação entre risco de LPP e a memória prejudicada (RP= 1,478; IC 95% 1,173 – 1,862; p=<0,001). Essa associação pode ser explicada pelas próprias condições clínicas geralmente identificadas em pacientes da AD, como a progressão das doenças neurodegenerativas e vasculares, seqüelas de trauma e as síndromes demenciais⁽²⁸⁾. Tais condições levam a alterações na função cognitiva e ao prejuízo neurológico. Evidencia-se que esses fatores de risco também são estabelecidos pela

“

Quando ocorre a perda desta função de proteção, devido a algum agravo como acidente vascular cerebral (AVC), o paciente pode começar a apresentar sintomas de diminuição da capacidade de mover-se e de sentir

”

NANDA-I(8) aos diagnósticos de enfermagem de risco de LPP e memória prejudicada. Nesse sentido, alterações na função neurológica impactam diretamente na memória e conseqüentemente na funcionalidade do paciente, tornando-o dependente e propenso ao desenvolvimento da LPP.

O tabagismo (p=0,001) mostrou-se associado ao risco de LPP neste estudo e em outros similares^(7,18,29). Os pacientes tabagistas podem apresentar um retardo na cicatrização, pois o ato de fumar reduz a hemoglobina funcional e causa disfunção pulmonar, predispondo a privação da oxigenação no sangue e no tecido subcutâneo, resultando em hipóxia tecidual e contribuindo para o aumento do risco de aparecimento de lesões tissulares que atingem camadas profundas do tecido subcutâneo⁽²⁹⁾.

Em relação à associação entre a incontinência urinária (RP = 1,258; IC 95% 1,106 – 1,430; p<0,001) com o risco de LPP, há semelhança com resultados de estudos desenvolvidos em Goiânia e em Campo Grande^(24,25). Destaca-se que a maceração e a perda da oleosidade natural da pele decorrente da urina e da limpeza freqüente em pessoas com incontinência leva a uma hiper-hidratação da pele exposta deixando-a mais frágil. Isso ocorre porque a amônia presente na urina aumenta o pH da pele, diminuindo sua tolerância tecidual à fricção, cisalhamento ou atrito, aumentando o risco de lesão^(23,24,30).

Estudos afirmam a importância da utilização de escalas, como a de Braden, na avaliação de risco para LPP na prática clínica do Enfermeiro. Tal é considerada uma importante estratégia para implementação de cuidados de enfermagem, como medidas preventivas efetivas. Destacam ainda a necessidade da realização de avaliações contínuas^(13,18).

Quanto à localização das lesões, os achados da pesquisa corroboram com outros estudos nacionais e internacionais^(13,18) nos quais, há predomínio das lesões na região sacral (RP = 1,312; IC 95% 1,312 –

1,520; $p < 0,001$), trocântica ($p < 0,001$) e na escápula ($p < 0,001$), consideradas locais de apoio quando o paciente está em decúbito dorsal ou lateral. Em um estudo com pacientes em cuidados domiciliares, realizado em Ribeirão Preto - SP⁽⁶⁾, a região sacral foi a mais freqüente (50%).

A região sacral é considerada uma das áreas com maior desenvolvimento de lesão por receber com freqüência e por tempo prolongado a pressão extrínseca. A literatura aborda que ao contrário do que é verificado em objetos regulares, a pressão corporal em repouso não se distribui homogênea pela superfície de apoio, motivo pelo qual regiões do corpo como a sacral, são mais acometidas pelas LPP⁽²⁶⁾. Além disso, esse fator pode estar relacionado à dificuldade dos cuidadores em realizarem a mudança de decúbito do paciente com a devida necessidade no decorrer do dia^(20,22).

O risco de LPP e a lesão propriamente dita é um problema que causa transtornos ao paciente, familiares e profissionais da saúde. Diante disso, cabe ao enfermeiro, ao aplicar as escalas de avaliação de risco para LPP ao realizar avaliação clínica do paciente. Estas atividades são necessárias para a busca de alterações que indiquem comprometimento da integridade cutânea, com a identificação do diagnóstico de enfermagem que irá conduzir e direcionar ao planejamento e implementação de cuidados. Esse vínculo estabelecido entre o saber científico e a prática assistencial, facilita o processo do cuidado preventivo e curativo^(26,27).

Os métodos de prevenção de acordo com alguns autores incluem: avaliação do grau de risco com a individualização da assistência prestada, utilização de escalas que possam avaliar o grau de risco, confecção de materiais que apontem as áreas mais suscetíveis para o desenvolvimento de lesões por pressão, orientar o paciente ou os familiares a providenciarem, se possível, um colchão pneumático, para pacientes que estão em cadeira de rodas

“

Após análise bivariada e etapa de ajuste da análise multivariada, dentre os fatores demográficos e clínicos identificados, os que permaneceram como melhores preditores para o fenômeno em estudo foram: limitação, relato de memória prejudicada, incontinência, lesão sacral e proeminência óssea.

”

ou acamados, identificar os fatores de risco e direcionar o tratamento preventivo, promover a mudança de decúbito, hidratação corpórea e proteger as proeminências ósseas^(20,22). São diversos os fatores associados à resposta humana indesejável, risco de LLP, presentes em pacientes da AD. A identificação destes fatores pelo enfermeiro auxilia na gestão do cuidado, na determinação e implementação de intervenções de enfermagem para sua prevenção.

CONCLUSÃO

A partir dos resultados encontrados, é possível verificar que o risco de LPP em pacientes da AD é um achado comum e que os mesmos estão expostos a um conjunto de fatores de risco internos e externos que podem colaborar para o aparecimento do problema. Após análise bivariada e etapa de ajuste da análise multivariada, dentre os fatores demográficos e clínicos identificados, os que permaneceram como melhores preditores para o fenômeno em estudo foram: limitação, relato de memória prejudicada, incontinência, lesão sacral e proeminência óssea. Reconhecer precocemente os fatores que contribuem para o aumento do risco de LPP e a adoção de medidas preventivas certamente reduzirá a probabilidade de alterações cutâneas em pacientes de AD.

Em relação às limitações do estudo, este é derivado de um estudo transversal, não sendo possível investigar condições de baixa prevalência ou a inferência causal, factível em desenhos longitudinais. Destaca-se também, as perdas amostrais. Os achados deste estudo podem colaborar para acurácia do diagnóstico de enfermagem "risco de LPP", bem como de seus fatores de risco em pacientes da AD. Acredita-se também que, este trabalho poderá contribuir para reflexão sobre a relevância do problema em pacientes da AD, além de maior conscientização e valorização da importância dos cuidados cutâneos

neste perfil de pacientes, sendo este um aspecto fundamental para assistência de enfermagem de maior qualidade.

Recomenda-se a realização de investigações que permitam estabelecer quais os melhores cuidados de

enfermagem na prevenção do problema, em especial aos pacientes da AD. ■

Referências

1. Souza MFM, Malta DC, França EB, Barreto ML. Changes in health and disease in Brazil and its States in the 30 years since the Unified Healthcare System (SUS) was created. *Ciênc. saúde colet.* 2018;23(6):1737-50.
2. Barreto ML, Teixeira MG, Bastos FI, Ximenes RAA, Barata RA, Rodrigues LC. Successes and failures in the control of infectious diseases in Brazil: social and environmental context, policies, interventions, and research needs. *Lancet.* 2011;377(9780):1877-89.
3. Silva YC, Silva KL. Relações de poder estabelecidas na atenção domiciliar entre cuidadores e profissionais. *Rev. bras. aten. domic.* 2017;3(3):29-36.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
5. Oliveira Neto AV, Dias MB. Atenção Domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS): o que representou o Programa Melhor em Casa? *Divulg. saúde debate.* 2014;51:58-71.
6. Moro JV, Caliri MHL. Pressure ulcer after hospital discharge and home care. *Esc. Anna Nery.* 2016;20(3):e20160058.
7. Cavalcante AMRZ, Moreira A, Azevedo KB, Lima LR, Coimbra WKAM. Diagnóstico de enfermagem: integridade tissular prejudicada identificado em idosos na Estratégia de Saúde da Família. *Rev. eletr. enf.* 2010;12(4):727-35.
8. Herdman TH, Kamitsuru S. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2018–2020. Porto Alegre: Artmed; 2018.
9. Woo KY, Sears K, Almost J, Wilson R, Whitehead M, VanDenKerkhof EG. Exploration of pressure ulcer and related skin problems across the spectrum of health care settings in Ontario using administrative data. *Int. Wound J.* 2015;14(1):24-30.
10. Agreda JJS, Bou JET, Soriano JV. 3rd national survey of the prevalence of pressure ulcers in Spain 2009: Epidemiology and defining variables in lesions and patients. *Gerokomos.* 2011;22(2):77-91.
11. Asimus M, Li P. Pressure ulcers in home care settings: is it overlooked? *Wound Pract. Res.* 2011;19(2):88-97.
12. Machado DO, Silva FM, Mahmud SJ, Fengler FL, Paskulin LMG. Care demands regarding home-care service: a descriptive study. *Online Braz. J. Nurs.* 2014;13(3):353-61.
13. Freitas JPC, Alberti LR. Application of the Braden Scale in the home setting: incidence and factors associated with pressure ulcers. *Acta paul. enferm.* 2013;26(6):515-21.
14. Paranhos WY, Santos VLCG. Avaliação de risco para úlcera de pressão por meio da escala de Braden, na língua portuguesa. *Rev. esc. enf. USP.* 1999;33(Esp):191-206.
15. Araújo CRD, Lucena STM, Santos IBC, Soares MJGO. A enfermagem e a utilização da escala de Braden em úlcera por pressão. *Rev. enferm UERJ.* 2010;18(3):359-64.
16. Zambonato BP, Assis MCS, Beghetto MG. Association of Braden subscales with the risk of development of pressure ulcer. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2013;34(2):21-8.
17. Borghardt AT, Prado TN, Bicudo SDS, Castro DS, Bringuento MEO. Pressure ulcers in critically ill patients: incidence and associated factors. *Rev. bras. enferm.* 2016;69(3):460-7.
18. Duim E, Sá FHC, Duarte YAO, Oliveira RCB, Lebrão ML. Prevalence and characteristics of lesions in elderly people living in the community. *Rev. esc. enferm. USP.* 2015;49(Esp):50-6.
19. Coelho ADA, Lopes MVO, Melo RP, Castro ME. O idoso e a úlcera por pressão em serviço de atendimento domiciliar. *Rev. Rene.* 2012;13(3):639-49.
20. Malaquias SG, Bachion MM, Nakatani AYK. Risco de integridade da pele prejudicada em idosos hospitalizados. *Cogitare Enferm.* 2008;13(3):428-36.
21. Sousa RG, Oliveira TL, Lima LR, Stival MM. Fatores associados à úlcera por pressão (UPP) em pacientes críticos: revisão integrativa da literatura. *Universitas Ciênc. Saúde.* 2016;14(1):77-84.
22. Moraes JT, Borges EL, Lisboa CR, Cordeiro DCO, Rosa EG, Rocha NA. Conceito e classificação de lesão por pressão: atualização do national pressure ulcer advisory panel. *Enferm. Cent. O. Min.* 2016;6(2):2292-306.
23. Queiroz ACCM, Mota DDCF, Bachion MM, Ferreira AC. Pressure ulcers in palliative home care patients: prevalence and characteristics. *Rev. esc. enferm. USP.* 2014;48(2):264-71.
24. Carnaúba CMD, Silva TDA, Viana JF, Alves JBN, Andrade NL, Trindade Filho EM. Clinical and epidemiological characterization of patients receiving home care in the city of Maceió, in the state of Alagoas, Brazil. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* 2017;20(3):353-63.
25. Brondani MC, Ramos LH, Lampert M, Seiffert MA, Bruinsma JL, Beuter M. Caracterização de pacientes dependentes de tecnologias de um serviço de internação domiciliar. *Rev. enferm. UFSM.* 2013;3(Esp.):689-99.
26. Benassi V, Leandro J, Medeiros R, Taballi R. Perfil epidemiológico de paciente em atendimento fisioterapêutico em Home Care no Estado de São Paulo. *J. Health Sci. Inst.* 2012;30(4):395-98.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar. Brasília: MS, 2013.
28. Santos CT, Almeida MA, Lucena AF. The Nursing Diagnosis of risk for pressure ulcer: content validation. *Rev. latinoam. enferm.* 2016;24:e2693.
29. Soares CF, Heidemann ITSB. Promoção da saúde e prevenção da lesão por pressão: expectativas do enfermeiro da atenção primária. *Texto contexto enferm.* 2018;27(2):e1630016.
30. Ayala ALM, Galende ACBPS, Stoeberl FR. Cuidados de enfermagem na prevenção de úlcera por pressão em pacientes acamados no domicílio. *Semina Ciênc. Biol. Saúde.* 2016;37(2):25-38.