

Risco de lesão por pressão decorrente do posicionamento cirúrgico em adultos e idosos

Pressure ulcer risk due to surgical positioning in adults and older adults

Riesgo de úlceras por presión debido al posicionamiento quirúrgico en adultos y adultos mayores

Laura Maria Donofre¹ , Rhavenna Thais Silva Oliveira¹ , Karime Rodrigues Emilio de Oliveira^{1*} ,
Sílvia Helena Salvador Ramos² , Carolina da Silva Ferreira¹ , Marla Andréia Garcia de Ávila¹ 

RESUMO: **Objetivo:** Comparar o risco de pacientes adultos e idosos submetidos a cirurgias eletivas desenvolverem lesões por pressão decorrentes do posicionamento cirúrgico. **Métodos:** Estudo transversal, comparativo, prospectivo, com abordagem quantitativa e amostra não probabilística intencional, composta por indivíduos submetidos a cirurgias eletivas em um hospital terciário. A coleta de dados foi realizada no período pré-operatório imediato e intraoperatório. Para análise estatística, foi realizado o teste χ^2 , o teste *t* de Student e regressão logística univariada, considerando-se $p < 0,05$ como nível de significância. **Resultados:** O escore médio da escala de avaliação de risco para o desenvolvimento de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico entre os 143 participantes foi de 16,08 nos adultos e 18,62 nos idosos ($p = 0,0003$); 11,69% dos adultos e 34,85% dos idosos ($p = 0,0009$) apresentaram alto risco para lesões por pressão. Para cada ano adicional na idade dos idosos, a chance de apresentar um escore de classificação de alto risco para o desenvolvimento de LP aumenta em 1,035 vezes ($p = 0,0215$). **Conclusão:** Os idosos apresentam maior risco de desenvolver lesões por pressão resultantes do posicionamento cirúrgico quando comparados aos adultos.

Palavras-chave: Lesão por pressão. Posicionamento do paciente. Enfermagem perioperatória. Medição de risco. Estudos transversais.

ABSTRACT: **Objective:** To compare the risk of adult and older adult patients undergoing elective surgeries of developing pressure ulcer due to surgical positioning. **Methods:** This is a cross-sectional, comparative, prospective study with a quantitative approach and nonprobability integral sampling, composed of individuals undergoing elective surgeries in a tertiary hospital. Data were collected in the immediate preoperative and intraoperative periods. For statistical analysis, the χ^2 test, Student's *t*-test, and univariate logistic regression were carried out, considering $p < 0.05$ as a significance level. **Results:** The mean score in the Risk Assessment Scale for the Development of Injuries due to Surgical Positioning among the 143 participants was 16.08 in adults and 18.62 in older adults ($p = 0.0003$); 11.69% of adults and 34.85% of older people ($p = 0.0009$) were at high risk for pressure ulcers. For each additional year in the age of older adults, the chance of presenting a high-risk classification score for developing pressure ulcer increases by 1.035 times ($p = 0.0215$). **Conclusion:** Older adults present a higher risk of developing pressure ulcers due to surgical positioning when compared to adults.

Keywords: Pressure ulcer. Patient positioning. Perioperative nursing. Risk assessment. Cross-sectional studies.

RESUMEN: **Objetivo:** Comparar el riesgo de que pacientes adultos y adultos mayores sometidos a cirugías electivas desarrollen úlceras por presión debido al posicionamiento quirúrgico. **Métodos:** Estudio transversal, comparativo, prospectivo, con enfoque cuantitativo y muestra no probabilística intencional, compuesta por individuos sometidos a cirugías electivas en un hospital terciario. La recolección de datos se realizó en el período preoperatorio inmediato e intraoperatorio. Para el análisis estadístico, se realizaron la prueba χ^2 , la prueba *t* de Student y la regresión logística univariada, considerando $p < 0,05$ como nivel de significancia. **Resultados:** La puntuación media de la escala de evaluación de riesgo para el desarrollo de lesiones por posicionamiento quirúrgico entre los 143 participantes fue de 16,08 en adultos y 18,62 en adultos mayores ($p = 0,0003$); el 11,69% de los adultos y el 34,85% de los adultos

¹Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Departamento de Enfermagem, Faculdade de Medicina de Botucatu – Botucatu (SP), Brasil.

²Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu, Hospital das Clínicas – Botucatu (SP), Brasil.

*Autora correspondente: karime.rodrigues@unesp.br

Recebido: 06/02/2025, Aceito: 10/04/2025

<https://doi.org/10.5327/Z1414-44251032>



Este é um artigo de acesso aberto distribuído nos termos de licença Creative Commons Atribuição 4.0.

mayores ($p=0,0009$) presentaron alto riesgo de desarrollar úlceras por presión. Por cada año adicional de edad en los adultos mayores, la probabilidad de presentar una puntuación de clasificación de alto riesgo para el desarrollo de úlceras por presión aumenta en 1,035 veces ($p=0,0215$). **Conclusión:** Los adultos mayores presentan un mayor riesgo de desarrollar úlceras por presión debido al posicionamiento quirúrgico en comparación con los adultos.

Palabras clave: Úlcera por presión. Posicionamiento del paciente. Enfermería perioperatoria. Medición de riesgo. Estudios transversales.

INTRODUÇÃO

Lesões por pressão (LP) são definidas como um dano ocasionado na pele e/ou no tecido ou estrutura subjacente, geralmente sobre uma proeminência óssea, que resulta de pressão isolada no local, combinada com fricção e/ou cisalhamento da pele¹, e LPs decorrentes do posicionamento cirúrgico são aquelas que se desenvolvem na pele em até 72 horas após o término do procedimento cirúrgico². Estima-se que cerca de 50% dos pacientes submetidos a cirurgias eletivas apresentem risco elevado de desenvolvê-las durante o período perioperatório³.

Os fatores de risco mais significativos para o aparecimento de LPs decorrentes do posicionamento cirúrgico, segundo metanálise com 1.903 pacientes, são: ser portador de doenças cardiovasculares, respiratórias ou diabetes *mellitus*, apresentar baixos níveis de hemoglobina e tempo de duração da cirurgia elevado⁴.

Com o objetivo de auxiliar o enfermeiro na identificação de pacientes em risco para o desenvolvimento dessas LPs e melhorar a qualidade da assistência à saúde^{5,6}, foi desenvolvido e validado no Brasil o instrumento de Avaliação de Risco para o Desenvolvimento de Lesões Decorrentes do Posicionamento Cirúrgico, nomeado de ELPO⁵.

Estudo realizado no Brasil com 239 pacientes cirúrgicos com idade entre 19 e 83 anos evidenciou que 37,7% da amostra desenvolveu LP no período pós-operatório e que os pacientes classificados como alto risco no escore final da ELPO tiveram 1,79 vez mais chance para a ocorrência desse desfecho ($p=0,04$)³.

Sabe-se que o processo de envelhecimento ocasiona mudanças fisiológicas no sistema tegumentar, favorecendo o surgimento de lesões de pele decorrente de alterações no processo de reparo tecidual, redução da resposta inflamatória, aumento na fragilidade capilar, presença de doenças crônicas e restrição da mobilidade^{7,8}.

A presença de LP funciona como um indicador da qualidade da assistência oferecida pelo serviço de saúde⁹. A identificação do risco de desenvolvimento dessas lesões, em diferentes faixas etárias, poderá subsidiar o pensamento crítico,

o planejamento da assistência e a adoção de cuidados apropriados para populações específicas, justificando a realização do estudo.

OBJETIVO

Comparar o risco de pacientes adultos e idosos submetidos a cirurgias eletivas desenvolverem lesões por pressão decorrentes do posicionamento cirúrgico.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, comparativo, prospectivo, com abordagem quantitativa, realizado em um município localizado no interior do estado de São Paulo, Brasil. O estudo é derivado de estudo maior intitulado “Impacto do SSKIN *bundle*-BR na incidência de lesão por pressão medida pelo indicador *subepidermal moisture* (SEM)”. A coleta de dados foi realizada durante 30 dias, em maio e junho de 2024. O cenário do estudo compreende um hospital de nível terciário vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS), que possui 664 leitos ativos e onde se realizaram 11.052 cirurgias em 2022 nas seguintes especialidades médicas: cardíaca, cirurgia-geral, pediátrica, plástica, torácica, vascular, traumatológica, gastrocirúrgica e neurocirúrgica. O centro cirúrgico do local do estudo possui 13 salas operatórias e realiza cirurgias de porte I, II, III e IV classificadas como eletivas, de urgência e emergência.

A amostra do estudo é não probabilística do tipo intencional. Foram selecionados indivíduos de ambos os sexos, com 18 anos ou mais, submetidos a procedimentos cirúrgicos eletivos de diferentes especialidades cirúrgicas, em dias úteis, das 7 às 19 horas, hospitalizados nas enfermarias cirúrgicas e unidades de terapia intensiva (UTIs) neurológica, cardíaca e cirúrgica.

Foram excluídos pacientes que evadiram ou desistiram de se submeter ao procedimento, cirurgias canceladas, classificadas como urgência/emergência, realizadas no dia anterior

ao agendado, transferência do paciente para outro hospital, pacientes em isolamento, com precaução por contato, não encontrados no leito no pré-operatório imediato e que apresentaram LP prévia ao procedimento cirúrgico (de acordo com a avaliação visual da pele realizada pelos pesquisadores a partir do que é preconizado pela *National Pressure Ulcer Advisory Panel* [NPUAP]⁷ para a classificação de LP nos estágios I, II, III, IV, lesão não classificável e tissular profunda).

A coleta de dados ocorreu em duas etapas em formulário elaborado pelos autores. A primeira etapa aconteceu durante o período pré-operatório imediato e coletou as seguintes variáveis: sexo biológico, idade, cirurgia proposta (nome descrito pelo cirurgião) e especialidade cirúrgica. Considerou-se idoso o paciente com 60 anos ou mais.

Na segunda etapa, no período intraoperatório, foram coletadas informações referentes ao procedimento cirúrgico por meio de outro formulário construído pelos pesquisadores para obtenção das variáveis: tempo de duração da cirurgia (em minutos), necessidade da administração de drogas vasoativas (sim ou não e nome do fármaco quando utilizado), classificação da *American Society of Anesthesiologists* (ASA)¹⁰, descrita pelo anestesiológico (I, II, III, IV, V, VI e E). A avaliação do risco de desenvolvimento de LP foi realizada aplicando-se a escala ELPO, que possui sete itens (posição cirúrgica, tempo de cirurgia, tipo de anestesia, superfície de suporte, posição dos membros, comorbidades e idade do paciente), cada um com uma escala *Likert* de 1 a 5 pontos, com escore total que varia de 7 a 35 pontos, indicando que, quanto maior o escore total, maior o risco de o paciente desenvolver LP decorrente do posicionamento cirúrgico. O escore de 7 a 19 pontos representa baixo risco e o de 20 a 35 pontos, alto risco⁵.

As informações coletadas foram digitadas em uma planilha do *Microsoft Excel*[®] e os dados analisados por meio da estatística descritiva, com a demonstração das frequências e porcentagens para as variáveis qualitativas, e média, mediana, desvio-padrão e valores mínimo e máximo para as variáveis quantitativas.

Para verificar a associação do desfecho e as variáveis explanatórias de interesse, aplicou-se o teste χ^2 ou Exato de Fisher quando necessário. Para comparar a variável quantitativa, efetuou-se o teste de normalidade. Como os dados apresentaram distribuição simétrica, foi utilizado o teste *t* de Student. Realizou-se também uma regressão logística univariada para verificar a influência da idade em relação ao desfecho, considerando $p < 0,05$ como nível de significância. O programa estatístico utilizado para as análises dos dados foi o *The SAS System, Statistical Analysis System* versão 5.9.4.

A pesquisa seguiu as normas éticas de pesquisas envolvendo os seres humanos, por meio da Resolução no. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e obteve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição universitária do estudo, sob o Parecer n.o 6.728.898, e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), sob o Parecer n.o 6.779.162.

Aos indivíduos que, após a explicação do estudo pelos pesquisadores, concordaram em participar da pesquisa, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A liberdade de participação foi assegurada, bem como o direito do participante de se retirar a qualquer momento da pesquisa, sem prejuízos ou qualquer constrangimento. O anonimato dos participantes foi preservado.

RESULTADOS

No período de coleta de dados, foram agendadas 224 cirurgias eletivas em adultos e idosos, 81 participantes foram excluídos pelos critérios de elegibilidade e a amostra final foi composta por 143 pacientes com idades que variaram de 18 a 93 anos, e a mediana foi de 59 anos. Quanto às especialidades cirúrgicas, foram realizadas 28 (19,58%) ortopédicas, 23 (16,08%) gástricas, 22 (15,38%) urológicas, 16 (11,19%) ginecológicas, 14 (9,79%) cardíacas, 13 (9,09%) otorrinolaringológicas, 11 (7,69%) plásticas, 10 (6,99%) neurológicas e 6 (4,20%) de outras especialidades. Os procedimentos cirúrgicos realizados com maior frequência foram: 8 (11,4%) tireoidectomias totais, 7 (10%) tratamentos cirúrgicos de fratura de fêmur, 7 (10%) revascularizações miocárdicas, 7 (10%) histerectomias e 5 (7,1%) artroplastias de quadril.

Participaram do estudo 77 (53,85%) adultos e 66 (46,15%) idosos. No grupo de adultos, a média de idade foi de $43,88 \pm 11,68$ e entre os idosos, de $68,33 \pm 6,36$ ($p < 0,0001$). Entre os adultos, 51 (66,23%) eram do sexo feminino e 26 (33,77%) do masculino, e entre os idosos, 37 (56,06%) eram do sexo feminino e 29 (43,94%) do masculino ($p = 0,2126$).

A classificação ASA nos adultos foi: 10 (12,99%) ASA 1, 31 (40,26%) ASA 2, 35 (45,45%) ASA 3 e 1 (1,30%) ASA 4; e nos idosos: 29 (43,94%) ASA 2, 32 (48,48%) ASA 3 e 5 (7,58%) ASA 4 ($p = 0,0032$). Tanto adultos quanto idosos tiveram maior frequência de classificação em ASA 3. A administração de drogas vasoativas durante o procedimento cirúrgico foi evidenciada em 14 (18,18%) adultos e 18 (27,27%) idosos ($p = 0,1935$).

Adultos e idosos apresentaram frequência similar para os riscos em seis de sete domínios da escala: posição supina,

duração de cirurgia acima de duas horas e até quatro horas, anestesia-geral, colchão de mesa cirúrgica de viscoelástico + coxins de viscoelástico como superfície de apoio utilizada, abertura $<90^\circ$ dos membros inferiores, e classificação como “sem comorbidades” foram os itens mais frequentes em ambos os grupos.

Posição cirúrgica ($p=0,0317$) e comorbidades ($p=0,0050$) foram os únicos domínios que apresentaram diferença estatisticamente significativa na comparação dos grupos, e na comparação dos itens destes domínios, posição litotômica ($p=0,02$) e diabetes mellitus ($p=0,001$) foram mais frequentes em idosos.

A pontuação total média na escala ELPO geral foi maior em idosos ($p=0,0003$), assim como a classificação de alto risco, que foi mais frequente nesse grupo ($p=0,0009$), evidenciando que o item idade apresentou relevância para o aumento do escore geral de risco (Tabela 1).

Por meio da regressão logística univariada, que estima a possibilidade da ocorrência de um evento, constatamos que, pela avaliação da escala ELPO, para cada ano adicional na idade dos idosos, a chance desse público apresentar um escore de classificação de alto risco para o desenvolvimento de LP aumentou em 1,035 vez ($p=0,0215$) (Tabela 2).

DISCUSSÃO

Quando comparados com adultos, idosos submetidos a cirurgias eletivas apresentaram maior risco de desenvolver lesões por pressão decorrentes do posicionamento cirúrgico. A identificação do risco por faixa etária faz-se necessária, tendo em vista que, as mudanças corporais ocasionadas pelo envelhecimento, envolvem modificações bioquímicas e moleculares cumulativas, resultando na maior progressão de danos teciduais¹¹.

Estudo realizado com 45 pacientes cirúrgicos de 22 a 88 anos evidenciou maior risco para LP em indivíduos com idade acima de 46 anos (24,4%) quando comparados com pacientes mais jovens (6,7%), com associação estatisticamente significativa de alto risco com idade¹². Outro estudo, realizado especificamente com pacientes cirúrgicos idosos ($n=138$), evidenciou maior incidência de alto risco (52,24%) para LP em idosos em comparação com adultos¹¹, corroborando os resultados do nosso estudo.

Domínios da ELPO que apresentaram associação positiva para o aumento do risco idosos foram: posições supina ($p=0,00$) e Trendelenburg ($p=0,00$); tempo de cirurgia acima

de 4 até 6 horas ($p=0,01$); indução anestésica local ($p=0,00$) e sedação ($p=0,00$); abertura $<90^\circ$ dos membros superiores ($p=0,03$) e joelhos $>90^\circ$ ou dos membros inferiores $>90^\circ$ ($p=0,03$); diabetes mellitus ($p=0,03$); e idade do paciente entre 70 e 79 anos ($p=0,00$). Posição dos membros, comorbidades e idade do paciente demonstraram forte poder preditivo em relação ao alto risco¹¹. Em nossos achados, apenas a diabetes mellitus apresentou diferença significativa.

Estudo observacional com 135 pacientes (52,59% adultos e 47,41% idosos) submetidos a cirurgias eletivas identificou que ser idoso elevou em 9,47 vezes a probabilidade de ser classificado como alto risco para LP. A associação de ser idoso e possuir diabetes mellitus foi estatisticamente significativa para o aumento do risco ($p<0,05$)¹³, uma vez que a população idosa está majoritariamente propensa a apresentar doenças crônicas não transmissíveis¹⁴, como diabetes mellitus, que é capaz de ocasionar danos específicos à circulação sanguínea, prejudicando a cicatrização de feridas⁷.

Ressalta-se assim que a identificação do risco, sobretudo de pacientes idosos cirúrgicos desenvolverem LP, como observado em nossos resultados, deve ser acompanhada da elaboração de um plano de cuidados eficiente, a fim de evitar a ocorrência desse desfecho¹⁵.

A assistência ao paciente cirúrgico demanda uma abordagem multiprofissional e integrada da equipe de saúde, sendo essencial que o enfermeiro realize anamnese e exame físico minuciosos considerando as especificidades de cada faixa etária e identificando os fatores que podem contribuir para o surgimento de LP¹⁴.

O Programa Nacional de Segurança do Paciente estabeleceu que os serviços de saúde devem incluir medidas de prevenção de LP que resultam da inadequada assistência à saúde¹⁶, incluindo as que podem se desenvolver em decorrência do posicionamento e tempo cirúrgico prolongados¹⁴, sendo que a equipe de enfermagem é protagonista na elaboração de protocolos e implementação dessas estratégias¹⁵.

Para que os profissionais de enfermagem possam atuar efetivamente nessa prevenção devem conhecer os principais fatores de risco relacionados. No entanto, um estudo realizado com 70 profissionais da área identificou que apenas 22,7% de enfermeiros, 7,1% de técnicos de enfermagem e 0,0% de graduandos em enfermagem conseguiram alcançar o percentual de acertos recomendado ($\geq 90\%$) no Pieper's Pressure Ulcer Knowledge Test, que avalia o conhecimento dos profissionais de saúde sobre prevenção, estadiamento e descrição das LPs. Assim, faz-se necessário que ações de educação continuada sejam realizadas para fortalecer e atualizar

Tabela 1. Comparação entre adultos e idosos quanto aos domínios da escala ELPO. Botucatu (SP), Brasil, 2024.

Variáveis	n (%)	n (%)	Valor p
	Adultos	Idosos	
Posição cirúrgica			0,0317
Supina	54 (70,13)	44 (66,67)	0,7919
Lateral	11 (14,29)	7 (10,61)	0,6829
Trendelenburg	1 (1,30)	0 (0)	-
Prona	6 (7,79)	1 (1,52)	0,1784
Litotômica	5 (6,49)	14 (21,21)	0,02
Tempo de cirurgia			0,8580
Até 1 hora	3 (3,90)	3 (4,55)	
Acima de 1 até 2 horas	16 (20,78)	16 (24,24)	
Acima de 2 até 4 horas	42 (54,55)	32 (48,48)	
Acima de 4 até 6 horas	11 (14,29)	8 (12,12)	
Acima de 6 horas	5 (6,49)	7 (10,61)	
Tipo de anestesia			0,0602
Regional	12 (15,58)	14 (21,21)	
Geral	51 (66,23)	31 (46,97)	
Geral e regional	14 (18,18)	21 (31,82)	
Superfície de suporte			0,9521
Colchão de mesa cirúrgica de viscoelástico + coxins de viscoelástico	60 (77,92)	52 (78,79)	
Colchão de mesa cirúrgica de espuma (convencional) + coxins de viscoelástico	1 (1,30)	1 (1,52)	
Colchão de mesa cirúrgica de espuma (convencional) + coxins de espuma	0 (0)	1 (1,52)	
Colchão de mesa cirúrgica de espuma (convencional) + coxins feitos de campos de algodão	15 (19,48)	12 (18,18)	
Sem uso de superfície de suporte ou suportes rígidos sem acolchoamento ou perneiras estreitas	1 (1,30)	0 (0)	
Posição dos membros			0,3062
Posição anatômica	16 (20,78)	6 (9,09)	
Abertura <90° dos membros inferiores	48 (62,34)	45 (68,18)	
Elevação dos joelhos <90 e abertura dos membros inferiores <90 ou pescoço sem alinhamento esternal	7 (9,09)	10 (15,15)	
Elevação dos joelhos >90 e abertura dos membros inferiores >90	4 (5,19)	4 (6,06)	
Elevação dos joelhos >90 e abertura dos membros inferiores >90 ou abertura dos membros superiores >90	2 (2,60)	1 (1,52)	
Comorbidades			0,0050
Sem comorbidades	45 (58,44)	30 (45,45)	0,1669
Doença vascular	7 (9,09)	4 (6,06)	0,7165
Diabetes <i>mellitus</i>	4 (5,19)	17 (25,76)	0,001
Obesidade ou desnutrição	21 (27,27)	14 (21,21)	0,5188
Presença de LP ou neuropatia prévia ou trombose venosa profunda	0 (0)	1 (1,52)	-
Idade (anos)*			
Entre 18 e 39	25 (32,47)	0 (0)	
Entre 40 e 59	52 (67,53)	0 (0)	
Entre 60 e 69	0 (0)	42 (63,64)	
Entre 70 e 79	0 (0)	20 (30,30)	
80 ou mais	0 (0)	4 (6,06)	
Escore ELPO Geral**	16,08 (3,11)	18,62 (2,93)	0,0003
Escore ELPO Categorizado			0,0009
ELPO 7 a 19 (baixo risco)	68 (88,31%)	43 (65,15%)	
ELPO 20 a 35 (alto risco)	9 (11,69%)	23 (34,85%)	

*O item idade foi apresentado de maneira descritiva; **média e desvio-padrão.

Tabela 2. Influência da variável idade para o escore de alto risco segundo a escala ELPO. Botucatu (SP), Brasil, 2024.

Variáveis	Estimativa	OR	IC	Valor p
Idade	0,0342	1,035	(1,005–1,065)	0,0215

OR: odds ratio; IC: intervalo de confiança.

os profissionais sobre as melhores evidências científicas para identificação dos riscos e prevenção de LP¹⁷.

A aplicação de escalas preditoras de risco de LP em pacientes cirúrgicos, como a ELPO, seguidas de intervenções eficientes, pode ocasionar a diminuição da incidência de LP⁶.

Considerando que neste estudo foi possível evidenciar que idosos submetidos a procedimentos cirúrgicos eletivos possuem maior risco de desenvolver LP em relação aos adultos, faz-se necessário realizarmos estudos para identificar a acurácia entre o risco e a incidência de LP decorrente do posicionamento cirúrgico na população idosa.

Destacamos como limitações do estudo a adoção de uma amostra não probabilística e o fato de a pesquisa ser realizada em um único cenário.

CONCLUSÃO

O estudo evidenciou que, a partir da avaliação da escala ELPO, idosos submetidos a cirurgias eletivas apresentam maior risco de desenvolver lesões por pressão decorrentes do posicionamento cirúrgico quando comparados aos adultos. Cada ano adicional na idade dos idosos aumentou em 1,035 vez a chance de este público apresentar alto risco para o desenvolvimento de LP.

Deste modo, o estudo contribui para o avanço na prática de enfermagem, uma vez que a identificação do risco

elevado em populações específicas é a primeira estratégia para a decisão clínica, sinalizando a importância de desenvolver e implementar protocolos de prevenção destinados ao paciente idoso no contexto perioperatório.

FONTE DE FINANCIAMENTO

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), processo nº 403545/2024-2; e Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) – Código de Financiamento 001.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram que não há conflito de interesses.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

LMD: Conceitualização, Curadoria dos dados, Análise formal, Escrita – primeira redação, Escrita – edição e revisão. RTSO: Conceitualização, Curadoria dos dados, Análise formal, Escrita – primeira redação, Escrita – edição e revisão. KREO: Curadoria dos dados, Análise formal, Escrita – primeira redação, Escrita – edição e revisão. SHSR: Curadoria dos dados, Análise formal, Escrita – primeira redação, Escrita – edição e revisão. CSF: Curadoria dos dados, Análise formal, Escrita – primeira redação, Escrita – edição e revisão. MAGA: Conceitualização, Curadoria dos dados, Análise formal, Escrita – primeira redação, Escrita – edição e revisão.

REFERÊNCIAS

1. Barbosa DS, Faustino AM. Lesão por pressão em idosos hospitalizados: prevalência, risco e associação com a capacidade funcional. *Enferm Foco*. 2021;12(5):1026–32. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n5.4689>
2. Jesus MAP, Pires PS, Biondo CS, Matos RM. Incidência de lesão por pressão em pacientes internados e fatores de risco associados. *Rev Baiana Enferm*. 2020;34:e36587. <https://doi.org/10.18471/rbe.v34.36587>
3. Buso FDS, Ferreira MBG, Felix MMS, Galvão CM, Barichello E, Barbosa MH. Lesão por pressão decorrente do posicionamento cirúrgico e fatores associados. *Acta Paul Enferm*. 2021;34:eAPE00642. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021A000642>
4. Haisley M, Sorensen JA, Sollie M. Postoperative pressure injuries in adults having surgery under general anaesthesia: systematic review of perioperative risk factors. *BJS Society*. 2020;107(4):338–47. <https://doi.org/10.1002/bjs.11448>

5. Lopes CMM, Haas VJ, Dantas RAS, Oliveira CG, Galvão CM. Escala de avaliação de risco para lesões por posicionamento cirúrgico. *Rev Latino-Am Enferm*. 2016;24:e2704. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0644.2704>
6. Aloweni FBAB, Lim SH, Agus NLB, Ang SY, Goh MM, Yong P, et al. Evaluation of an evidence-based care bundle for preventing hospital acquired pressure injuries in high-risk surgical patients. *AORN J*. 2023;118(5):306-20. <https://doi.org/10.1002/aorn.14021>
7. Caliri MHL, Santos VLGC, Mandelbaum MHS, Costa IG. Classificação das lesões por pressão adaptado culturalmente para o Brasil [Internet]. Consenso NPUAP; 2016 [acessado em 28 jan. 2025]. Disponível em: <https://sobest.com.br/wp-content/uploads>
8. Li Z, Lin F, Thalib L, Chaboyer W. Global prevalence and incidence of pressure injuries in hospitalised adult patients: A systematic review and meta-analysis. *Int. J. Nurs. Stud*. 2020;105:103546. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103546>
9. Gonzaga MJD, Gomes DF, Alves LC, Marques MF, Menezes RSP. Application of the risk assessment scale for the development of injuries due to surgical positioning. *Rev SOBECC*. 2021;26(2):99-106. <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425202100020006>
10. Sociedade Americana de Anestesiologistas. Sistema de classificação de estado físico ASA [Internet]. Sociedade Americana de Anestesiologistas; 2020 [acessado em 28 jan. 2025]. Disponível em: <https://saesp.org.br/wp-content/uploads>
11. Vila Nova FAL, Farias RA, Leite MAP, Pereira RR, Leal NPR, Bittencourt GKGD, et al. Risco de lesão por posicionamento cirúrgico em idosos: prevalência e fatores associados. *Rev SOBECC*. 2023;28:E2328899 <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425202328899>
12. Oliveira HMBS, Santos AMJF, Madeira MZA, Andrade EMLR, Silva GRF. Risk assessment for the development of perioperative lesions due to surgical positioning. *Rev Gaúcha Enferm*. 2019;40(spe):e20180114. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180114>
13. Sé ACS, Oliveira EBS, Lima LLM, Oliveira RCS, Trivino GS, Lobato IS, et al. Risco de desenvolvimento de lesão em decorrência de posicionamento cirúrgico: estudo observacional. *ESTIMA, Braz. J. Enterostomal Ther*. 2023;21:e1344. https://doi.org/10.30886/estima.v21.1344_PT
14. Medeiros ISM, Gonçalves ADLP, Santos RLP, Coutinho ICA, Barbalho MT, Matos IMD, et al. A Importância da classificação ASA nos desfechos cirúrgicos: um artigo de revisão. *Braz J Implantol Health Sci*. 2024;6(6):2179-92. <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n6p2179-2192>
15. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Segurança do paciente: guia para a prática. São Paulo: COREN-SP; 2022.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
17. Nóbrega IS, Medeiros TPG, Bezerra KA, Marcolino EC, Santos-Rodrigues RC, Soares MCS. Analysis of nursing professionals' knowledge about pressure ulcer prevention: a cross-sectional study. *Esc Anna Nery*. 2023;27:1-9. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0219pt>