CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

Instituto de Ciências da Saúde

ÚLCERAS DE PRESSÃO: PREVALÊNCIA E CARATERIZAÇÃO EM HOSPITAIS NA REGIÃO NORTE DE PORTUGAL

Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Feridas e Viabilidade Tecidular

Por

Raquel Almeida Rebelo da Silva Maia

Setembro 2012

CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

Instituto de Ciências da Saúde

ÚLCERAS DE PRESSÃO: PREVALÊNCIA E CATARERIZAÇÃO EM HOSPITAIS NA REGIÃO NORTE DE PORTUGAL

Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Feridas e Viabilidade Tecidular

Por Raquel Almeida Rebelo da Silva Maia

Sob Orientação do Prof. Doutor João Amado
e Co-orientação do Mestre Paulo Alves

Setembro 2012

Resumo

Apesar das úlceras de pressão serem um problema de saúde frequente quer em institucionalizados, quer em domiciliados, ainda existem poucos dados sistematizados em Portugal que nos possam dar uma visão da sua dimensão e evolução. Desta constatação se viu a necessidade de um estudo de prevalência para investigar aspetos chave na prática corrente da prevenção de úlceras de pressão, nomeadamente através da análise dos eventuais fatores de risco. Assim, o objetivo específico deste trabalho foi conhecer a prevalência de úlceras de pressão e condições associadas em hospitais da região norte de Portugal.

Foi realizado um estudo transversal, onde se colheram dados dos 673 doentes internados no Hospital Pedro Hispano (401) e no Hospital São João (272), nos dias 1 de Março e 30 de Agosto de 2011. Foi utilizado um inquérito que inclui a caracterização do doente (idade e sexo), a Escala de Braden (com a adição de uma pergunta sobre incontinência), a categoria e a localização da úlcera mais grave, a presença de equipamento de prevenção na cama e na cadeira, o reposicionamento na cama e na cadeira, o local onde foi adquirida a úlcera de pressão e a localização anatómica e categoria de todas as úlceras.

Dos resultados há a salientar que a prevalência encontrada foi de 16,5%, com 27,42% das úlceras de pressão na categoria I, 28,7% na categoria II, 24,9% na categoria III e 18,9% na categoria IV, principalmente localizadas no sacrum (19,8%), calcâneo esquerdo (10,7%), calcâneo direito (9,1%) e região occipital (6,2%). Relativamente à Escala de Braden, 56% apresentam baixo risco e 44% alto risco de desenvolverem úlceras de pressão. Contudo, 47,4% estão acamados/sentados e 36,4% completamente imobilizados/muito limitados. É nos serviços de Medicina Interna e Urgência que se encontram doentes em maior risco com um score médio segundo a Escala de Braden de aproximadamente 12. Relativamente à prevenção, 55,2% possuíam equipamento na cama, mas na cadeira só 32,1%; contudo não são reposicionados 82,9% dos doentes na cama, e na cadeira 85,9%. Por fim, 62,2% das úlceras foi adquirida no domicílio. Não foi verificada uma diferença relevante entre a prevalência no Inverno (53,2%) e no Verão (46,8%).

Verifica-se que a situação nos hospitais estudados se mantém sensivelmente idêntica comparada com outros estudos nacionais, podendo afirmar-se apenas que a prevalência obtida neste estudo é ligeiramente superior à obtida em 2004, que foi de 11,5%.

Como conclusão poderá afirmar-se que apesar de já muitas instituições terem implementado o uso de escalas de avaliação de risco, é necessário agir de acordo com os resultados obtidos e utilizar da melhor forma os recursos existentes. Contudo, não devemos basear nelas todas as decisões clínicas, pois para cada doente existem fatores de risco específicos, sendo que alguns podem não estar contemplados nestas escalas.

Palavras-chave: úlcera de pressão, prevalência, fatores de risco, prevenção

Abstract

Despite of being a very common health issue, both in in-patients and in households, pressure ulcers still have very little systematic data in Portugal that could give us a glance on its dimension and evolution. Therefore, we considered relevant a prevalence study to establish key patterns in the current practice of pressure ulcers' prevention, mainly through the analysis of the possible risk factors. Thus, the specific purpose of this dissertation was to get to know the pressure ulcers' prevalence and its associated conditions in hospitals of the northern region of Portugal.

A horizontal study was performed, in which the data of the 673 in-patients of the Pedro Hispano Hospital (401) and of the São João Hospital (272) were taken, on the 1st of March and on the 30th of August 2011. An enquiry was performed which also included the in-patient profiling (age and gender), the Braden Scale (adding a question on incontinence), the stage and location of the most severe ulcer, the existence of prevention equipment both in bed and in chair, the re-position both in bed and in chair, the location where the pressure ulcers appeared and the anatomic location and stage of all of the ulcers.

From the results, we point out that the prevalence was of 16,5%, with 27,42% of the pressure ulcers in grade I; 28,7% in grade II; 24,9% in grade III and 18,9% in grade IV, mainly located on the sacrum (19,8%), left heel (10,7%), right heel (9,1%) and in the occipital region (6,2%). Regarding Braden scale, 56% scored low risk and 44% high risk of getting pressure ulcers. However, 47,4% are in bed/in chair and 36,4% completely immobile/very limited mobility. Both in Internal Medicine and in Urgency services, we found patients in a higher risk with a medium score according to the Braden Scale of approximately 12. Regarding prevention, 55,2% had a pressure redistribution device in bed, but only 32,1% had one in use on the chair. However, 82,9% of the patients are not repositioned in bed and 85,9% on the chair. At last, 62,2% of the pressure ulcers appeared in household. There isn't a relevant difference between Winter prevalence (53,2%) and Summer prevalence (46,8%).

We established that the situation on the studied hospitals is slightly identical to others national studies; we can only point out that the prevalence shown in this dissertation is a little higher to the one we got in 2004 which was of 11,5%.

As a conclusion, we can say that despite many institutions already have implemented the use of risk assessment scales, it is necessary to act according to the results shown and use in a better way all existing resources. However, we shall not base on them all of the clinical decisions as there are for each patient specific risk factors and some of them may not be considered in those scales.

Key-words: pressure ulcer, prevalence, risk assessement, prevention

Agradecimentos

Os meus mais sinceros e profundos agradecimentos por toda a ajuda e incentivo às seguintes pessoas: Prof. Doutor João Amado, Mestre Paulo Alves, Frederico Cortez, Cláudia Almeida, Ricardo Pinto, Ana Cristina Ferreira, André Maia, Teresa Santos, Enfermeiro Chefe Renato Pinto, Enfermeira Conceição Magano, Enfermeira Isabel Cunha, Enfermeira Susana Melo, Enfermeira Sílvia Duarte, Enfermeiro Eduardo Capitão, Enfermeira Sandra Oliveira, Enfermeira Susana Nogueira, Enfermeira Mónica Silva, Enfermeiro Chefe José Cerqueira, Enfermeira Chefe Margarida Coelho, Enfermeiro Chefe Manuel Mendes, Enfermeiro Chefe Francisco Fidalgo e Enfermeira Chefe Margarida Monteiro.

Siglas

EPUAP - European Pressure Ulcer Advisory Panel

NPUAP - National Pressure Ulcer Advisory Panel

UCIP - Unidade de Cuidados Intermédios Polivalente

SMI - Serviço de Medicina Intensiva

Cir – Especialidades cirúrgicas

Med – Especialidades médicas

SMIU – Serviços de Medicina Interna e Urgência

Índice

INTRODUÇÃO 13

PARTE I – REVISÃO DOS CONHECIMENTOS ATUAIS

1 - ÚLCERAS DE PRESSÃO 15

1.1 - Definição de úlceras de pressão e a sua classificação 15

1.2 - Etiologia e fatores de risco 16

1.2.2 – Fatores extrínsecos 17

1.2.3 – Fatores intrínsecos 18

1.3 – Prevenção 20

1.4 – Custos 23

1.5 – Epidemiologia 24

PARTE II – CONTRIBUIÇÃO PESSOAL (INVESTIGAÇÃO)

1 – OBJETIVO 27

2 – METODOLOGIA 29

2.1– Tipo de estudo e amostra 29

2.2 – Instrumentos de colheita de dados 29

2.3 – Procedimentos 31

2.4 – Considerações éticas 35

3 - ANÁLISE DE DADOS 37

3.1 – Características da amostra 37

3.2 – Valores do preenchimento da Escala de Braden 38

3.3 - Classificação do risco segundo a Escala de Braden 40

3.4 – Presença, caracterização e localização da úlcera de pressão mais grave 42

3.5 – Prevenção 43

3.6 - Local onde a úlcera de pressão foi adquirida 44

3.7 – Localização e caracterização das úlceras de pressão existentes 45

3.8 - Prevalência de úlceras de pressão por serviço, categoria e estação do ano 47

4 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 51

CONCLUSÃO 55

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 57

ANEXOS 63

ANEXO 1- Instrumento de colheita de dados criado pela EPUAP (versão inglesa) 65

ANEXO 2 - Instrumento de colheita de dados (versão traduzida) 69

ANEXO 3 - Escala de Norton 73

ANEXO 4 - Questionário relativo à condição da pele 77

ANEXO 5 - Instrumento de colheita de dados utilizado neste estudo 81

ANEXO 6 - Pedido de autorização às instituições 85

ANEXO 7 - Autorização do Hospital Pedro Hispano 89

ANEXO 8 - Documentos necessários para a CES do Hospital São João 93

ANEXO 9 - Autorização do Hospital São João 111

ANEXO 10 - Escala de Braden 123

INTRODUÇÃO

As úlceras de pressão são feridas crónicas, causadoras de sofrimento e de hospitalizações prolongadas, e são responsáveis por um aumento dos custos e da mortalidade. De sublinhar, e como apelo ao nosso cuidado, o facto de que, muitas vezes, podem ser prevenidas (Furtado et al, 2001).

Com a nossa intervenção é fundamental compreender a etiologia das úlceras de pressão, nomeadamente os fatores condicionantes para o seu desenvolvimento de modo a ser possível identificar os doentes em risco e, a partir daí, desenvolver uma estratégia adequada para cada indivíduo no sentido de, por um lado, eliminar ou minimizar estes fatores e, por outro, promover um uso mais efetivo dos recursos (Ayello et al, 2004). Em termos avaliativos, mais eficaz que a observação e julgamento clínico subjetivos de cada enfermeiro, o uso de escalas de avaliação de risco, fundado na sua credibilidade e maior validade preditiva é o caminho para boas práticas. Nesta linha se encontra a Escala de Braden, uma das mais utilizadas no nosso país (Hidalgo et al, 2006).

Hoje em dia, e tomando como premissa que a maior parte das úlceras de pressão podem ser prevenidas, o seu número é tido como um indicador da qualidade nos cuidados prestados, sendo também de salientar que as pessoas estão cada vez mais atentas e procuram serviços tendo por base os resultados dos cuidados prestados.

A fim de prestar melhores cuidados ao doente, é fundamental que as decisões clínicas sejam orientadas com base em evidência científica, e não no que cada profissional julga ser o melhor.

E, no sentido de contribuir com conhecimento validado para a prevenção de úlceras de pressão, considerando também que, em Portugal, ainda possuímos poucos dados sobre esta situação, o presente trabalho manifesta-se, desde já, necessário e útil para estudos posteriores. Da questão de investigação “Qual a prevalência de úlceras de pressão em hospitais na região Norte de Portugal?” parte-se para o objetivo geral que assim se formula:

- Determinar a prevalência de úlceras de pressão em doentes hospitalizados na região Norte de Portugal.

PARTE I – REVISÃO DOS CONHECIMENTOS ATUAIS

1 – ÚLCERAS DE PRESSÃO

As úlceras de pressão são consideradas feridas crónicas comuns e o seu desenvolvimento é extremamente complexo. Afetando pessoas de todos os grupos etários, comportam quer grande sobrecarga a nível de sofrimento para o indivíduo e família, quer grandes custos a nível sócio-económico em consumo de recursos.

1.1 – Definição de úlceras de pressão e a sua classificação

Segundo a NPUAP e EPUAP (2009), a úlcera de pressão é uma "*lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea, em resultado da pressão ou de uma combinação entre esta e forças de torção. Às úlceras de pressão estão também estão associados fatores contribuintes e de confusão cujo papel ainda não se encontra totalmente esclarecido*".

Quanto à classificação das úlceras de pressão, as mesmas entidades publicaram as diretrizes sobre prevenção e tratamento de úlceras de pressão, onde definem quatro categorias para as mesmas (Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcers Advisory Panel, 2009):

Categoria I: eritema não branqueável em pele intacta

Pele intacta com eritema não branqueável de uma área localizada, normalmente sobre uma proeminência óssea, descoloração da pele, calor, edema, tumefação ou dor podem também estar presentes. Em pele escura pigmentada pode não ser visível o branqueamento.

Categoria II: perda parcial da espessura da pele ou flictena

Perda parcial da espessura da derme que se apresenta como uma ferida superficial (rasa) com leito vermelho rosa sem crosta. Pode também apresentar-se como flictena fechada ou aberta, preenchida por líquido seroso ou sero-hemático.

Categoria III: Perda total da espessura da pele (tecido subcutâneo visível)

Perda total da espessura tecidular. Pode ser visível o tecido adiposo subcutâneo, mas não estão expostos os ossos, tendões ou músculos. Pode estar presente algum tecido desvitalizado (fibrina húmida). Pode incluir lesão cavitária e encapsulamento.

Categoria IV: Perda total da espessura dos tecidos (músculos e ossos visíveis)

Perda total da espessura dos tecidos com exposição dos tendões e músculos. Pode estar presente tecido desvitalizado (fibrina húmida) e ou necrótico. Frequentemente são cavitários e fistulados.

Somente para os Estados Unidos da América consideram-se mais duas outras categorias:

a) Não graduáveis/ inclassificáveis: Perda total da espessura da pele ou tecidos – profundidade indeterminada

Perda total da espessura dos tecidos na qual a profundidade atual da úlcera está bloqueada pela presença de tecido necrótico (amarelo, acastanhado, cinzento, verde ou castanho) e ou escara (tecido necrótico acastanhado, castanho ou preto) no leito da ferida.

b) Suspeita de lesão profunda dos tecidos

Área vermelho-escuro ou púrpura localizada em pele intacta e descolorada ou flictena preenchida com sangue, provocada por danos no tecido mole subjacente pela pressão e ou forças de torção.

1.2 – Etiologia e fatores de risco

Existem algumas referências históricas de teorias, possíveis causas e tratamentos das úlceras de pressão mas infelizmente só já no séc. XX é que houve um novo desenvolvimento científico nesta área, sendo que até há poucos anos era teoria vigente a de que as úlceras de pressão eram somente resultado de maus cuidados dos cuidadores de saúde (Rijswijk, 2001).

Segundo Braden e Bergstrom (1987), o desenvolvimento das úlceras de pressão pode resultar quer da pressão, que pode ocorrer por diminuição da mobilidade, da atividade e perceção sensorial, quer da tolerância tecidular que depende de fatores extrínsecos (humidade, fricção e cisalhamento) e intrínsecos (nutrição, idade, pressão arterial).

Outros investigadores apenas fazem a distinção de dois grupos de fatores de risco para o desenvolvimento de úlceras: fatores extrínsecos e intrínsecos (Augusto e Almeida, 1999; Dealey, 2001; Morison, 2001; Ferreira et al, 2007).

1.2.1. Fatores extrínsecos

A pressão é o fator etiológico principal para o desenvolvimento de úlceras de pressão (Augusto e Almeida, 1999; Dealey, 2001). A aplicação de pressão por si só não causa danos na pele; tem que existir determinada intensidade e durante um determinado tempo (Furtado, 2001). Uma compressão excessiva ou prolongada nos tecidos moles entre duas superfícies, normalmente entre uma proeminência óssea e uma superfície externa dura, provoca uma pressão superior à pressão capilar da qual resulta oclusão dos vasos, hipóxia tecidular, isquémia e eventual necrose e ulceração (Augusto e Almeida, 1999; Dealey, 2001; Furtado, 2001; Krasner e Cuzzell, 2003; Ayello et al, 2005; Bergstrom, 2005). Quando há uma resposta normal do organismo, que é aliviar a pressão por mudança de posição, isto provoca o rápido aumento do fluxo sanguíneo, surgindo uma zona avermelhada sobre a proeminência óssea que corresponde a uma hiperémia reactiva (Dealey, 2001; Duque et al, 2009).

Força de deslizamento é uma força mecânica em que duas superfícies deslizam uma contra a outra (Furtado, 2001; Krasner e Cuzzell, 2003). Por exemplo, num doente com a cabeceira elevada mais de 30º, enquanto as forças da gravidade atuam para baixo, a resistência oferecida pelo corpo do doente sobre a cama impede que o corpo desça, ou seja, enquanto a pele permanece no mesmo lugar, o esqueleto desliza para baixo, provocando a deformação dos tecidos e subsequente diminuição do aporte sanguíneo, isquemia, morte celular e necrose tecidular (Paranhos, 2003; Ayello et al, 2004).

A fricção é uma força mecânica exercida quando a pele é arrastada sobre uma superfície (Paranhos, 2003; Ayello et al, 2005, Duque et al, 2009) o que remove as camadas superiores de células epiteliais, resultando numa espécie de abrasão. Pode ocorrer ao arrastar-se o doente aquando da mudança de decúbito, por exemplo. A fricção não é o fator principal para o desenvolvimento de úlceras: apenas, ao fragilizar a pele, deixa-a mais exposta a agressões posteriores (Ayello et al, 2005), sendo especialmente danosa se associada às forças de deslizamento ou à presença de humidade (Dealey, 2001).

A humidade excessiva também desempenha um papel importante no desenvolvimento de úlceras. Uma pele húmida tem cinco vezes mais probabilidade de ulcerar do que uma pele seca. Provoca a maceração da pele além de diminuir a sua resistência, ficando mais suscetível a lesões, especialmente se associada à fricção, como por exemplo quando se posiciona o doente: se há aderência aos lençóis por humidade, aumenta o risco de fricção. A humidade pode ser devida à transpiração, incontinência fecal ou urinária, exsudado de feridas e secagem inadequada após os cuidados de higiene. É particularmente importante salientar que a incontinência fecal expõe a pele a bactérias e acarreta um risco de infeção, e a reação da ureia da urina com as fezes também potencia os danos na pele (Maklebust e Sieggreen, 2001).

Outros investigadores também têm em consideração, como fatores de risco extrínsecos, a medicação, nomeadamente sedativa e corticosteróide e o uso de substâncias irritantes cutâneas (perfume, sabão,…) (Ferreira et al, 2007).

1.2.2 Fatores intrínsecos

A idade é um dos fatores intrínsecos de maior relevância. Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística, prevê-se que em 2050 a proporção de idosos na população seja cerca de 32%, isto é, 395 idosos por cada 100 jovens. O estudo de Ferreira e colegas em Portugal, estabeleceu uma correlação entre idosos com idade igual ou superior a 70 anos e o desenvolvimento de úlceras de pressão (Ferreira et al, 2007).

Tal se deve ao facto de, no idoso, haver uma série de alterações na pele (redução da elasticidade, da textura, da frequência de reposição celular e do tempo do processo de cicatrização, incapacidade do tecido distribuir a pressão mantida sobre ele), fazendo estar a mesma mais suscetível a traumas tecidulares. Também com o envelhecimento surgem problemas de mobilidade, doenças neurológicas e cardiovasculares, internamentos hospitalares e acamações: toda uma série de situações que colocam o idoso em risco de desenvolver úlceras (Dealey, 2001; Paranhos, 2003).

Outro fator importante é a alteração da mobilidade, pois o indivíduo não consegue aliviar eficazmente a pressão. Esta alteração pode estar associada a uma situação temporária como seja uma intervenção cirúrgica, imobilização em estados de confusão e agitação, alteração do estado de consciência (que pode ser alterado também pelo uso de determinadas drogas como ansiolíticos, analgésicos, anti-histamínicos, etc.) e défice neurológico. Esta última situação tem a particularidade de comprometer a sensibilidade do indivíduo, o que para alguns investigadores é mais importante que a limitação de mobilidade, visto que o indivíduo até pode ser capaz de se mover, mas se não sentir, não saberá que necessita de se reposicionar. É necessário ter também em conta que um indivíduo imóvel está mais sujeito às forças de deslizamento e fricção, aquando na cadeira ou cama, devido ao tempo em que nelas permanece (Dealey, 2001).

Também a desnutrição diminui a elasticidade da pele, conduz à redução da mobilidade, apatia, anemia, redução da oxigenação tecidular, redução da imunocompetência e interfere em todas as fases da cicatrização, além de que, com a perda de peso, as proeminências ósseas ficam menos protegidas. Todas estas situações predispõem ao desenvolvimento de úlceras de pressão. Prova disso são, por exemplo, os dados descritos por Maklebust e Sieggreen (2001) que sugerem que o risco de úlcera de pressão aumenta à medida que se reduz a albumina sérica.

Há ainda investigadores que consideram como fatores intrínsecos do desenvolvimento de úlceras de pressão: peso, condição física, insuficiência vasomotora e pressão arterial baixa, diabetes, vasoconstrição periférica e alterações endoteliais (Ferreira et al, 2007).

Devido à particularidade multifatorial do desenvolvimento de úlceras de pressão é fundamental uma correta identificação dos fatores de risco e a implementação imediata de medidas preventivas.

1.3 – Prevenção

Como é referido nomeadamente por Clark (2001), há estudos que apontam custar menos dinheiro a prevenção das úlceras de pressão do que o seu tratamento. Além de evitar sofrimento desnecessário, a maioria das úlceras podem ser prevenidas.

Os custos na prevenção de úlceras de pressão não são de fácil e ultrapassam a simples quantificação, pois esta situação acarreta aspetos psíquicos e sociais relacionados com o sofrimento do doente e família que não são mensuráveis (Jorge e Dantas, 2003). E haveria ainda a quantificar o difícil cálculo do custo dos reposicionamentos e do trabalho dos enfermeiros, entre outros. Um estudo realizado por Lyder e colegas (2002) deu conta desta mesma dificuldade ao tentar definir os "reais" custos da prevenção de úlceras. Neste estudo, o custo mensal médio para a prevenção de um doente de alto risco era de 519,73 dólares (a acrescer o custo único de 277 dólares para colchões e almofadas para cadeiras), e deste montante, mais de metade (277,15 dólares) eram relativos à mão de obra, sendo o item mais dispendioso as superfícies de apoio.

No sentido de atenuar este sofrimento tem vindo a desenvolver-se estratégias para inverter esta situação. A identificação dos fatores de risco é o início das medidas preventivas, de forma a identificar os doentes vulneráveis (Krasner e Cuzzell, 2003) e a partir desse conhecimento, tomar as devidas ações.

A EPUAP e NPUAP (2009) desenvolveram um documento com diretrizes gerais, baseadas em níveis de evidência, no sentido de esclarecer e contribuir para a prevenção de úlceras de pressão.

Segundo estas diretrizes, para fazer uma avaliação e identificação de fatores de risco, inicialmente é fundamental eleger e utilizar um método de avaliação de risco e

fazer os devidos registos tão regular e frequentemente quanto a necessidade do doente e sempre que ocorram alterações no seu estado. Deve ter em consideração os seguintes fatores de risco: mobilidade, avaliação da pele, nutrição, perfusão e oxigenação, humidade da pele, idade avançada, fricção e forças de torção, perceção sensorial, estado geral do doente e temperatura corporal. A partir da constatação dos fatores de risco a que o doente está sujeito deve então desenvolver-se e implementar-se um plano de intervenção.

Apesar de nenhuma ser 100% segura, uma das escalas mais utilizada para a avaliação de risco é a Escala de Braden. Não devemos ficar confinados apenas ao resultado obtido por esta escala ou outras idênticas, nem basear nelas todas as decisões clínicas. Apesar de serem um excelente complemento na avaliação do doente, pode haver, para um determinado grupo de doentes, vários fatores de risco que não estejam contemplados (Flanagan, 2001). Também é fundamental que, independentemente da ferramenta de avaliação escolhida, os profissionais tenham a devida formação para obter dados rigorosos e fiáveis.

Deve também avaliar-se regularmente a pele para detetar precocemente qualquer alteração da sua condição, especialmente em indivíduos em risco, e fazer o devido registo. Por vezes o estado de saúde do doente implica que possa apresentar dispositivos médicos, pelo que é importante estar atento a que os mesmos não causem danos por pressão.

Existem também alguns cuidados a ter em conta com a pele: sempre que for possível não se deve posicionar o doente sobre zonas onde já apresente rubor por pressão anterior; a massagem em zonas já ruborizadas está contra indicada; não se deve esfregar vigorosamente a pele que se encontre em risco de úlcera de pressão; deve aplicar-se emolientes para hidratar a pele seca e reduzir danos; e deve proteger-se a pele da humidade excessiva através da utilização de produtos barreira.

Tal como foi já referido anteriormente, a nutrição desempenha um importante papel na prevenção de úlceras de pressão, pelo que se deve realizar um rastreio e avaliação do estado nutricional a todos os doentes em risco e, se necessário, referenciá-los à nutricionista.

Sendo a pressão o principal fator para o desenvolvimento de úlceras de pressão, então a principal forma de prevenir será o reposicionamento dos doentes, quer no leito, quer na cadeira (Furtado, 2001). A frequência depende do estado geral do doente, dos fatores de risco e das superfícies de apoio em uso. Também se deve ter em conta a técnica de reposicionamento, sendo fundamental:

- Registar a posição e frequência adotada e a avaliação dos resultados;
- Providenciar para que a posição adotada distribua e alivie a pressão;
- Não sujeitar a pele a pressão ou forças de torção;
- Não posicionar sobre dispositivos médicos;
- Não posicionar sobre proeminências ósseas que apresentem eritema não branqueável;
- Reposicionar usando uma inclinação de 30º se a condição clínica do doente permitir;
- Na posição sentado, caso não cheguem ao chão, colocar um apoio para os pés;
- Fornecer formação neste âmbito a todos os profissionais envolvidos.

Reposicionar o doente por si só não é suficiente; são necessárias superfícies de apoio para auxiliar na prevenção de úlceras de pressão. A sua seleção deve ter em consideração a instituição de cuidados onde o doente se encontra, a sua adequabilidade e funcionalidade; e não se deve basear unicamente no nível de risco percebido ou categoria da úlcera de pressão. Deve utilizar-se colchões de espuma específica e não de espuma padrão ("standard"); e, no caso de doentes com alto risco de desenvolver úlceras de pressão, se a instituição possuir, deve usar-se uma superfície de apoio dinâmica (a que alterna a pressão em intervalos de tempo regulares). Para o alívio de pressão nos calcâneos é necessário garantir que se encontram afastados da superfície da cama e que o peso da perna fica distribuído ao longo da parte posterior, sem colocar pressão adicional sobre o tendão de Aquiles. Para os doentes sentados é necessário o uso de uma almofada de assento que redistribua a pressão, limitando o tempo que fica nesta posição; e também dar especial atenção aos doentes com lesões medulares, visto que apresentam alteração da sensibilidade. Só de referir que o uso de pele de carneiro sintética e dispositivos recortados em forma de anel, está contra indicado.

Referidos estes princípios/normas poderemos questionar-nos com algumas considerações: como se pode exigir cuidados profiláticos se ainda muitas instituições não utilizam ferramentas adequadas para a avaliação do risco do desenvolvimento de úlceras de pressão? E se, ao detetar-se um doente em risco, não existir material de alívio de pressão ou número suficiente de enfermeiros para realizar os posicionamentos segundo o protocolado? Para que se criem normas fundamentadas e manual de boas práticas, necessário se torna desenvolver mais estudos, de forma a que todas as decisões neste âmbito sejam baseadas em evidências.

1.4 - Custos

As úlceras de pressão têm um grande impacto na qualidade de vida do portador e da sua família e na sociedade.

Sendo os idosos um grupo de alto risco para o desenvolvimento de úlceras de pressão, é importante ter em consideração o progressivo envelhecimento mundial, circunstância que acarreta mais preocupações para prováveis aumentos nos orçamentos das instituições, especialmente em épocas como aquela em que vivemos de acentuada crise económica. O facto de se tratar de feridas crónicas implica internamentos e tratamentos prolongados, o que também é um fato a ter em consideração.

Nos Estados Unidos todos os anos surgem nos hospitais 1,6 milhões de úlceras, acarretando um custo para o sistema de saúde de 2,2 a 3,6 biliões de dólares (Beckrich, 1999). Num estudo realizado no Reino Unido os autores constataram que o custo do tratamento das úlceras de pressão ronda as 1,064 libras para as de categoria I e de 10,551 libras para as de categoria IV, o que anualmente representa um total de 1,4 a 2,1 biliões de libras, sendo que uma grande porção se destina ao tempo despendido pelos enfermeiros (Bennett G., 2004). Na Holanda, o orçamento despendido para os hospitais em 2005 foi de 17 biliões de euros, em que de 1,21% a 1,41% do orçamento total foi gasto nos cuidados a úlceras de pressão (Schuurman, 2009). Em Espanha, o custo de tratamento de úlceras de pressão situa-se em cerca de 461 milhões de euros, isto é, 5% do orçamento anual para a saúde (Soldevilla, 2007).

É importante reter que estudos referentes aos custos do tratamento das úlceras de pressão apontam para a relação próxima entre a diminuição de custos e a implementação de medidas preventivas (Dunn 2008).

1.5 - Epidemiologia

Para uma nova abordagem deste problema tem contribuído o aumento do número de estudos epidemiológicos nesta área o que tem reflexos na diminuição da prevalência das úlceras de pressão e, também, na constatação da importância da sua prevenção e do seu tratamento, conducentes a uma crescente qualidade dos cuidados prestados. (VanGilder, MacFarlane & Meyer, 2009).

Vários estudos relacionados com a prevalência das úlceras de pressão têm vindo a ser desenvolvidos em diversos países. No Canadá, um estudo realizado em 2003 em diversos níveis de assistência revelou valores de prevalência de 26%, variando de 15% a 30% (Woodbury, 2003). Num hospital universitário da Turquia, a prevalência calculada foi de 11,6% (Tan, 2008). Quanto aos Estados Unidos, foi determinada uma prevalência de úlceras de pressão, em 2009, em cuidados combinados de 12,3%; adquiridas nas instituições de 5%; nos serviços de cuidados agudos de 11,9% (VanGilder et al, 2009). Apresentando valores muito diferentes em relação aos que nos são apresentados em estudos no Ocidente, está o primeiro estudo de prevalência realizado na China que apresenta valores de 1,8% (Zhao, 2010).

A nível da Europa, temos um estudo que se destaca e que foi desenvolvido com o apoio da EPUAP, em que participaram hospitais gerais e universitários de 5 países (Portugal, Bélgica, Itália, Reino Unido e Suécia). Obteve-se como resultado, uma prevalência de úlceras de pressão (categoria I-IV) de 18,1%, e, excluídas as úlceras de categoria I, uma prevalência de 10,5% (Vanderwee, 2007). O sacrum e os calcanhares foram os locais mais afetados. Dos pacientes que requeriam medidas preventivas, apenas 9,7% receberam cuidados preventivos completamente adequados.

Este ano foi publicado um estudo desenvolvido na República da Irlanda onde a prevalência de úlceras de pressão foi de 9%, das quais, 28% de categoria I, 33%

categoria II, 15% categoria III e 24% categoria IV, localizadas principalmente no sacrum (58%) e calcanhares (25%). Também 77% apresentavam baixo risco ou não se apresentavam em risco de desenvolver úlceras de pressão. Quanto à mobilidade, 53% estavam completamente imobilizados ou com mobilidade muito limitada, e 58% estavam acamados/sentados (Moore e Cowman, 2012).

Quanto a dados de prevalência de úlceras de pressão em Portugal, temos um estudo que engloba todos os níveis assistenciais, realizado nos arquipélagos da Madeira, Açores e Canárias, em que os valores de prevalência das úlceras de pressão foram, respetivamente, de 22,7%, de 9% e de 12,4% (Cardoso, 2007). Na sequência de um outro estudo realizado para a implementação nacional da Escala de Braden, desenvolvido em 8 hospitais distribuídos por Portugal Continental, concluiu-se que a maior prevalência de úlceras de pressão foi nos serviços de medicina com 17,4%, unidades de cuidados intensivos com 16,6% e serviços de urgência com 15,3%; sendo que a prevalência geral se situou em 11,5% (Ferreira et al, 2007).

PARTE II – CONTRIBUIÇÃO PESSOAL (INVESTIGAÇÃO)

1 – OBJETIVO

O presente estudo, tendo por fim contribuir para o melhor conhecimento da situação em Portugal, teve como objetivo estimar a prevalência das úlceras de pressão em hospitais da região norte e conhecer fatores de risco a elas associadas, além de identificar a localização e categoria das úlceras de pressão existentes, o equipamento de prevenção e frequência do reposicionamento dos doentes nos hospitais, e verificar se a prevalência difere do Inverno para o Verão.

2 - METODOLOGIA

Neste capítulo iremos explanar o percurso da fase prática deste estudo, onde se incluem o tipo de estudo e amostra, o instrumento utilizado para a colheita de dados, os procedimentos para a sua concretização e as considerações éticas.

2.1 – Tipo de estudo e amostra

A epidemiologia parte do princípio de que as doenças não surgem de forma aleatória na população humana, pelo que estuda a sua distribuição e avalia as suas causas, de forma a contribuir para a prevenção e controlo (Mausner & Kramer, 1999). Neste contexto, a epidemiologia é um pilar base da saúde comunitária e da prática clínica, sendo determinante para posteriores investigações (Gordis, 2009).

Neste trabalho o tipo de estudo utilizado é o estudo de prevalência ou transversal, visto que se visa determinar o número de pessoas com úlceras de pressão na nossa população e num determinado momento (Defloor, 2002). A principal característica destes estudos é o facto do investigador, quando observa os indivíduos da população ou amostra, não ter à partida conhecimento dos que são doentes ou sadios, os expostos e os não-expostos (Franco, 2005).

Neste sentido, a nossa população é todos os doentes internados nos hospitais da região Norte e a amostra é 673 doentes, 401 do Hospital Pedro Hispano e 272 do Hospital São João, internados até às 0h do dia 1 de Março e do dia 30 de Agosto de 2011, dos quais são 355 mulheres e 318 homens, com média de idades de 67.11 anos, tratando-se de uma amostragem não probabilística acidental.

2.2 – Instrumento de colheita de dados

Como instrumento de colheita de dados foi utilizada uma versão do inquérito criado pela NPUAP e EPUAP **(**anexo 1**),** validado através de um estudo efetuado ao nível da Europa (Vanderwee, 2007).

A versão deste instrumento traduzida e validada para Portugal **(**anexo 2**)** deriva de um estudo iniciado em 2003 que incluiu vários hospitais distribuídos por Portugal Continental (Ferreira, 2007) e que tinha por objetivo principal validar a escala de Braden a nível nacional. O inquérito inclui seis componentes: na primeira, regista-se o número identificativo da instituição, do serviço e do momento da colheita (onda); na segunda, os dados gerais do indivíduo (idade e sexo); na terceira, está integrada a Escala de Braden para avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão, com o acrescento de uma pergunta referente à incontinência, uma vez que a EPUAP, para a criação deste inquérito, entendeu ser fundamental incluir este item, visto que é referenciado na Escala de Norton (anexo 3**)** como um fator de risco para desenvolver úlceras de pressão; na quarta, regista-se a presença e categoria da úlcera de pressão mais grave de acordo com a classificação da EPUAP, tal como a localização de outras úlceras; na quinta contempla-se a prevenção das úlceras de pressão através da presença de equipamento estático e dinâmico e frequência de posicionamentos dos doentes na cama ou cadeira; e, por fim, na última componente, é mencionado o local onde a úlcera de pressão foi adquirida.

Quanto à Escala de Braden, esta divide-se em seis subescalas: percepção sensorial, humidade, atividade, mobilidade, nutrição e fricção e forças de deslizamento. Cada subescala está pontuada de 1 a 4, exceto a fricção e forças de deslizamento que está pontuada de 1 a 3. O somatório das pontuações pode variar entre 6 e 23. Quanto mais baixo for o somatório de todas as subescalas, maior será o risco para desenvolver úlceras de pressão. Tendo por base a orientação da Direcção-Geral de Saúde, em Maio de 2011 ficou estabelecido que o somatório igual ou superior a 17 corresponde a indivíduos com baixo risco de desenvolver úlceras de pressão, e igual ou inferior a 16 a alto risco.

De forma a efetuarmos uma colheita de dados mais completa e precisa, também foi utilizada uma versão de um outro questionário relativo à condição da pele **(**anexo 4), e que foi validado por este mesmo estudo, onde se regista o local anatómico de todas as úlceras existentes e qual a sua categoria.

Como no primeiro contacto com os enfermeiros do Hospital São João estes mostraram-se preocupados com o tempo que demoraria a fazer a colheita, optou-se por fazer uma versão mais concentrada destes questionários, onde não se repetiriam pontos, nomeadamente a localização de todas as úlceras de pressão **(**anexo 5**)**.

O tratamento dos dados foi realizado através do cálculo e análise estatística utilizando o programa IBM SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 19.0.0.329.

A taxa de prevalência foi calculada pela razão entre os casos encontrados de doentes com úlceras de pressão pelo total de doentes internados nos hospitais. Optou-se por comparar serviços de categorias semelhantes, em vez de hospitais, pois o peso de cada serviço varia de hospital para hospital.

As variáveis estudadas foram a idade, sexo, a Escala de Braden através da percepção sensorial, da humidade, da actividade, da mobilidade, da nutrição e da fricção e forças de deslizamento, a incontinência, o total de doentes com úlceras de pressão, a sua localização anatómica e categoria (nomeadamente da úlcera de pressão mais grave), a presença de equipamento de prevenção na cama e na cadeira, o reposicionamento na cama e na cadeira e o local onde foi adquirida a úlcera de pressão.

2.3 – Procedimentos

Primeiramente foi requerido à secretaria da Universidade Católica Portuguesa em Abril de 2010 um comprovativo da aprovação do Concelho Científico do projeto de investigação. Após a receção do mesmo em Maio de 2010, foi então elaborada uma carta que continha, além de uma cópia do comprovativo, uma cópia do projeto de investigação e um documento dirigido ao Presidente do Conselho de Administração, ou Concelho de Gerência no caso do Hospital da Prelada **(**anexo 6**)**, a solicitar autorização para a realização do estudo. Estas cartas foram entregues em mão pela investigadora nos Hospitais Pedro Hispano, São João, Prelada e Centro Hospitalar do Porto, no respetivo sector administrativo responsável pela receção deste tipo de documentos. Ao Instituto

Português de Oncologia foi enviado um e-mail para o Centro de Formação e nele anexado o projeto de investigação.

Da parte do Hospital Pedro Hispano foi recebido um e-mail do Enfermeiro Coordenador do Grupo das Úlceras da Unidade Local de Saúde de Matosinhos, a pedir mais informações acerca deste estudo de forma a dar um parecer à Administração do Hospital. Após os devidos esclarecimentos, em Agosto de 2010 foi rececionado um e-mail do secretariado do Conselho da Administração informando da autorização para realizar o estudo (anexo 7).

Do Hospital de São João foi rececionado um e-mail da parte do secretariado da Comissão de Ética para a Saúde onde informava que para apreciação e emissão de parecer seria necessário entregar uma série de documentos **(**anexo 8). Também era uma exigência haver um elo de ligação entre o investigador e os serviços, em que somente este elo, um enfermeiro do respetivo serviço, estaria autorizado a colher os dados.

Iniciou-se a passagem pelos serviços no sentido de obter autorização quer dos Enfermeiros Chefes, quer dos respetivos Diretores, após a apresentação e explicação do projeto de investigação e do instrumento de colheita de dados. Nos serviços de Medicina A1/A2, B1/B2, A3/A4, B3/B4 e Unidade de Cuidados Intermédios de Medicina foi obtida autorização do Diretor Clínico e respetivamente dos Enfermeiros Chefes. Relativamente às Unidades de Cuidados Intensivos Geral, Intensivos Urgência e Intermédios Urgência foi também obtida autorização da Diretora e dos Enfermeiros Chefes. Como este processo foi um pouco moroso, optou-se por colher apenas dados nestes serviços. Esta escolha teve em conta o tipo de doentes que tais serviços apresentavam, sendo à partida doentes com maior risco de desenvolver úlceras de pressão. Foi solicitado aos Enfermeiros Chefes para, se possível, indicarem um enfermeiro que fosse o elo de ligação com a investigadora. Todos os enfermeiros contactados indicaram um enfermeiro, com exceção de uma Enfermeira Chefe, situação que impossibilitou a colheita de dados na Unidade de Cuidados Intermédios de Medicina. Na Medicina B3/B4, que também é da sua responsabilidade, foi possível encontrar elos de ligação por indicação de outros enfermeiros envolvidos no estudo. Na Medicina B1/B2 o elo de ligação indicado pelo Enfermeiro Chefe foi transferido dias antes da primeira colheita para outro serviço e na medicina A4 também não foi possível

encontrar um elo de ligação, não tendo sido possível efetuar em ambos os serviços a colheita de dados.

Após um contacto prévio com os enfermeiros indicados pelos Enfermeiros Chefes em que foi explicado o estudo e averiguada a sua disponibilidade e interesse em contribuir para a realização do mesmo, ficaram como elos de ligação em cada serviço, e foram-lhes explicados os objetivos do estudo, dada uma explicação sobre o instrumento de colheita de dados e esclarecidas todas as dúvidas.

Foram entregues os documentos devidamente preenchidos à Comissão de Ética para a Saúde, a qual deu em Julho um parecer de que necessitava de esclarecer algumas questões junto da investigadora. Foi agendada uma reunião em Agosto com o Presidente da Comissão, que apresentou algumas sugestões de forma a ser mais percetível nos documentos entregues, o procedimento da recolha de dados. Após incluir as alterações sugeridas no questionário eletrónico, este foi enviado novamente por e-mail e entregue em suporte de papel corrigido. Em Dezembro de 2010 foi recebida uma carta a informar da aprovação pela Comissão de Ética para a Saúde, bem como a autorização do Conselho de Administração para iniciar a investigação (anexo 9).

Relativamente ao Centro Hospitalar do Porto, inicialmente não foi recebida nenhuma informação durante algumas semanas, pelo que a investigadora se deslocou à Instituição para averiguar. Verificou-se que teria havido algum erro no servidor de e-mail e que a instituição havia já enviado um e-mail em Junho de 2010, pelo que o secretariado da Comissão de Ética para a Saúde e dos Estudos de Investigação voltou a enviar o e-mail com os documentos de preenchimento obrigatório para posterior análise do estudo. A investigadora deslocou-se novamente à Instituição para iniciar a obtenção das autorizações das diferentes entidades, começando num serviço de Medicina, no qual a Enfermeira Chefe informou que só daria autorização se o Diretor do serviço autorizasse primeiramente. Como este não se encontrava disponível a investigadora deslocou-se noutro dia e após se reunir com o Diretor, este deu indicação que só autorizava o estudo após prévia autorização do Conselho de Gestão. A investigadora seguiu para este departamento que também informou que não poderia ser o ponto de partida encaminhando para outro departamento. Seguiram-se outras duas paragens e na última encaminharam para a primeira entidade. Desta forma, e ponderando já o tempo

despendido apenas com o início do processo burocrático, decidiu-se desistir de efetuar o estudo nesta Instituição e avançar com outras.

No Hospital da Prelada o estudo foi recusado pela Comissão de Ética pois exigiam um consentimento informado assinado por todos os doentes que participassem no estudo, e como seria só a investigadora a fazer a colheita de dados este procedimento inviabilizaria o estudo por não haver tempo suficiente num único dia para recolher as assinaturas dos consentimentos e os dados para o estudo.

No Instituto Português de Oncologia, o pedido foi igualmente recusado, pois já teriam muitos estudos de investigação a decorrer naquele momento na Instituição.

Tendo em conta a disponibilidade de todos os enfermeiros envolvidos, foi estabelecido no princípio do ano 2011 a data da primeira colheita, 1 de Março. Alguns dias antes da colheita a investigadora deslocou-se ao Hospital São João e entregou os questionários aos enfermeiros, assim como uma cópia com a descrição da escala de Braden (anexo 10), voltando a realizar uma breve explicação sobre o instrumento de colheita de dados e deixou o seu contacto telefónico para eventuais dúvidas.

No Hospital Pedro Hispano, a investigadora encontrou-se nesta mesma data com o Coordenador do Grupo das Úlceras, que explicou como se consultava os dados pretendidos no computador através do programa SAPE (*Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem*) 10G e supervisionou toda a colheita de dados. Não foi possível colher os dados relativos à incontinência, ao equipamento de prevenção na cadeira e ao reposicionamento na mesma, pois não são considerados neste programa informático, logo também não são registados. Por carência de tempo só foi possível colher dados nos serviços de Cirurgias, Medicinas, UCIP (Unidade de Cuidados Intermédios Polivalente) e SMI (Serviço de Medicina Intensiva).

A segunda colheita foi marcada para dia 30 de Agosto de 2011, seguindo os mesmos trâmites da primeira. Porém, uma vez que era época de férias, no Hospital S. João não foi possível marcar uma outra data em que todos os elos de ligação estivessem ao serviço, pelo que não foi possível colher dados na Unidade de Cuidados Intensivos Geral e na Unidade de Cuidados Intermédios de Urgência. No Hospital Pedro Hispano

foi possível colher dados nos mesmos serviços da primeira colheita, e ainda nos serviços de Ortopedia H, Medicina G e Urologia.

Por fim, em relação à incontinência e ao equipamento e reposicionamento na cadeira, só foi possível colher dados no Hospital São João, porque no programa informático onde foram colhidos os dados no Hospital Pedro Hispano, não existia registo destes parâmetros.

2.4 – Considerações éticas

A obtenção do consentimento informado inviabilizava a realização deste estudo, pois como se tratava de uma colheita num único dia específico, não haveria tempo suficiente para falar com os doentes ou com os familiares dos que fossem incapazes, sendo que havia o risco da amostra ser menor, bem como a adesão dos enfermeiros que colaboraram ser inferior pela carga horária que isto implicaria, uma vez que além de terem de colher os dados, também teriam de fazer a ligação entre o investigador e todos os doentes internados na sua unidade. Assim, a Comissão de Ética para a Saúde do Hospital São João autorizou a realização deste estudo com a condição de que os enfermeiros desta Instituição durante a prestação de cuidados fariam a observação da condição da pele do doente e após, na sala de trabalho, no decorrer dos registos já necessários e que advêm da sua função, fariam o preenchimento do inquérito. Desta forma, o doente não seria incomodado e salvaguardava-se a sua identidade e dados pessoais.

No Hospital Pedro Hispano, a colheita de dados decorreu numa sala particular com um computador, onde o Enfermeiro Coordenador do Grupo das Úlceras esteve a supervisionar a colheita, sendo que só foi permitido o acesso aos dados necessários para o preenchimento do questionário, preservando-se assim o normal funcionamento dos serviços, sem subcarga de funções para os enfermeiros e a privacidade dos doentes.

Desta forma, a investigadora não teve acesso quer aos doentes, quer a dados para além dos pretendidos, os doentes não foram lesados ou incomodados uma vez que a colheita de dados advém da observação do enfermeiro da Instituição aquando da

prestação dos cuidados de enfermagem e dos registos que já fazem no seu dia-a-dia profissional, e houve o compromisso para com ambas as Instituições da confidencialidade dos dados e a não utilização destes para outro fim.

3 – ANÁLISE DOS DADOS

Foram avaliados doentes internados em 20 serviços distintos. A primeira colheita incluiu os serviços de Medicina A1, Medicina A2, Medicina A3, Medicina B3, Medicina B4, Unidade de Cuidados Intensivos Geral, Unidade de Cuidados Intensivos Urgência e Unidade de Cuidados Intermédios de Urgência do Hospital São João. No Hospital Pedro Hispano colheu-se nos serviços de Cirurgia B, Cirurgia C, Cirurgia I, Medicina D, Medicina E, Medicina F, Medicina M, UCIP e SMI. Já a segunda colheita realizou-se nos serviços de Medicina A1, Medicina A2, Medicina A3, Medicina B3, Medicina B4 e Unidade de Cuidados Intensivos Urgência do Hospital São João. No Hospital Pedro Hispano colheu-se nos serviços de Cirurgia B, Cirurgia C, Medicina D, Medicina E, Medicina F, Medicina M, UCIP, Ortopedia H, Medicina G, SMI e Urologia.

Como referido na metodologia, optou-se por comparar serviços de categorias semelhantes, em vez de hospitais. Como tal, criaram-se 3 categorias: especialidades médicas (Med), onde se incluiu todos os serviços de Medicina e UCIP; especialidades cirúrgicas (Cir), onde se incluiu os serviços de Cirurgia, Urologia e Ortopedia; e, por fim, os serviços de Medicina Intensiva e Urgência (SMIU), onde se incluiu a Unidade de Cuidados Intensivos Geral, Unidade de Cuidados Intensivos Urgência, Unidade de Cuidados Intermédios Urgência e SMI.

3.1 – Características da amostra

No total foram colhidos dados de 673 doentes. Relativamente ao género, nota-se uma ligeira predominância de mulheres (53% vs 47% de homens). No entanto, se analisarmos por categorias, nas especialidades médicas nota-se uma predominância mais acentuada das mulheres: 56% vs 44%; nas restantes categorias, com pequena diferença, há mais homens que mulheres.

A distribuição de idades por categorias é similar e varia dos 20 aos 99 anos. De notar apenas que é na categoria de especialidades médicas que se encontra um maior

número de idosos, o que também se reflete na idade média, que é de 71,26 anos. Contudo, nas três categorias encontram-se idosos internados com idade igual ou superior a 90 anos.

		Med	Cir	SMIU	Total
	N	446	170	57	673
Género	Homens	44%	54%	51%	47%
	Mulheres	56%	46%	49%	53%
Idade	12-28 anos	1%	4,7%	3,5%	2,1%
	29-39 anos	3%	5,3%	7,0%	3,7%
	40-59 anos	16%	27,1%	45,6%	21,2%
	60-69 anos	20%	19,4%	8,8%	18,6%
	70-79 anos	27%	24,7%	26,3%	26,3%
	80-89 anos	30%	17,6%	7,0%	24,7%
	90 ou mais anos	5%	0,6%	1,8%	3,4%
	Mínimo	20	21	27	20
	Máximo	99	90	92	99
	Média	71,6	62,88	50,21	67,11
	Desvio padrão	13,80	17,16	13,24	14,90

Tabela 1 – Valores descritivos da amostra, total e por categorias

3.2 – Valores do preenchimento da Escala de Braden

Aplicando a Escala de Braden com os dados encontrados/disponíveis obtivemos os valores apresentados na Tabela 2. Relativamente à perceção sensorial, verificamos que os SMIU apresentam os valores mais altos de doentes completamente limitados (38,6%) ou muito limitados (21,1%). Já nas especialidades cirúrgicas 77,6% dos doentes não apresentam qualquer limitação. Em relação à exposição à humidade, a grande maioria apresenta a pele raramente húmida (54,8%) ou ocasionalmente húmida (34,2%), sendo apenas de notar que nas especialidades cirúrgicas os doentes estão menos expostos à humidade. É nos SMIU que se verifica uma maior percentagem de doentes acamados (80,7%) e nas especialidades cirúrgicas 52,4% dos doentes anda frequentemente.

Relativamente à mobilidade, a maioria dos doentes não apresenta qualquer limitação ou apenas ligeira limitação (63,5%), sendo nas especialidades cirúrgicas onde se encontra o maior número de doentes sem qualquer limitação (51,2%); pouco mais de um terço dos doentes dos SMIU encontram-se completamente imobilizados. Quanto à

nutrição, a maioria dos doentes apresenta uma adequada nutrição (52,0%), e 20,8% apresenta uma excelente nutrição. É nos SMIU que se apresenta o maior número de doentes com uma nutrição pobre ou provavelmente inadequada (52,6%); nas especialidades cirúrgicas 45,3% têm uma excelente nutrição. A fricção e as forças de deslizamento constituem um problema real para 23,8% dos doentes, atingindo nos SMIU o valor mais alto, com 56,1%. É nas especialidades cirúrgicas que se encontra o maior número de doentes sem qualquer problema (65,9%) e nas especialidades médicas o maior número de doentes com problema potencial (40%).

Com base nos valores obtidos nas seis dimensões da Escala de Braden, verificamos que a média é de 17,052, o que significa que existe, para o número maior de doentes, um baixo risco de desenvolver úlceras de pressão. É nos SMIU que se obtém a média mais baixa com 12,138, ou seja, é onde encontramos os doentes em maior risco de desenvolver úlceras de pressão.

		Med	**Cir**	**SMIU**	**Total**
	N	446	170	57	673
Percepção sensorial	Completamente limitada	10%	0,0%	38,6%	9,8%
	Muito limitada	17%	5,3%	21,1%	14,1%
	Ligeiramente limitada	29%	17,1%	15,8%	24,7%
	Nenhuma limitação	45%	77,6%	24,6%	51,4%
Exposição à humidade	Pele constantemente húmida	4%	1,2%	3,5%	3,3%
	Pele muito húmida	9%	1,2%	14,0%	7,7%
	Pele ocasionalmente húmida	37%	19,4%	56,1%	34,2%
	Pele raramente húmida	50%	78,2%	26,3%	54,8%
Atividade	Acamado	26%	13,5%	80,7%	27,3%
	Sentado	25%	8,8%	17,5%	20,1%
	Anda ocasionalmente	23%	25,3%	0,0%	21,5%
	Anda frequentemente	27%	52,4%	1,8%	31,1%
Mobilidade	Completamente imobilizada	12%	0,0%	45,6%	12,0%
	Muito limitado	28%	14,7%	28,1%	24,4%
	Ligeiramente limitado	33%	34,1%	14,0%	31,9%
	Nenhuma limitação	27%	51,2%	12,3%	31,6%
Nutrição	Muito pobre	2%	4,1%	17,5%	4,2%
	Provavelmente inadequada	26%	12,4%	35,1%	23,2%
	Adequada	58%	38,8%	45,6%	52,0%
	Excelente	14%	45,3%	1,8%	20,8%
Fricção e forças de deslizamento	Problema real	26%	6,5%	56,1%	23,8%
	Problema potencial	40%	27,6%	29,8%	36,1%
	Nenhum problema	34%	65,9%	14,0%	40,1%
Escala de Braden	Média	16,53	19,906	12,138	17,052
	Desvio padrão	4,59	3,82	3,6599	4,65

Tabela 2 – Valores da Escala de Braden

Por fim, e como referido na metodologia, em relação à incontinência, só foi possível colher dados no Hospital São João, porque no Hospital Pedro Hispano, as zonas no programa informático a que se teve acesso, não apresentam qualquer referência à situação de continência do doente, apenas havendo referência aos doentes que se apresentavam algaliados. Daí o fato de na coluna das especialidades cirúrgicas não haver quaisquer valores mencionados.

Os doentes que se apresentam com incontinência (urinária ou urinária e fecal) encontram-se mais nos SMIU (81,8% e 73,2%, respetivamente), do que nas especialidades médicas (63,4% e 52,6%, respetivamente). No global dos serviços, existe igual percentagem de doentes com incontinência dupla e, sem incontinência (42,1%), seguindo-se-lhe a incontinência ocasional (9,2%) e a urinária (6,6%).

		Med	Cir	SMIU	Total
	N	232	0	41	273
Incontinência	Não	47,4%	0,0%	12,2%	42,1%
	Ocasional	10,3%	0,0%	2,4%	9,2%
	Urinária	5,6%	0,0%	12,2%	6,6%
	Urinária e intestinal	36,6%	0,0%	73,2%	42,1%

Tabela 3 – Valores descritivos da incontinência

3.3 - Classificação do risco segundo a Escala de Braden

Na classificação do risco seguimos as orientações da Direção Geral da Saúde de 2011, que determina que doentes com classificação entre 6 e 16 apresentam alto risco, e entre 17 e 23 baixo risco.

Desta forma, como se pode observar pela tabela 4, com uma pequena diferença, é maior o número de doentes com baixo risco (380) do que com alto risco (293) (56% vs 44%). Relativamente à análise por serviço, podemos observar que, enquanto nos SMIU existem notoriamente mais doentes com alto risco (50 vs 7); já nas especialidades cirúrgicas acontece o oposto, com 140 doentes com baixo risco para 30 com alto risco de desenvolverem úlceras de pressão.

	Med	Cir	SMIU	Total %
N	446	170	57	100%
Baixo risco	233	140	7	56%
Alto risco	213	30	50	44%

Tabela 4 – Classificação do risco segundo a Escala de Braden

Através do gráfico 1 é visualizada esta proximidade entre a percentagem de doentes com alto e baixo risco.

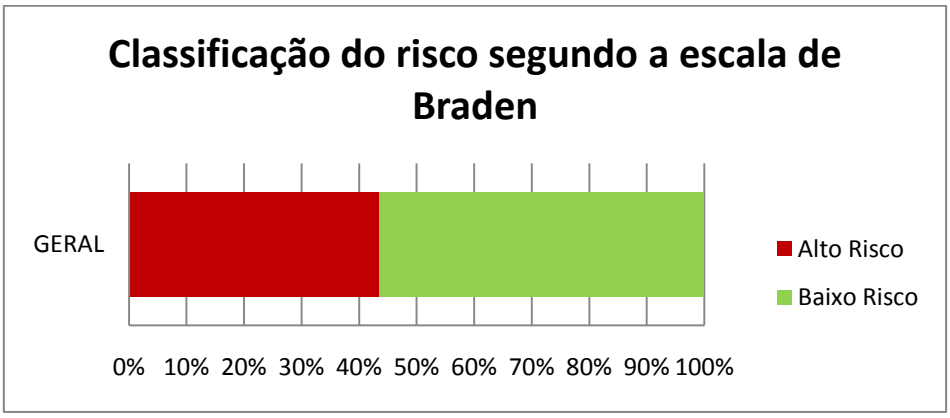


Gráfico 1 – Distribuição do risco segundo a Escala de Braden

Numa análise diferenciada entre as duas colheitas efetuadas, uma no Inverno e outra no Verão, podemos observar através da tabela 5 e do gráfico 2, que, tal como na análise anterior, há apenas uma pequena diferença entre os doentes com baixo e alto risco em ambas as estações do ano, sendo que, no Inverno, existem 56% de doentes com baixo risco e 44% com alto risco, e no Verão, 57% de doentes com baixo risco e 43% com alto risco.

	Estação do ano							
	Inverno				Verão			
	Med	Cir	SMIU	Total %	Med	Cir	SMIU	Total %
N	242	63	42	100%	204	107	15	100%
Baixo risco	133	55	6	56%	100	85	1	57%
Alto risco	109	8	36	44%	104	22	14	43%

Tabela 5 – Classificação do risco segundo a Escala de Braden pelas 2 estações do ano

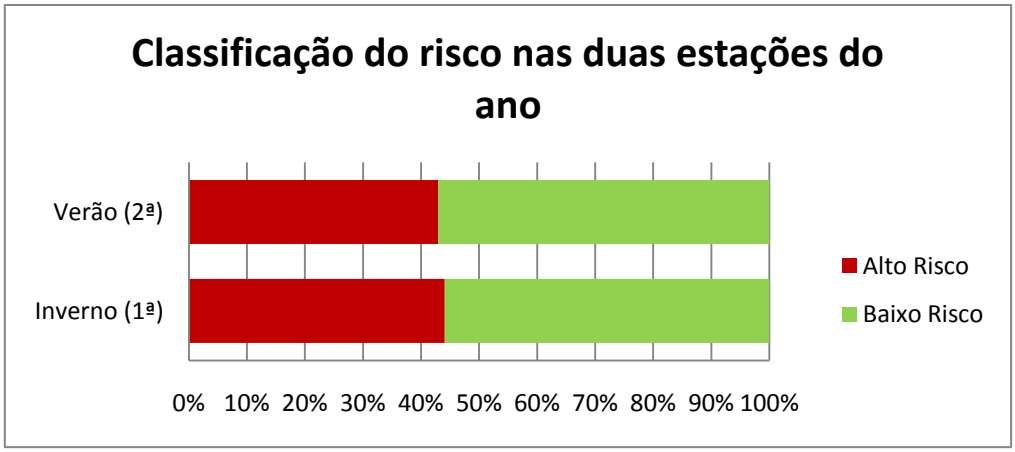


Gráfico 2 – Distribuição do risco segundo a Escala de Braden por estações do ano

3.4 – Presença, caracterização e localização da úlcera de pressão mais grave

Resultante da observação da pele, encontramos 82,9% de doentes sem qualquer úlcera de pressão. Por serviços, é nas especialidades médicas, com 21,5%, que encontramos a maioria das úlceras, seguidas de 17,6% nos SMIU e, por último, com 3% nas especialidades cirúrgicas. Quanto à classificação das úlceras, a categoria II, flictena/abrasão, apesar de com pequena diferença em relação às restantes, é o mais frequente, e é nos SMIU que se encontra a maior percentagem de úlceras profundas/necrosadas (8,8%).

		Med	Cir	SMIU	Total
	N	446	170	57	673
Presença e categoria da úlcera de pressão mais grave	Nenhuma	77,8%	97,1%	80,7%	82,9%
	Eritema não branqueável	4,9%	1.2%	1,8%	3,7%
	Flictena/Abrasão	6,5%	0,6%	3,5%	4,8%
	Úlcera superficial	5,4%	0,6%	3,5%	4,0%
	Úlcera profunda/Necrose	4,7%	0,6%	8,8%	4,0%

Tabela 6 – Presença e categoria da úlcera de pressão mais grave

Quanto à localização (como pela tabela 7 podemos observar) é na região sagrada que se localiza a úlcera de pressão mais grave (38,7%). Seguem-se-lhe outras regiões (descriminadas na tabela 8) com 29,7%, o calcanhar e a anca (20,7% e 10,8%).

		Med	Cir	SMIU	Total
	N	96	5	10	111
Localização da úlcera de pressão mais grave	Sacro	38,5%	60,0%	30,0%	38,7%
	Calcanhar	19,8%	40,0%	20,0%	20,7%
	Anca	12,5%	0,0%	0,0%	10,8%
	Outras	29,2%	0,0%	50,0%	29,7%

Tabela 7 – Localização da úlcera de pressão mais grave

As "outras" localizações identificadas pelos enfermeiros estão bastante dispersas, cabendo ao maléolo e à tuberosidade isquiática a maior percentagem, com 3,6%.

		Med	Cir	SMIU	Geral
Outra localização da úlcera mais grave	Orelha	4,2%	0,0%	0,0%	2,7%
	Nariz	4,2%	0,0%	0,0%	1,8%
	Nádega	4,2%	0,0%	10,0%	4,5%
	Maléolo	4,2%	0,0%	0,0%	3,6%
	Cotovelo	2,1%	0,0%	0,0%	1,8%
	Occipital	0,0%	0,0%	30,0%	2,7%
	Dedo Pé	2,1%	0,0%	10,0%	1,8%
	Zona vertebral	2,1%	0,0%	0,0%	1,8%
	Septo nasal	2,1%	0,0%	0,0%	1,8%
	Escapular	1,0%	0,0%	0,0%	0,9%
	Tuberosidade isquiática	4,2%	0,0%	0,0%	3,6%
	Meato urinário	1,0%	0,0%	0,0%	0,9%
	Perna	2,1%	0,0%	0,0%	1,8%

Tabela 8 – "Outra" localização da úlcera de pressão mais grave

3.5 – Prevenção

Segundo os resultados visualizáveis na tabela 9, a maioria dos serviços ou não apresenta equipamento específico (44,7%) ou apresenta dispositivos não elétricos (55,1%). Nas especialidades médicas e SMIU são onde existe maior utilização de dispositivos não elétricos; nas especialidades cirúrgicas a percentagem da não utilização de equipamento específico é a mais elevada.

Quantos ao reposicionamento verificamos que era regular apenas em 12,5% dos doentes, e em 82,9% dos doentes, era não planeado/irregular. É nas especialidades médicas que se verifica uma percentagem maior para os reposicionamentos regulares (16,8%).

		Med	Cir	SMIU	Total
	N	446	170	57	673
Equipamento na cama	Sem equipamento específico	33,6%	85,3%	10,5%	44,7%
	Dispositivo não elétrico	66,1%	14,7%	89,5%	55,1%
	Dispositivo elétrico	0,2%	0,0%	0,0%	0,1%
Reposicionamento na cama	Nenhum planeado/Irregular	77,8%	97,1%	80,7%	82,9%
	Cada 2 horas	4,9%	1.2%	1,8%	3,7%
	Cada 3 horas	6,5%	0,6%	3,5%	4,8%
	Cada 4 horas	5,4%	0,6%	3,5%	4,0%

Tabela 9 – Materiais e estratégia na cama para a prevenção de úlceras de pressão

Quanto ao equipamento de prevenção e reposicionamento na cadeira, no Hospital Pedro Hispano, como mais uma vez e referido na metodologia, não surge no programa informático a avaliação deste parâmetro, pelo que não foi possível colher os respetivos dados nesta instituição; daí não surgir a coluna referente às especialidades cirúrgicas. Também de referir que não se consideraram os doentes que na Escala de Braden foram referenciados como estando acamados.

Dos dados recolhidos e apresentados na tabela 10, podemos concluir que a maioria dos serviços não utiliza equipamento específico (67,9%) e só 32,1% deles utiliza dispositivos não elétricos. Nenhum serviço utiliza dispositivos elétricos. Quanto ao reposicionamento na cadeira, para quase nenhum doente estava planeado (85,9%); apenas 0,7% dos doentes tinha um reposicionamento em cada duas horas, 10,8% a cada três horas e 2,6% a cada quatro horas.

		Med	SMIU	Total
	N	195	16	305
Equipamento na cadeira	Sem equipamento específico	53,3%	56,3%	67,9%
	Dispositivo não elétrico	46,7%	43,8%	32,1%
	Dispositivo elétrico	0,0%	0,0%	0,0%
Reposicionamento na cadeira	Nenhum planeado/Irregular	79,0%	87,5%	85,9%
	Cada 2 horas	1,0%	0,0%	0,7%
	Cada 3 horas	15,9%	12,5%	10,8%
	Cada 4 horas	4,1%	0,0%	2,6%

Tabela 10 – Materiais e estratégia na cadeira para a prevenção de úlceras de pressão

3.6 – Local onde a úlcera de pressão foi adquirida

A maior parte das úlceras (conforme na tabela 11) foi adquirida no domicílio (62,2%). Se analisarmos distintamente os serviços, observamos que apenas nas

especialidades médicas tal se verifica; nas especialidades cirúrgicas e SMIU é nas enfermarias que a maior parte é adquirida.

		Med	Cir	SMIU	Total
	N	96	5	10	111
Local onde a úlcera de pressão foi adquirida	Domicílio	68,75%	20,0%	20,0%	62,2%
	Enfermaria	11,46%	40,0%	60,0%	17,1%
	Outra enfermaria	14,58%	20,0%	0,0%	13,5%
	Outro local	5,21%	20,0%	20,0%	7,2%

Tabela 11 – Local onde a úlcera de pressão foi adquirida

3.7 – Localização e caraterização das úlceras de pressão existentes

	Med	Cir	SMIU	Geral
Região occipital	0 0,0%	6 30,0%	9 42,9%	15 6,2%
Orelha direita	4 2,0%	0 0,0%	0 0,0%	4 1,6%
Orelha esquerda	4 2,0%	0 0,0%	0 0,0%	4 1,6%
Escapular direita	5 2,5%	0 0,0%	0 0,0%	5 2,1%
Escapular esquerda	5 2,5%	0 0,0%	0 0,0%	5 2,1%
Cotovelo direito	4 2,0%	0 0,0%	0 0,0%	4 1,6%
Cotovelo esquerdo	2 1,0%	0 0,0%	0 0,0%	2 0,8%
Zona vertebral	2 1,0%	0 0,0%	0 0,0%	2 0,8%
Sacrum	46 22,8%	1 5,0%	1 4,8%	48 19,8%
Cóccis	10 5,0%	0 0,0%	0 0,0%	10 4,1%
Crista ilíaca direita	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
Crista ilíaca esquerda	1 0,5%	0 0,0%	0 0,0%	1 0,4%
Trocânter direito	12 5,9%	0 0,0%	0 0,0%	12 4,9%
Trocânter esquerdo	11 5,4%	0 0,0%	0 0,0%	11 4,5%
Tuberosidade isquiática direita	5 2,5%	0 0,0%	0 0,0%	5 2,1%
Tuberosidade isquiática esquerda	2 1,0%	0 0,0%	0 0,0%	2 0,8%
Anca direita	3 1,5%	0 0,0%	0 0,0%	3 1,2
Anca esquerda	6 3,0%	0 0,0%	0 0,0%	6 2,5%
Joelho direito	1 0,5%	0 0,0%	0 0,0%	1 0,4%
Joelho esquerdo	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
⅓ Inferior da perna direita	2 1,0%	0 0,0%	0 0,0%	2 0,8%
⅓ Inferior da perna esquerda	2 1,0%	0 0,0%	0 0,0%	2 0,8%
Maléolos do pé direito	4 2,0%	1 5,0%	1 4,8%	6 2,5%

Maléolos do pé esquerdo	7 3,5%	1 5,0%	1 4,8%	9 3,7%
Calcâneo direito	16 7,9%	4 20,0%	2 9,5%	22 9,1%
Calcâneo esquerdo	21 10,4%	3 15,0%	2 9,5%	26 10,7%
Dedos do pé direito	2 1,0%	2 10,0%	0 0,0%	4 1,6%
Dedos do pé esquerdo	1 0,5%	0 0,0%	2 9,5%	3 1,2%
Outra	24 11,9%	2 10,0%	3 14,3%	29 11,9%

Tabela 12 – Localização de todas as úlceras de pressão por serviço

As zonas em que mais frequentemente se localizam as úlceras de pressão (ver tabela 12), são o sacrum (19,8%), seguido do calcâneo esquerdo (10,7%) e do direito (9,1%), e da região occipital (6,2%). Relativamente à localização das úlceras em cada serviço, nas especialidades médicas, as zonas mais afetadas são respetivamente o sacrum, os calcâneos e os trocânteres. Nas especialidades cirúrgicas, é maioritariamente a região occipital, seguida da dos calcâneos. Por fim, nos SMIU, é na região occipital que se localiza a maior parte das úlceras de pressão.

Em complemento dos dados apresentamos, na tabela 13 está o 11,9% do total das úlceras existentes. Assim, verificamos que, entre as outras localizações, são as nádegas a zona de localização mais frequente.

Face média externa do pé esquerdo	1	**Grade costal direita**	1
Nariz	3	**Costas do lado direito**	1
Meato urinário	1	**Dorso do pé direito**	1
Tornozelo direito	1	**Lombar**	1
Face interna da coxa direita	1	**Pénis**	1
Face exterior da perna esquerda	2	**Mento**	2
Nádega esquerda	6	**Região temporal**	2
Nádega direita	3	**Septo nasal**	2
Costas parte superior	1		

Tabela 13 – Outra localização da úlcera de pressão

Quanto às categorias (tabela 14 e gráfico 3) verificamos que é nas especialidades médicas onde, para todos os níveis se verifica o maior número de doentes com úlceras. No global as frequências são as de categoria II (68), I (65), III (59) e IV (45).

	Med	Cir	SMIU	Total
N	202	20	15	237
Categoria I	55	9	1	65 27,42%
Categoria II	57	5	6	68 28,7%
Categoria III	53	4	2	59 24,9%
Categoria IV	37	2	6	45 18,9%

Tabela 14 – Categoria de todas as úlceras de pressão por serviço

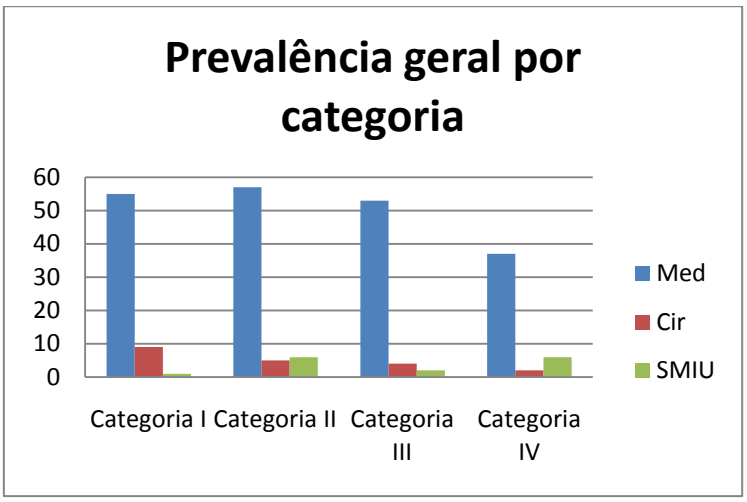


Gráfico 3 – Prevalência de úlceras de pressão por categoria

3.8 – Prevalência de úlceras de pressão por serviço, categoria e estação do ano

Tal como observado anteriormente, encontramos 82,9% de doentes sem qualquer úlcera. Decorrendo daí uma prevalência, em geral, de 16,5%.

As especialidades médicas (gráfico 4) apresentam uma maior prevalência de úlceras de pressão (86,5%), seguidas dos SMIU (9%) e especialidades cirúrgicas (4,5%).

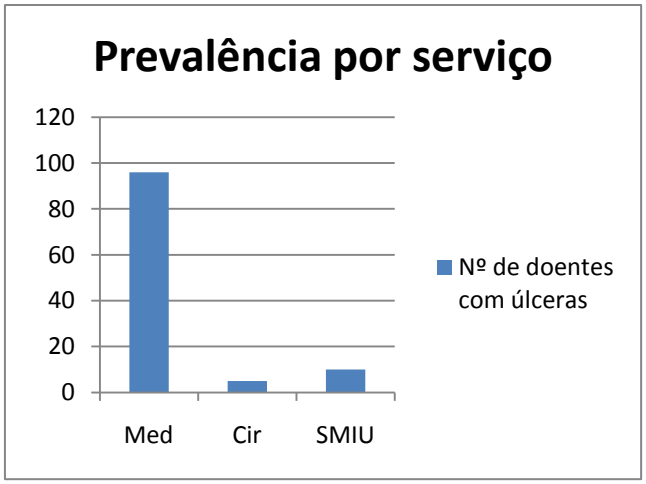


Gráfico 4 – Prevalência de úlceras de pressão serviço

Relativamente à prevalência de úlceras de pressão por serviços e estações de ano, verificamos que não existe grande diferença entre as estações do ano, sendo a prevalência ligeiramente superior no Inverno nas especialidades médicas e SMIU; nas especialidades cirúrgicas é superior no Verão.

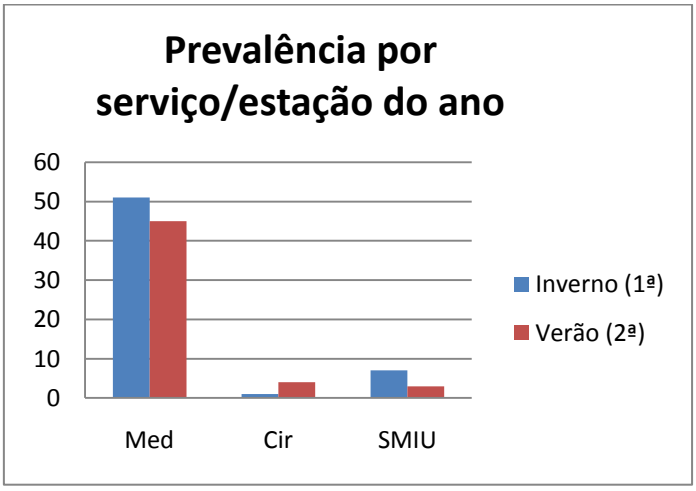


Gráfico 5 – Prevalência de úlceras de pressão por serviço e estação do ano

Quanto à prevalência por categoria nas duas estações do ano, verificamos (gráfico 6) que as úlceras de categoria I e II apresentam maior prevalência no Verão que no Inverno, mas já as de categoria III e IV apresentam maior prevalência no Inverno que no Verão.

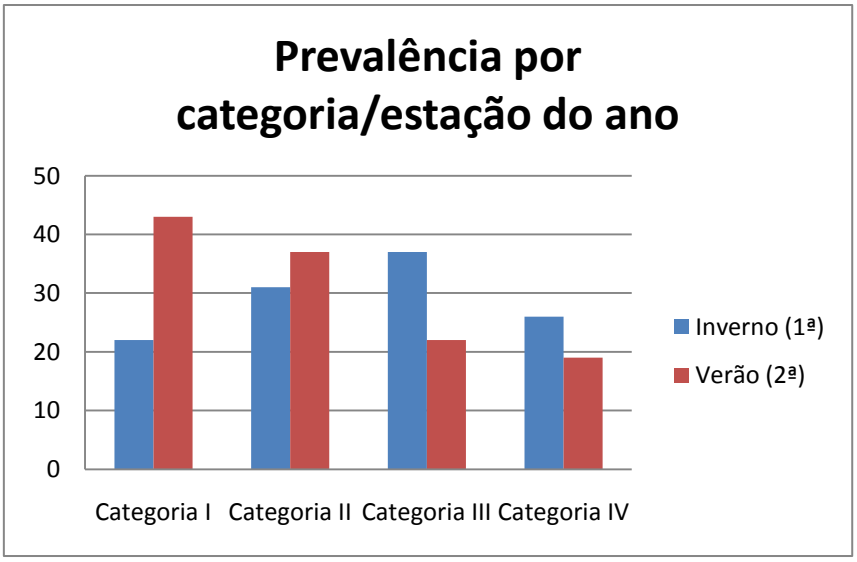


Gráfico 6 – Prevalência de úlceras de pressão por categoria e estação do ano

Por fim (e pela observação do gráfico 7), verificamos que a prevalência geral de úlceras de pressão é ligeiramente superior no Inverno que no Verão. Percentualmente, no Inverno a prevalência é de 53,2% e no Verão de 46,8%.

Gráfico 7 – Prevalência de úlceras de pressão por estação do ano

4 - DISCUSSÃO DOS DADOS

Do objetivo estabelecido inicialmente, determinar a prevalência de úlceras de pressão em doentes hospitalizados na região Norte de Portugal, verificamos que, relativamente às especialidades cirúrgicas e SMIU, a prevalência média de úlceras de pressão é maioritária nas especialidades médicas. Tal pode dever-se ao facto de serem serviços com maior tempo de permanência de acamados, de maiores dimensões (com um número maior de camas) e, acarretando maior pressão de cuidado sobre os profissionais envolvidos, o que pode representar a satisfação não ideal de cuidados. E, também, corresponderem a uma população internada maioritariamente idosa, a esta advindo associada uma série de fatores de risco de desenvolvimento de úlceras de pressão. Tal ficou demonstrado com este estudo em que a média de idades nas especialidades médicas foi de 71,26 anos. Relativamente ao género, 53% diz respeito a mulheres e 44% a homens.

Com este trabalho também se contribuiu para a avaliação dos fatores de risco associados ao desenvolvimento de úlceras de pressão, a determinação da localização anatómica e categoria das úlceras de pressão existentes, identificação do equipamento de prevenção existente, frequência de reposicionamento dos doentes e associação a estações do ano (Inverno e Verão).

Das variáveis estudadas, relativamente à perceção sensorial, verificou-se que os SMIU apresentam os valores mais altos de doentes completamente limitados ou muito limitados. Também, no que toca à atividade, é nestes serviços que se verifica a maior percentagem de doentes acamados (80,7%) e completamente imobilizados (45,6%). Tal pode dever-se às caraterísticas específicas dos doentes internados, ao facto do seu estado geral de saúde ser normalmente mais grave, ou ao tipo de medicamentos administrados nestes serviços. Já nas especialidades cirúrgicas, 77,6% dos doentes não apresentam qualquer limitação, 52,4% andam frequentemente e 51,2% não apresentam qualquer limitação na mobilidade, talvez pelo facto de, muitas vezes, se poder tratar de situações agudas, menos gravosas e com internamentos mais curtos. Também nestes serviços os doentes estão menos expostos à humidade, e mesmo nos restantes serviços a grande maioria apresenta a pele raramente ou ocasionalmente húmida. Tal pode dever-

se ao facto dos profissionais terem mais conhecimentos acerca da etiologia das úlceras, tomando as devidas medidas preventivas. Como nota, neste caso particular, convém referir que, apesar de toda a informação e formação, ainda há muitos profissionais que confundem lesões de humidade e úlceras de pressão, pois os locais onde surgem e o aspeto são idênticos. De qualquer forma, uma pele macerada ou fragilizada está mais suscetível ao desenvolvimento de úlceras de pressão.

É nos SMIU que se apresentam 73,2% de doentes com incontinência urinária e fecal, e verificou-se que 52,6% destes doentes apresentavam estado nutricional (nutrição) muito pobre, um dado que se deve ter em conta, uma vez que é um grupo na sua maioria de alto risco e podem/devem ser implementadas medidas de aporte nutricional. Mais uma vez, é também nos SMIU que a fricção e as forças de deslizamento são um problema real, e nas especialidades médicas para 40% dos doentes é um problema potencial. Isto mais uma vez demonstra que é nestes serviços que se encontram os doentes em maior risco, e em momentos de grandes dificuldades financeiras, é importante, ao contemplar os cortes no número de enfermeiros, ter em consideração a necessidade de recursos humanos suficientes para implementar e aplicar medidas preventivas e prestar cuidados de saúde de qualidade, tendo sempre presente que, tanto para os serviço como para o doente, a prevenção sai mais barata do que o tratamento.

No que respeita à classificação do risco segundo a Escala de Braden, não se verificou uma diferença considerável: o número de doentes com baixo risco é maior (56%) do que o de com alto risco (44%). No entanto, temos de referir que a validação da Escala de Braden contemplava três níveis de risco (baixo, médio e alto) e atualmente estão apenas condensados em alto e baixo. Podemos estar neste estudo no limiar dos de médio risco antes analisado e que se inseriram no risco inferior. Relativamente aos riscos encontrados no nosso estudo, é nos SMIU, com uma média de 12,138, que se encontram mais doentes com alto risco, o que mais uma vez vai de encontro à situação de saúde em que muitas vezes eles se encontram.

Nesta amostra, 82,9% dos doentes não apresentam úlceras de pressão, e é nas especialidades médicas que encontramos o maior número de úlceras (21,5%). Quanto à categoria da úlcera de pressão mais grave, 4,8% encontram-se na categoria II, e as de

categoria IV encontram-se maioritariamente nos SMIU, provavelmente porque muitos doentes têm que estar ou estão imobilizados, situação em que não é possível ou se tornará muito difícil aliviar corretamente as zonas de pressão, ou zonas já com presença de úlcera, agravando o estado da mesma. A localização da úlcera mais grave, verifica-se na região sagrada, e é nas especialidades cirúrgicas que curiosamente se apresenta uma percentagem maior (60%): o que poderá estar relacionado com o facto de no decorrer de uma cirurgia e no tempo pós-cirúrgico os doentes estarem na mesma posição, nomeadamente decúbito dorsal, por um longo período de tempo.

Relativamente ao equipamento de proteção e ao reposicionamento na cama, é de referenciar que apesar de 55, 1% dos doentes terem equipamento de prevenção não elétrico, apenas 12,5% dos doentes são regularmente posicionados. É de salientar que o material de prevenção não substitui a necessidade de reposicionar o doente com frequência. Já na cadeira a situação é ainda mais preocupante: 67,9% dos doentes estão sem equipamento específico, e 85,9% dos doentes não são regularmente posicionados.

Quanto ao local de origem da úlcera de pressão, 62,2% dos doentes adquiriu-a no domicílio; nas especialidades cirúrgicas e SMIU a maior parte foi adquirida na instituição hospitalar.

A localização mais frequente das úlceras de pressão é o sacrum (19,8%), calcâneo esquerdo (10,7%), calcâneo direito (9,1%) e região occipital (6,2%), o que está de acordo com a grande maioria dos estudos publicados (Vanderwee, 2007; Ferreira, 2007). Nas especialidades cirúrgicas e SMIU as úlceras de pressão encontram-se mais frequentemente na região occipital; nas especialidades médicas no sacrum, calcâneos e trocânteres. A categoria mais frequente, tal como anteriormente na úlcera de pressão mais grave, é a categoria II com 28,7%. Este achado, embora diferindo dos estudos nacionais já efetuados (Cardoso, 2004; Ferreira, 2007) vem de encontro aos que internacionalmente estão registados, o que mais faz emergir a necessidade da continuação de investigação no nosso país. O achado poderá, eventualmente, estar associado a uma melhoria na prestação de cuidados ou ações de intervenção, nomeadamente, farmacológicas; poderá também dever-se a uma melhor estimativa da prevalência e acuidade diagnóstica e de prevenção relativamente às úlceras de pressão.

De uma forma geral, é nas especialidades médicas que se apresenta maior prevalência de úlceras, seguidas dos SMIU e especialidades cirúrgicas. Em relação às categorias, as ulceras de categoria I e II são mais frequentes no Verão, as de categoria II e IV mais frequentes no Inverno. Relativamente à prevalência geral praticamente não se verificaram diferenças nas estações, sendo ligeiramente mais alta no Inverno do que no Verão.

Os resultados deste estudo vão ao encontro dos obtidos no estudo desenvolvido em 2004 por Ferreira e colegas. Relativamente à prevalência geral das úlceras de pressão, o nosso estudo obteve um valor de 16,5%, bastante acima de Ferreira que se situou em 11,5%, se bem que em termos de gravidade, os dados por nós obtidos, registam uma baixa, que os torna comparáveis aos valores internacionais publicados e que apresentam a úlcera de categoria II como a mais prevalente, ao contrário dos resultados nacionais referidos, em que a categoria IV é a mais prevalente. Contudo, é difícil fazer a comparação entre as prevalências destes estudos, porque o número de doentes é bastante inferior e os serviços também são distintos e foram agrupados de forma ligeiramente diferente. É importante voltar a salientar, e talvez como o dado mais relevante deste estudo que, apesar do aumento da prevalência, enquanto que nos estudos de 2004 e 2007 as úlceras de categoria IV eram as mais frequentes (4,2% e 38,9% respetivamente), já neste estudo, como referido anteriormente, são mais frequentes as de categoria II, o que poderá significar uma melhoria dos cuidados e um maior conhecimento dos profissionais ao nível do tratamento. De qualquer maneira, é nos serviços de medicina que se verifica a maior prevalência em ambos trabalhos.

CONCLUSÃO

Podemos concluir que já muito tem vindo a ser feito, sendo que em muitos hospitais já se encontra instituída a aplicação regular das escalas de avaliação de risco. Contudo, é preciso ter atenção aos doentes na cadeira, especialmente os que apresentam alteração da sensibilidade, porque com os dados que obtivemos concluímos que ainda é um grupo bastante negligenciado.

Os maiores obstáculos que surgiram no decorrer do estudo foram as questões burocráticas, nomeadamente a falta de preparação dos hospitais em receber investigadores que não sejam seus funcionários, pois sendo alguém externo ao hospital, desconhece os trâmites, a localização dos departamentos, as chefias e colegas que possam colaborar no estudo. Para superar esta situação, foi imprescindível ajuda, especialmente a dos Enfermeiros Chefes.

De referir que seria importante todos os hospitais incluírem no programa informático o registo da incontinência: representa um relevante fator de risco no desenvolvimento das úlceras de pressão e pode influenciar as tomadas de decisão na escolha de medidas preventivas. Igualmente seria importante o registo destas medidas preventivas, nomeadamente no que toca a doentes na cadeira.

É fundamental continuar a desenvolver-se estudos epidemiológicos no sentido de obtermos mais dados fidedignos e atuais que permitam analisar a evolução desta problemática no nosso país.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AUGUSTO, Berta; ALMEIDA, Zélia – Preservar a integridade cutânea, uma prioridade. In RIBEIRO, Fontes et al – *Feridas e úlceras cutâneas*. 1ª ed. Coimbra: Formasau, Formação e Saúde Lda, 1999. ISBN 972-8485-05-0

AYELO, Elizabeth A. et al – Úlceras de pressão. In BARANOSKI, Sharon; AYELO, Elizabeth A. - *O essencial sobre o tratamento de feridas: princípios práticos*. 1ª ed. Lusodidacta, 2005.

BECRICH, K.; ARONOVIGH, S. A. - Hospital-Acquired Pressure Ulcers: A Comparison of Costs In Medical vs. Surgical Patients. **Nursing Economics** [Online]. (1999). [Data de visita: 10 Março, 2010]. Disponível em WWW:<URL:http://findarticles.com/p/articles/mi_m0FSW/is_5_17/ai_n18609011/>.

BENNETT, G. et al - The cost of pressure ulcers in the UK. **Age and Ageing** [Online]. 33:3 (2004), 217-218. [Data de visita: 10 Março, 2010]. Disponível em WWW:<URL:http://ageing.oxfordjournals.org/cgi/reprint/33/3/217.pdf>.

BRADEN, Barbara; BERGSTROM, Nancy - A conceptual schema for the study of the etiology of pressure sore. **Rehabilitation Nursing**. nº 12 (1987), p. 8-16

CARDOSO, L. et al. - Projecto ICE – Estudo de prevalência das UPP: Açores, Madeira e Canárias. (2007) [Data de visita: 13 Fevereiro, 2010]. Disponível em WWW:<URL: http://ice-mac.org/pdf/colectanea/18.pdf>.

CARMO, Hermano; FERREIRA, Manuela. M. - *Metodologia da investigação: Guia para auto-aprendizagem*. 1ª ed. Lisboa: Universidade Aberta, 2005.

CLARK, Michael – Prevenção de úlceras de pressão. In MORISON, Moya J. - *Prevenção e tratamento de úlceras de pressão*. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-68-1

DEALEY, Carol – *Cuidado de feridas: um guia para as enfermeiras*. 2ª ed. São Paulo: Atheneu Editora, 2001. ISBN 85-7454-070-6

DEFLOOR, T. et al - European Pressure Ulcer Advisory Panel. Draft EPUAP statement on prevalence and incidence monitoring [online], 4:1 (2002). [Data de visita:

13 Fevereiro, 2010]. Disponível em WWW:<URL: http://www.epuap.org/review4_1 /page6.html>.

DUNN, R. N.; STANDER, J. - Pressure sores in spinal cord injury: Active intervention saves costs. **Southern African Journal of Critical Care** [Online]. 24:1 (2008). [Data de visita: 10 Março, 2010]. Disponível em WWW:<URL: http://ajol.info/index.php/sajcc/article/viewFile /35546/38416>.

DUQUE, Helena Paula et al – *Úlceras de pressão: uma abordagem estratégica*. Coimbra: Formasau, 2009.

EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL and NACIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL - *Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide*. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel. (2009). [Data de visita: 5 Fevereiro, 2010]. Disponível em WWW:<URL: http://www. epuap.org/guidelines/Final_Quick_Prevention.pdf>.

FERREIRA, Pedro L. et al - *Risco de desenvolvimento de úlceras de pressão – Implementação da Escala de Braden*. Loures: Lusociência, 2007. ISBN 978-972-8930-37-0

FLANAGAN, Madeleine – Prevenção das úlceras de pressão: uma abordagem estratégica. In FURTADO, Kátia et al – *Prevenção e tratamento de úlceras*. 1ª ed. Coimbra: Edições Formasau, Formação e Saúde Lda, 2001. Dossier Sinais Vitais: nº5. ISBN 972-8485-20-H

FRANCO, Joel L.; PASSOS, Afonso D. C. 2005. *Fundamentos de Epidemiologia*. Tamboré: Manole Ltda., 2005. pp. 259

FURTADO, Kátia – Úlceras de pressão. In FURTADO, Kátia et al – *Prevenção e tratamento de úlceras*. 1ª ed. Coimbra: Edições Formasau, Formação e Saúde Lda, 2001. Dossier Sinais Vitais: nº5. ISBN 972-8485-20-H

FURTADO, Kátia et al – *Prevenção e tratamento de úlceras*. 1ª ed. Coimbra: Edições Formasau, Formação e Saúde Lda, 2001. Dossier Sinais Vitais: nº5. ISBN 972-8485-20-H

GORDIS, Leon – *Epidemiology*. 4th ed. Filadélfia: Saunders Elsevier, 2009. pp. 4-8

HIDALGO, Pedro L. P. et al – Risk assessment scales for pressure ulcer prevention: a systematic review. **Journal of Advanced Nursing** [Online]. 54:1 (2006), 94-110. [Data de visita: 19 Setembro, 2012]. Disponível em WWW:<URL: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2006.03794.x/full>.

JORGE, Silvia; DANTAS, Sônia R. P. E. – *Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas*. São Paulo: Atheneu Editora, 2003.

KRASNER, Diane; CUZZELL, Jan – Úlceras de pressão. In GOGIA, Prem P. – *Feridas, tratamento e cicatrização*. Rio de Janeiro: Editora Revinter, 2003.

LYDER, Courtney H. et al – A comprehensive program to prevent pressure ulcers in long-term care: exploring costs and outcomes. **Ostomy Wound Management** [Online]. 48:4 (1999). [Data de visita: 19 Setembro, 2012]. Disponível em WWW:<URL:http://69.167.135.219/article/350>.

MAKLEBUST, Joann; SIEGGREEN, Mary – *Pressure ulcers: guidelines for prevention and nursing management*. 3th ed. Illinois: Sringhouse, 2001. ISBN 1-58255-035-2. [Data de visita: 15 Setembro, 2012]. Disponível em WWW: <URL: http://books.google.pt/books?id=nGCH1g6TA28C&pg=PA19&lpg=PA19&dq=pressure+ulcers+:+etiology+and+prevention&source=bl&ots=Kmsb_bG0d6&sig=cZryXRQBLLtpb-WycH4s7_juOmo&hl=pt-PT&sa=X&ei=pIZcUKiSGZS7hAf5pIGQBw&ved=0CC8Q6AEwAA#v=onepage&q=pressure%20ulcers%20%3A%20etiology%20and%20prevention&f=false>.

MAUSNER, J. S.; KRAMER, S. - *Introdução à Epidemiologia*. 2ª ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1999. pp.11

MOORE, Z.; COWMAN, S. - Pressure ulcer prevalence and prevention practices in care of the older person in the Republic of Ireland. **Journal of Clinical Nursing** [Online]. 21: 3-4 (2012) 362–371. [Data de visita: 20 Setembro, 2012]. Disponível em WWW:<URL:

MORISON, Moya J. - *Prevenção e tratamento de úlceras de pressão*. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-68-1

Orientação nº 017/2011 de 19 de Maio de 2011. *Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q)*. Direcção-Geral de Saúde. Lisboa.

PARANHOS, Wana Yeda – Úlceras de pressão. In JORGE, Silvia; DANTAS, Sônia R. P. E. – *Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas*. São Paulo: Atheneu Editora, 2003.

SCHUURMAN, J. P. et al. - Economic evaluation of Pressure Ulcer Care: A Cost Minimization Analysis of Preventive Strategies. **Nursing Economics** [Online]. 27:6 (2009), 390-415. [Data de visita: 10 Março, 2010]. Disponível em WWW: <URL:http://findarticles.com/p/articles/mi_m0FSW/is_6_27/ai_n45557498/>.

SOLDEVILLA, J.J. et al. - The burden of pressure ulcers in Spain. **Wounds** [Online]. 7 (2007) [Data de visita: 10 Março, 2010]. Disponível em WWW: <URL:http://www.woundsresearch.com/article/7501>.

TAN, M. et al. - A Prospective, Descriptive Pressure Ulcer Risk Factor and Prevalence Study at a University Hospital in Turkey. **Ostomy Wound Management** [Online], 53:2 (2008). [Data de visita: 6 Fevereiro, 2010]. Disponível em WWW: <URL:http://www.o-wm.com/article/6775>.

VANDERWEE, K. et al. - Pressure ulcer prevalence in Europe: a pilot study. **Journal of Evaluation in Clinical Practice** [Online], 13 (2007), 227-235. [Data de visita: 22 Fevereiro, 2010]. Disponível em WWW: <URL:http://www3.interscience.wiley.com/journal/118001005/abstract>.

VANGILDER, C.; AMLUNG, S.; HARRISON, P.; MEYER, S. - Results of the 2008 – 2009 International Pressure Ulcer Prevalence Survey and a 3-Year, Acute Care, Unit-Specific Analysis. **Ostomy Wound Management** [Online]. 55:11 (2009) 39-45. [Data de visita: 6 Fevereiro, 2010]. Disponível em WWW:<URL:http://www.o-wm.com/content/results-2008-%E2%80%93-2009-international-pressure-ulcer-prevalence%E2%84%A2-survey-and-a-3-year-acute-care->.

VANGILDER, C.; MACFARLANE, G. D.; MEYER, S. - Results of Nine International Pressure Ulcer Prevalence Surveys: 1989 to 2005. **Ostomy Wound Management** [Online]. 54:2 (2009). [Data de visita: 6 Fevereiro, 2010]. Disponível em WWW:<URL:http://www.o-wm.com/article/8333>.

WOODBURY, M. G. et al. - Prevalence of Pressure Ulcers in Canadian Healthcare Settings. [Online]. 50:10 (2003). [Data de visita: 13 Fevereiro, 2010]. Disponível em WWW:<URL:http://www.o-wm.com/article/3189>.

ZHAO, G. et al. - A cross-sectional descriptive study of pressure ulcer prevalence in a teaching hospital in China. **Ostomy Wound Management** [Online]. 56:2 (2010), 38-42. [Data de visita: 6 Fevereiro, 2010]. Disponível em WWW:<URL:http://www.o-wm.com/content/a-cross-sectional-descriptive-study-pressure-ulcer-prevalence-a-teaching-hospital-china>.

ANEXOS

ANEXO 1 – Instrumento de colheita de dados criado pela EPUAP (versão inglesa)

38077

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

Hospital identification number ○○○○○○○○○○ ○○○○○○○○○○ ○○○○○○○○○○

European Pressure Ulcer Prevalence Study

Minimum Data Set

epuap

General Data

Setting
- ○ University Hospital
- ○ General Hospital
- ○ Local Hospital

Number of Beds
- ○ > 1000
- ○ 500 - 1000
- ○ < 500

Country
- ○ Belgium
- ○ Denmark
- ○ Finland
- ○ France
- ○ Germany
- ○ Greece
- ○ Hungary
- ○ Italy
- ○ Netherlands
- ○ Portugal
- ○ Spain
- ○ Sweden
- ○ United Kingdom
- ○ Other

Patient Data

Age
- ○ < 12
- ○ 12 - 18
- ○ 19 - 39
- ○ 40 - 59
- ○ 60 - 69
- ○ 70 - 79
- ○ 80 - 89
- ○ > 89

Gender
- ○ Female
- ○ Male

Care Group
- ○ Neurology / Rehabilitation
- ○ Intensive
- ○ Chronic Care
- ○ Acute Care / High Dependency

Expected Length of Stay
- ○ < 6 days
- ○ 6 days - 1 month
- ○ > 1 month

Braden Scale

Sensory perception	Moisture	Activity
○ Completely limited	○ Constantly moist	○ Bedfast
○ Very limited	○ Very moist	○ Chairfast
○ Slightly limited	○ Occasionally moist	○ Walks occasionally
○ No impairment	○ Rarely moist	○ Walks frequently
Mobility	**Nutrition**	**Friction and Shear**
○ Completely immobile	○ Very poor	○ Problem
○ Very limited	○ Probably inadequate	○ Potential problem
○ Slightly limited	○ Adequate	○ No apparent problem
○ No limitations	○ Excellent	

Incontinence

Incontinence
○ Not
○ Occasional
○ Usually/Urine
○ Double

Skin observation

Most severe pressure ulcer
- ○ None
- ○ Non-blanchable erythema
- ○ Blister / Abrasion
- ○ Superficial ulcer
- ○ Deep ulcer / Necrosis

Location(s) of most severe pressure ulcer(s)
- ○ Sacrum
- ○ Heel
- ○ Hip
- ○ Other

All existing pressure ulcers

○ Other location

Prevention

Equipment

In bed
- ○ No special equipment
- ○ Non-powered device
- ○ Powered device

In chair
- ○ No special equipment
- ○ Non-powered device
- ○ Powered device

Repositioning

In bed
- ○ No planned/Irregularly
- ○ Every 2 hours
- ○ Every 3 hours
- ○ Every 4 hours

In chair
- ○ No planned/Irregularly
- ○ Every 2 hours
- ○ Every 3 hours
- ○ Every 4 hours

ANEXO 2 – Instrumento de colheita de dados (versão traduzida)

15337

ESTUDO DE PREVALÊNCIA DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

Número ☐☐☐☐☐ Hospital ☐☐☐☐ Onda ☐☐ Número ☐☐☐☐☐

Idade ☐☐ Sexo ☐ Feminino ☐ Masculino

Percepção sensorial
- ☐ Completamente limitada
- ☐ Muito limitada
- ☐ Ligeiramente limitada

Humidade
- ☐ Pele constantemente húmida
- ☐ Pele frequentemente húmida
- ☐ Pele ocasionalmente húmida

Actividade
- ☐ Acamado
- ☐ Sentado
- ☐ Anda ocasionalmente
- ☐ Anda frequentemente

Mobilidade
- ☐ Completamente imobilizado
- ☐ Muito limitada
- ☐ Ligeiramente limitad0
- ☐ Nenhuma limitação

Nutrição
- ☐ Muito pobre
- ☐ Provavelmente inadequada
- ☐ Adequada
- ☐ Excelente

Fricção e forças de deslizamento
- ☐ Problema real
- ☐ Problema potencial
- ☐ Nenhum problema

Incontinência
- ☐ Não
- ☐ Ocasional
- ☐ Urinária
- ☐ Dupla

Úlcera de pressão mais grave
- ☐ Nenhuma
- ☐ Eritema não branqueável
- ☐ Flictena / abrasão
- ☐ Úlcera superficial
- ☐ Úcera profunda / necrosis

Todas as úlceras de pressão existentes
- ☐ Outra localização

Localização da úlcera de pressão mais grave
- ☐ Sacro
- ☐ Calcanhar
- ☐ Anca
- ☐ Outra

Prevenção:

Equipamento na cama
- ☐ Sem equipamento específico
- ☐ Dispositivo não eléctrico
- ☐ Dispositivo eléctrico

Equipamento na cadeira
- ☐ Sem equipamento específico
- ☐ Dispositivo não eléctrico
- ☐ Dispositivo eléctrico

Local onde a UPP foi adquirida
- ☐ Domicílio
- ☐ Enfermaria
- ☐ Outro local
- ☐ Outra enfermaria

Reposicionamento na cama
- ☐ Nenhum planeado/irregular
- ☐ Cada 2 horas
- ☐ Cada 3 horas
- ☐ Cada 4 horas

Reposicionamento na cadeira
- ☐ Nenhum planeado / irregular
- ☐ Cada 2 horas
- ☐ Cada 3 horas
- ☐ Cada 4 horas

© Copyright EPUAP, 2002.
© Copyright validado para Portugal por Cristina Miguéns, João Gouveia, Kátia Furtado, Pedro Ferreira, 2003.

ANEXO 3 – Escala de Norton

Escala de Norton®

Variáveis	Score	Descrição
Estado geral – Capacidades organo-metabólicas		
Bom	4	Doente com bom aspecto, bom poder de reacção.
Médio	3	Reacções moderadas. Aparentemente com bom estado nutricional, mas as análises sanguíneas e urinárias indicam desvios dos valores normais.
Mau	2	O doente não se sente bem. Bebe e alimenta-se pouco e mal.
Péssimo	1	Reacções deficientes ou ausentes. Mau estado em nutrição, as análises sanguíneas e urinárias indicam desvios importantes dos valores normais.
Estado mental – Nível de resposta a ordens		
Consciente	4	Boa orientação temporal, espacial e pessoal.
Apático	3	Atitude de letargia, tendência ao esquecimento, sonolência, passividade e apatia; lento e depressivo; com capacidade para executar ordens simples.
Confuso	2	Desorientação parcial e/ou ocasional; não responde de maneira coerente às questões. Inquieto, agressivo, ansioso, necessitando de ansiolíticos, calmantes ou sonoríferos.
Inconsciente	1	Não reage ao meio envolvente.
Actividade – Grau de actividade física		
Independente	4	Caminha facilmente e deambula com frequência pelo seu quarto ou unidade.
Caminha c/ajuda	3	Caminha ocasionalmente durante o dia pequenas distancias com ajuda. Passa a maior parte do dia na cama ou na cadeira.
Levante para a cadeira	2	A capacidade de caminhar é muito limitada ou inexistente. Não suporta o seu próprio peso e tem que ser ajudado para ser colocado na cadeira.
Acamado	1	Não pode ser levantado.
Mobilidade – Capacidade de mudar de posição sem ajuda		
Autónomo	4	Muda frequentemente de posição sem ajuda.
Limitado	3	Necessita de ajuda para mudar de posição, mas colabora no máximo das suas potencialidades.
Muito limitado	2	Faz sózinho movimentação de membros mas é incapaz de fazer mudanças de posição. Colabora de forma mínima.
Imobilizado	1	Não muda de posição, mesmo ligeira, sem ajuda.
Incontinência – Nível de humidade		
Sem incontinência	4	Controla a emissão de fezes e urina.
Urinária/Fecal	3	Apresenta, por vezes, incontinência urinária ou fecal (perdas ligeiras).
Urinária/Fecal	2	Tem habitualmente incontinência urinária ou fecal.
Urina e fezes	1	Tem incontinência urinária e fecal.

® NORTON, D. – Calculating the risk: reflections on the Norton scale. Decubitus, 2(3), 1989, pp. 24-31.

Alto Risco: 5 a 10 pontos
Médio Risco: 11 a 14 pontos
Baixo Risco: 15 a 20 pontos

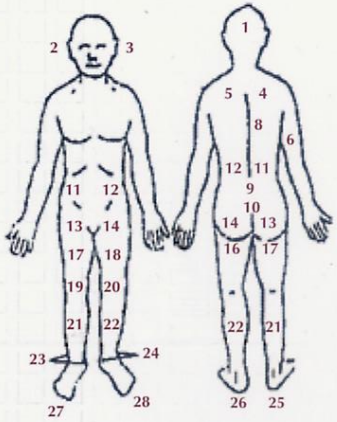
ANEXO 4 – Questionário relativo à condição da pele

QUESTIONÁRIO RELATIVO À CONDIÇÃO DA PELE

0 – Sem qualquer eritema nem solução de continuidade

Avaliações

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐



ESTADIOS

1 – **Eritema não branqueável em pele intacta.** Descoloração da pele, calor, edema ou endurecimento também podem ser indicadores, particularmente em indivíduos de pele escura.

2 – **Perda parcial da integridade da pele,** envolvendo epiderme, derme ou ambas. A úlcera é superficial e clinicamente apresenta-se como abrasão ou flictena.

3 – **Perda da espessura total da pele,** podendo incluir lesões ou mesmo necrose do tecido subcutâneo com extensão até à fascia subjacente, mas sem a atingir totalmente. Úlcera superficial.

4 – **Extensa destruição do tecido** ou envolvendo o músculo, ossos ou estruturas de apoio, com ou sem perda de espessura total da pele. Úlcera profunda ou necrose.

29224

Coloque o estadio

Avaliações

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1 REGIÃO OCCIPITAL	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2 ORELHA DIREITA	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3 ORELHA ESQUERDA	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4 ESCAPULAR DIREITA	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5 ESCAPULAR ESQUERDA	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6 COTOVELO DIREITO	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7 COTOVELO ESQUERDO	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8 ZONA VERTEBRAL	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9 SACRUM	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10 CÓCCIX	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11 CRISTA ILÍACA DIREITA	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12 CRISTA ILÍACA ESQUERDA	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13 TROCANTER DIREITO	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14 TROCANTER ESERUDO	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15 TUBERCULOSIDADE ISQUIÁTICA DIR.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16 RUBERCULOSIDADE ESQUIÁTICA ESQ.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
17 ANCA DIREITA	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
18 ANCA ESQUERDA	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
19 JOELHO DIREITO	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
20 JOELHO ESQUERDO	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
21 1/3 INFERIOR DA PERNA DIREITA	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
22 1/3 INFERIOR DA PERNA ESQUERDA	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
23 MALÉOLOS DO PÉ DIREITO	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
24 MALÉOLOS DO PÉ ESQUERDO	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
25 CALCÂNEO DIREITO	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
26 CALCÂNEO ESQUERDO	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
27 DEDOS DO PÉ DIREITO	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
28 DEDOS DO PÉ ESQUERDO	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
29 OUTROS	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

© Copyright validado para Portugal por Cristina Miguéns, João Gouveia, Kátia Furtado, Pedro Ferreira, 2004.

ANEXO 5 – Instrumento de colheita de dados utilizado neste estudo

ESTUDO DE PREVALÊNCIA DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

Hospital _____ **Número** _____

Idade ____ **Sexo** ☐ Feminino

☐ Masculino

Escala de Braden

1 – Percepção Sensorial		2 – Humidade		3 - Actividade	
1	Completamente limitada	1	Pele constantemente húmida	1	Acamado
2	Muito limitada	2	Pele frequentemente húmida	2	Sentado
3	Ligeiramente limitada	3	Pele ocasionalmente húmida	3	Anda ocasionalmente
4	Sem limitações	4	Pele raramente húmida	4	Anda frequentemente
4 - Mobilidade		**5 - Nutrição**		**6 – Fricção e forças de deslizamento**	
1	Completamente imobilizado	1	Muito pobre	1	Problema real
2	Muito limitada	2	Provavelmente inadequada	2	Problema potencial
3	Ligeiramente limitada	3	Adequada	3	Nenhum problema
4	Sem limitações	4	Excelente		

7 - Incontinência		8 – Úlcera de pressão mais grave		9 – Localização da úlcera de pressão mais grave	
1	Não	1	Nenhuma	1	Sacro
2	Ocasional	2	Eritema não braqueável	2	Calcanhar
3	Urinária	3	Flictena / Abrasão	3	Anca
4	Urinária e intestinal	4	Úlcera superficial	4	Outra
		5	Úlcera profunda / necrose	4.1	Onde:

10 – Prevenção

10.1 - Equipamento					
Na cama	1	Sem equipamento específico	**Na cadeira**	1	Sem equipamento específico
	2	Dispositivo não eléctrico		2	Dispositivo não eléctrico
	3	Dispositivo eléctrico		3	Dispositivo eléctrico

10.2 - Reposicionamento					
Na cama	1	Nenhum planeado/irregular	**Na cadeira**	1	Nenhum planeado/irregular
	2	Cada 2 horas		2	Cada 2 horas
	3	Cada 3 horas		3	Cada 3 horas
	4	Cada 4 horas		4	Cada 4 horas

11 – Local onde a úlcera de pressão foi adquirida

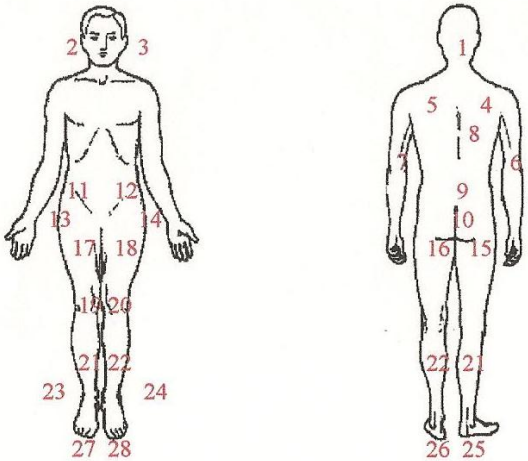
☐ Domicílio

☐ Enfermaria

☐ Outra enfermaria

☐ Outro local

QUESTIONÁRIO RELACTIVO À CONDIÇÃO DA PELE



ESTADIOS

1 – Eritema não braqueável em pele intacta. Descoloração da pele, calor, edema ou endurecimento também podem ser indicadores, particularmente em indivíduos de pele escura.

2 – Perda parcial da integridade da pele, envolvendo epiderme, derme ou ambas. A úlcera é superficial e clinicamente apresenta-se como abrasão ou flictena.

3 – Perda de espessura total da pele, podendo incluir lesões ou mesmo necrose do tecido subcutâneo com extensão até à fascia subjacente, mas sem a atingir totalmente. Úlcera superficial.

4 – Extensa destruição do tecido ou envolvendo o músculo, ossos ou estruturas de apoio, com ou sem perda de espessura total da pele. Úlcera profunda ou necrose.

	Estadio
1 REGIÃO OCCIPITAL	
2 ORELHA DIREITA	
3 ORELHA ESQUERDA	
4 ESCAPULAR DIREITA	
5 ESCAPULAR ESQUERDA	
6 COTOVELO DIREITO	
7 COTOVELO ESQUERDO	
8 ZONA VERTEBRAL	
9 SACRUM	
10 CÓCCIS	
11 CRISTA ILÍACA DIREITA	
12 CRISTA ILÍACA ESQUERDA	
13 TROCANTER DIREITO	
14 TROCANTER ESQUERDO	
15 TUBEROSIDADE ISQUIÁTICA DIREITA	
16 TUBEROSIDADE ISQUIÁTICA ESQUERDA	
17 ANCA DIREITA	
18 ANCA ESQUERDA	
19 JOELHO DIREITO	
20 JOELHO ESQUERDO	
21 ⅓ INFERIOR DA PERNA DIREITA	
22 ⅓ INFERIOR DA PERNA ESQUERDA	
23 MALÉOLOS DO PÉ DIREITO	
24 MALÉOLOS DO PÉ ESQUERDO	
25 CALCÂNEO DIREITO	
26 CALCÂNEO ESQUERDO	
27DEDOS DO PÉ DIREITO	
28 DEDOS DO PÉ ESQUERDO	
29 OUTRO (Especificar)	

ANEXO 6 – Pedido de autorização às instituições

Exmo. Presidente do Conselho da Administração do Hospital / Exmos. Membros do Conselho de Gerência

Assunto: Autorização para realizar um estudo de prevalência de úlceras de pressão

Os melhores cumprimentos.

Raquel Almeida Rebelo da Silva Maia, aluna do Mestrado de Feridas e Viabilidade Tecidular do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica do Porto, está a implementar/colaborar num estudo de investigação sobre a prevalência de úlceras de pressão em doentes hospitalizados na região Norte de Portugal, tendo já o projecto sido aprovado em Conselho Científico da Universidade Católica do Porto, no âmbito da minha tese de mestrado, como pode ser comprovado em documento anexo.

A finalidade será avaliar a prevalência deste tipo específico de feridas de modo a contribuir para uma base de dados actualizada com vista à prevenção de úlceras de pressão e suas consequências nomeadamente qualidade de vida, consumo de tempo e recursos...

O estudo a realizar em dois períodos distintos contemplará serviços como Neurologia, Reabilitação, Cuidados Crónicos e Agudos, em que os doentes apresentam diminuição da mobilidade. Para tal, a enfermeiro(s) de referência do serviço interessado(s) em participar será entregue o inquérito criado pela NPUAP (National Pressure Ulcer Advisory Panel) e EPUAP (European Pressure Ulcer Advisory Panel) e um instrumento que avalia com maior pormenor a localização, tamanho e profundidade das úlceras existentes (ver em anexos).

Já foram contactados pessoal e informalmente alguns enfermeiros dessa Instituição que se mostraram disponíveis para participar neste estudo.

Concluído o estudo serão disponibilizados os dados relativos a essa Instituição e/ou o próprio trabalho final.

Ao dispor de Vossa Excelência para a clarificação de alguma dúvida e expresso desde já o meu agradecimento.

Assim, e por este meio, vem solicitar e agradecer a anuência dessa Instituição para que este estudo também se realize nessa Unidade Hospitalar. Dados os prazos a cumprir mais solicita uma resposta tão rápida quanto possível (com data limite de 15 de Maio pf).

ANEXO 7 – Autorização do Hospital Pedro Hispano

FW: PEDIDO DE RECOLHA DE DADOS

De: **Carlos Aurélio** (Carlos.Aurelio@ulsm.min-saude.pt)
Enviada: terça-feira, 10 de Agosto de 2010 15:16:30
Para: vermoim71@hotmail.com (vermoim71@hotmail.com)

Para

Raquel Almeida Rebelo da Silva Maia

Serve o presente para lhe comunicar que o seu pedido para recolha de dados, para realizar um estudo de investigação sobre a prevalência de úlceras de pressão em doentes hospitalizados na região Norte de Portugal, foi autorizado, devendo para o efeito entrar em contacto com o Enfermeiro Renato Pinto.

Com os meus melhores cumprimentos

Carlos Aurélio

SECRETARIADO CONSELHO ADMINISTRAÇÃO

Telefone - 22 9391659

carlos.aurelio@ulsm.min-saude.pt

ANEXO 8 – Documentos necessários para a Comissão de Ética para a Saúde do Hospital São João

CES

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

Documentação necessária para a submissão de estudo / projecto de investigação à Comissão de Ética para a Saúde (CES) do Hospital de S. João – EPE

Anexo I Doc. CES 01	Ofício dirigido ao **Presidente do Conselho de Administração do Hospital de S. João – EPE** solicitando autorização para a realização do estudo / projecto de investigação
Anexo II Doc. CES 02	Ofício dirigido ao **Presidente da Comissão de Ética para a Saúde do Hospital de S. João – EPE** solicitando apreciação e parecer sobre o estudo / projecto de investigação
Anexo III Doc. CES 03	**Questionário Electrónico** da CES (Versão 2007) (deve ser preenchido no computador, enviado para o e-mail da CES, imprimido, assinado e entregue, também, em suporte de papel na CES)
Anexo IV	**Protocolo** do estudo / projecto de investigação
Anexo V Doc. CES 04	Folha de **Informação ao participante** no estudo / projecto de investigação (indispensável para a obtenção do Consentimento Informado)
Anexo VI Doc. CES 05	Modelo de **Consentimento Informado** do estudo / projecto de investigação
Anexo VII	**Concordância do Director do Serviço** onde será realizado o estudo / projecto de investigação (na eventualidade da investigação se realizar no âmbito estrito dos profissionais de enfermagem será necessário, também, **declaração de concordância** do respectivo Enf. Chefe/Responsável do serviço onde será realizado o estudo / projecto de investigação)
Anexo VIII	Caso seja um estudo / projecto de investigação universitário (Monografia, Tese de Mestrado ou Tese de Doutoramento) deve conter **informação do Orientador da Tese** sobre o mesmo
Anexo IX Doc. CES 06	Na eventualidade de não pertencer a esta Instituição, sendo o centro de ensaio nesta Instituição, deve indicar o elemento clínico (do serviço onde será realizado o estudo / projecto de investigação) que funcionará como **elo de ligação** aos doentes, seus processos ou familiares
Anexo X	Breve ***Curriculum Vitae*** do(s) Investigador(es) do estudo / projecto de investigação
Anexo XI	**Acordo / Protocolo Financeiro** (aplicável quando o estudo / projecto de investigação apresente encargos para o Hospital ou o respectivo Conselho de Administração entenda ser devida ao HSJ alguma compensação. Deve ter-se em atenção a Deliberação do Conselho de Administração do Hospital de S. João – EPE, relativa a ensaios clínicos, exarada em reunião de 9 de Agosto de 2006)
Anexo XII	**Apólice de Seguro** (na eventualidade de a investigação implicar intervenção clínica deve ser considerado a realização de um seguro para participantes)

Hospital de São João
Gabinete da CES – Piso 9
Alameda Prof. Hernâni Monteiro
4202-451 PORTO

Telefone: 225512126
Extensão Interna: 1044
Telemóvel: 912382077

@
comissao.etica@hsjoao.min-saude.pt

CES

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

QUESTIONÁRIO ELECTRÓNICO

PARA SUBMISSÃO DE PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO À

COMISSÃO DE ÉTICA PARA SAÚDE DO HOSPITAL DE S. JOÃO – EPE

NOTA: A Comissão de Ética para a Saúde do Hospital de S. João (CES) chama a atenção dos investigadores para a legislação actual, Lei 46/2004 de 19 de Agosto, que comete à CEIC a responsabilidade de elaborar pareceres sobre Ensaios Clínicos.

2007

Modelo CES 03

A preencher pela CES

Projecto: ____ / _____

Relator: _____

Data de Recepção: ____ / ____ / _____

Data de Parecer da CES: ____ / ____ / _____

CES

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

1. **IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO / PROJECTO**

a. *Nome do Investigador Principal:*

b. *Título do Estudo / Projecto de Investigação:*

c. *Nome da Entidade Promotora (se aplicável):*

d. *Serviço(s) hospitalar(es) onde será realizada a investigação:*

e. *Existem outros centros, nacionais ou não, onde a mesma investigação será efectuada?*

SIM ☐

NÃO ☐

f. *Descreva, sucintamente, os objectivos da investigação:*

g. *Data previsível de conclusão do Estudo / Projecto de Investigação:*

(Após a conclusão do estudo / projecto de investigação deve comunicar à CES o seu término, bem como enviar cópia dos resultados obtidos)

2. **RISCOS / BENEFÍCIOS**

a. *A investigação envolve doentes?*

SIM ☐

NÃO ☐

II

CES

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

b. *A investigação envolve voluntários sãos?*

SIM ☐
NÃO ☐

c. *Que benefícios imediatos poderão advir para os participantes?*

d. *Que riscos ou incómodos lhes podem ser causados?*

e. *A investigação envolve indivíduos privados do exercício de autonomia (crianças, pessoas com incapacidade temporária ou permanente do exercício de autonomia)?*

SIM ☐ *Quais?*

Que razões justificam este envolvimento?

NÃO ☐

3. CONFIDENCIALIDADE

a. *Serão realizados questionários aos participantes?*

SIM ☐ (Se sim, junte, por favor, um exemplar do questionário que será utilizado)
NÃO ☐

b. *Indique como será garantida a confidencialidade dos dados obtidos?*

CES

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

c. *Está previsto o acesso aos dados do processo clínico do doente?*

SIM ☐
NÃO ☐

c.1. *Se sim, por quem?*

☐

c.2. *Se sim, está assegurada a utilização da Ficha Clínica Avaliável (FCA)?*

SIM ☐
NÃO ☐

4. CONSENTIMENTO

a. *Está prevista a obtenção de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido?*

SIM ☐
NÃO ☐
NÃO APLICÁVEL ☐

b. *Está contemplada uma informação escrita para o participante, clarificadora dos objectivos, dos riscos e dos benefícios decorrentes deste estudo/projecto de investigação, bem como da sua inteira liberdade para decidir da sua aceitação em participar?*

SIM ☐
NÃO ☐
NÃO APLICÁVEL ☐

(se sim, junte uma cópia da informação a prestar ao doente, bem como do impresso a ser assinado para esse fim – pelo doente, por quem o represente, se incapaz, se analfabeto ou a rogo. O modelo disponibilizado pela Comissão de Ética para a Saúde para obtenção de consentimento após adequada informação é **optativo**)

IV

CES

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

5. PROPRIEDADE DOS DADOS

a. *Havendo Promotor, os dados obtidos constituirão propriedade exclusiva desta entidade?*

SIM ☐
NÃO ☐

b. *Estão definidos critérios de publicação dos resultados da investigação?*

SIM ☐
NÃO ☐

6. RETRIBUIÇÃO FINANCEIRA

a. *A investigação proposta envolve exames complementares?*

SIM ☐ *Quem suportará os seus custos?*

NÃO ☐

b. *Este projecto é financiado?*

SIM ☐ *Qual a entidade financiadora?*

NÃO ☐

c. *Está contemplado qualquer ressarcimento ou remuneração aos doentes:*

	SIM	NÃO	NÃO APLICÁVEL
Pela participação no estudo	☐	☐	☐
Pelas deslocações	☐	☐	☐
Pelas faltas ao serviço	☐	☐	☐
Pelos danos resultantes da sua participação no estudo	☐	☐	☐

7. SEGURO

a. *Este estudo/projecto de investigação prevê intervenção clínica que implique a existência de um seguro para os participantes?*

SIM ☐ (Se sim, junte, por favor, cópia da Apólice de Seguro respectiva)
NÃO ☐

V

CES

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

8. TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, abaixo-assinado, _____,
na qualidade de Investigador Principal, declaro por minha honra que as informações prestadas neste questionário são verdadeiras. Mais declaro que, durante o estudo, serão respeitadas as recomendações constantes da Declaração de Helsínquia (com as emendas de Tóquio 1975, Veneza 1983, Hong-Kong 1989, Somerset West 1996 e Edimburgo 2000) e da Organização Mundial da Saúde, no que se refere à experimentação que envolve seres humanos.

Porto, ____ / _____ / 20____

_____

O Investigador Principal

	PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE DO HOSPITAL DE S. JOÃO
emitido na reunião plenária da CES de ___/_____/_____	

VI

Exmo. Senhor
Presidente do Conselho de Administração
do Hospital de S. João – EPE

Assunto: Pedido de autorização para realização de estudo/projecto de investigação

Nome do Investigador Principal:

Título do projecto de investigação:

Pretendendo realizar no(s) Serviço(s) de _____ do Hospital de S. João – EPE o estudo/projecto de investigação em epígrafe, solicito a V. Exa., na qualidade de Investigador/Promotor, autorização para a sua efectivação.

Para o efeito, anexa toda a documentação referida no dossier da Comissão de Ética do Hospital de S. João respeitante a estudos/projectos de investigação, à qual endereçou pedido de apreciação e parecer.

Com os melhores cumprimentos.

Porto, ____ / _____ / 20____

O INVESTIGADOR/PROMOTOR

_____

Exmo. Senhor
Ilmo. Presidente da Comissão de Ética do
Hospital de S. João

Assunto: Pedido de apreciação e parecer

Nome do Investigador Principal:

Título do projecto de investigação:

Pretendendo realizar no Departamento/Serviço de _____ do Hospital de S. João o projecto de investigação em epígrafe, solicito a V. Exa., na qualidade de Investigador Principal, a sua apreciação e a elaboração do respectivo parecer.

Para o efeito, anexo toda a documentação referida no dossier dessa Comissão respeitante a projectos de investigação.

Com os melhores cumprimentos.

Porto, (data)

O INVESTIGADOR PRINCIPAL

_____

Exmo. Senhor
Presidente do Conselho de
Administração do Hospital de S. João –
EPE

Assunto: Autorização para realização do estudo "Prevalência de úlceras de pressão em Hospitais na Região Norte de Portugal", no Serviço de _____

Eu, _____, para os devidos efeitos, declaro que autorizo que a investigadora Raquel Almeida Rebelo da Silva Maia realize no Serviço de _____ o estudo "Prevalência de úlceras de pressão em Hospitais da Região Norte de Portugal".

Com os melhores cumprimentos.

Porto, ____ / _____ / 20____

DIRECTOR/ ENFª CHEFE

_____

DECLARAÇÃO

Identificação do Investigador Principal:

Instituição a que pertence o Investigador Principal:

Título do Estudo/Projecto de Investigação:

Serviço onde pretende realizar o Estudo/Projecto de Investigação:

De acordo com a ética institucional, o profissional de saúde ("elo de ligação" pertencente ao serviço onde será realizada a investigação) que fará a ligação do investigador com os doentes, seus processos ou familiares é _____, o qual, ao assinar este documento, declara ter conhecimento da Nota informativa da CES intitulada "ELO DE LIGAÇÃO".

Data: ____ / _____ / 20____

Profissional do Serviço

_____

Investigador(a) Principal

_____

O "ELO DE LIGAÇÃO"

NOTA INFORMATIVA DA CES

O Hospital de S. João recebe, hoje, muitos pedidos para realização de estudos de investigação, por profissionais que não pertencem a esta Instituição. Torna-se indispensável, nestas circunstâncias, acautelar os direitos dos doentes e, bem assim, a confidencialidade devida aos seus dados pessoais, para que os mesmos não possam ser revelados sem o respectivo consentimento.

Para responder a esta questão, a Comissão de Ética do Hospital de S. João criou a figura do "Elo de ligação" que corresponderá ao profissional de saúde que aceita assumir a responsabilidade de fazer a ligação do doente ao investigador não pertencente ao Hospital de S. João.

O "Elo de ligação" deve assim ser um profissional da equipa de saúde do doente, nomeadamente seu médico ou seu enfermeiro, conhecedor pois, pela inerência das suas funções assistenciais, dos dados pessoais do doente que acompanha.

Ao "elo de ligação" competirá, agora, efectuar um contacto prévio com o doente. Neste contacto, o profissional de saúde terá como tarefa primordial informar o doente:

1. Do interesse do investigador em contactá-lo, para o convidar a participar no estudo
2. Dos direitos que lhe pertencem para, livremente, aceitar ou recusar este contacto do investigador, sem que dessa decisão decorra qualquer prejuízo para a assistência a que tem direito
3. De que será, enquanto "Elo de ligação", o garante do respeito pela confidencialidade de todos os seus dados que, constantes do processo clínico, nada tenham a ver com o estudo em causa

Só depois desta anuência do doente é que será possível o investigador aceder à entrevista com o doente e, agora, iniciar toda a dinâmica inerente ao processo que conduzirá a um eventual consentimento do doente a participar no estudo.

ANEXO 9 – Autorização do Hospital São João

Ministério da Saúde

Hospital de S. João, E.P.E.

Exma. Sra.
Enf.ª Raquel Maia
Rua Nova da Lage 71, 4º Tras
4470-320 Maia

17.DEZ10 20994

Sua referência | Sua comunicação de | Nossa referência | Data | N.º

ASSUNTO **Autorização para a realização de Projecto de Investigação**

Projecto de Investigação – *"Prevalência de úlceras de pressão em Hospitais na Região Norte de Portugal"*

Junto envio em anexo cópia do parecer e da aprovação da Comissão de Ética para a Saúde, bem como autorização do Conselho de Administração sobre o referido projecto, para poder dar início à sua investigação.

Com os melhores cumprimentos.

Porto, 17 de Dezembro de 2010

O Secretário da Comissão de Ética para a Saúde

Dr. Pedro Brito

Na resposta indicar a «Nossa referência» - Em cada ofício tratar só de um assunto.

H.S.J. - Mod. 1-D - 80 gr. Pré-Print CÓD. 531011

Hospital de S. João, E.P.E. • Alameda Professor Hernâni Monteiro • 4202-451 PORTO • Telefone: 22 551 21 00 • Email: geral@hsjoao.min-saude.pt

SÃO JOÃO
HOSPITAL

AUTORIZADO
CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO REUNIÃO DE 15 DEZ. 2010
Prof. Doutor António Ferreira
(Presidente do Conselho de Administração)
Dr. João Oliveira — Dra. Margarida Tavares — Enfermeira Euridice Portela
(Administrador Executivo) — (Directora Clínica) — (Enfermeira Directora)

AO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO 139/10
6/12/10
No CA em
Parecer favorável da D.C.

• Hospital São João •
Paulo Bettencourt
Adjunto da Direcção Clínica

Exma. Sra.
Dra. Margarida Tavares
Directora Clínica do Hospital de São João EPE

Assunto: Parecer da Comissão de Ética para a Saúde do Hospital de São João

Projecto de Investigação – *"Prevalência de úlceras de pressão em Hospitais na Região Norte de Portugal"*
Investigadora Principal: Enf.ª Raquel Maia

Junto envio a V. Exa. para obtenção de decisão final do Conselho de Administração o parecer elaborado pela Comissão de Ética para a Saúde relativo ao projecto em epígrafe.

Com os melhores cumprimentos.

Porto, 6 de Dezembro de 2010

O Secretário da Comissão de Ética para a Saúde

Pedro Brito

Dr. Pedro Brito

COMISSÃO DE ÉTICA – Reunião de 28 de Julho de 2010

PREVALÊNCIA DE ÚLCERAS DE PRESSÃO EM HOSPITAIS NA REGIÃO NORTE DE PORTUGAL.

Determinar a prevalência de úlceras de pressão em doentes hospitalizados na região Norte de Portugal.

Identificar a localização anatómica das úlceras de pressão existentes.

Determinar os estádios das úlceras de pressão existentes.

Verificar se a prevalência de úlceras de pressão difere do Verão para o Outono.

Avaliar os factores de risco associados ao desenvolvimento de úlceras de pressão.

Identificar o equipamento existente e a frequência de reposicionamento dos doentes nos hospitais

A investigadora principal é Raquel Almeida Rebelo da Silva Maia, enfermeira no Serviço de Medicina e Reabilitação do Hospital da Prelada e aluna de Mestrado de Feridas e Viabilidade Tecidular da Universidade Católica Portuguesa. Este trabalho tem como objectivo a realização da tese do mestrado referido.
Existe uma declaração do orientador atestando a importância e o interesse do referido estudo.

O Orientador e Coorientador são respectivamente o Prof. Doutor João Amado e o Professor Paulo Alves do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Serviços onde irá realizar o estudo. Serão eles: Medicina A e B, Unidade de Cuidados Intermédios de Medicina, Unidade de Cuidados Intensivos Geral, Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente da Urgência, Unidade de Cuidados Intermédios da Urgência.
Existe autorização da Directora de Serviço das Unidades de Cuidados Intensivos e dos Enfermeiros Chefes dos Serviços onde o estudo será realizado. Falta a autorização do Director do Serviço de Medicina.

Existem elos de ligação para todos s Serviços nomeados.

Trata-se de um estudo em que não há um questionário a realizar aos doentes, *no entanto há um exame fisico para a avaliação das úlceras de pressão e por isso a não aplicabilidade do consentimento informado não nos parece correcta. Deverá além disso ser elaborado identicamente um consentimento para indivíduos privados de exercício de autonomia.*
Além disso na descrição do projecto são referidos interlocutores que andarão nos serviços a recolher a informação referida mas não temos qualquer indicação de quem serão.

A amostra, os critérios de inclusão e de exclusão estão definidos como sendo todos os indivíduos com úlceras de pressão que estejam internados nos serviços referidos em Agosto e Setembro de 2010. O estudo será concluído Outubro de 2010.

Não existem riscos nem benefícios imediatos para os doentes envolvidos.

Todos os dados e variáveis relacionadas com o estudo serão anónimos e propriedade do investigador principal

Não existem encargos já que os dados serão serão preenchidos pela investigadora principal e pela sua equipa.

A Comissão de Ética para a Saúde do Hospital de S. João necessitará, para aprovação do presente estudo, do esclarecimento das questões assinaladas em itálico.

Porto, 28 de Julho de 2010

O relator,

(Prof. Doutora Maria João Cardoso)

Na sequência das considerações expendidas neste Parecer pelo relator, o investigador procedeu a alteração na metodologia do trabalho que agora passará a ser efectuado não lhe cabendo de todo realizar durante a prestação de cuidados de enfermagem mas através da consulta dos registos de enfermagem no processo clínico, e pelo próprio enfermeiro de serviço. Neste contexto, parece-me este projecto de investigação merecer o parecer favorável da CE 2010.11.30

Prof. Doutor Filipe Almeida
Presidente da Comissão de Ética

CES

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

8. TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, abaixo-assinado, Raquel Almeida Rebelo da Silva Maia, na qualidade de Investigador Principal, declaro por minha honra que as informações prestadas neste questionário são verdadeiras. Mais declaro que, durante o estudo, serão respeitadas as recomendações constantes da Declaração de Helsínquia (com as emendas de Tóquio 1975, Veneza 1983, Hong-Kong 1989, Somerset West 1996 e Edimburgo 2000) e da Organização Mundial da Saúde, no que se refere à experimentação que envolve seres humanos.

Porto, 19 / Julho / 2010

A Comissão de Ética para a Saúde tendo aprovado o parecer do Relator, aguarda que o Investigador/Promotor esclareça as questões nele enunciadas para que possa emitir parecer definitivo.

2010.07.28

Prof. Doutor Filipe Almeida
Presidente da Comissão de Ética

Raquel Almeida Rebelo

O Investigador Principal

PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE DO HOSPITAL DE S. JOÃO

emitido na reunião plenária da CES de ___/___/___

Considerando as alterações efectuadas à metodologia de trabalho que investigam, face às indicações expendidas no parecer inicial do relator,

A Comissão de Ética para a Saúde APROVA por unanimidade o parecer do Relator, pelo que nada tem a opor à realização deste projecto de investigação.

2010.11.30

Prof. Doutor Filipe Almeida
Presidente da Comissão de Ética

VI

ANEXO 10 – Escala de Braden

ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

Nome do paciente: _____

					Data da Avaliação			
Percepção sensorial Capacidade de reacção significativa ao desconforto relacionado com a pressão	**1. Completamente limitada:** Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação, OU Capacidade limitada de sentir a dor na maior parte da supertície do corpo.	**2. Muito limitada:** Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação, OU Tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em metade do corpo.	**3. Ligeiramente limitada:** Reage à instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, OU Tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir a dor ou desconforto numa ou nas duas extremidades.	**4. Nenhum impedimento:** Reage às instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir a dor ou desconforto.				
Humidade Nível de exposição da pele à humidade	**1. Pele constantemente húmida:** A pele mantém-se quase sempre húmida devido a transpiração, urina, etc. É detectada humidade sempre que o paciente é deslocado ou virado.	**2. Pele húmida:** A pele nem sempre está húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	**3. Pele ocasionalmente húmida:** A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	**4. Pele raramente húmida:** A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.				
Actividade Nível de actividade física	**1. Acamado:** O paciente está confinado à cama.	**2. Sentado:** Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	**3. Marcha ocasional:** Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.	**4. Marcha frequente:** Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.				
Mobilidade Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	**1. Completamente imobilizado:** Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	**2. Muito limitada:** Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	**3. Ligeiramente limitado:** Muda ligeiramente e com frequência a posição do corpo e das extremidades sem qualquer ajuda.	**4. Nenhuma limitação:** Consegue mudar facilmente e com frequência de posição sem ajuda.				
Nutrição Alimentação habitual	**1. Muito pobre:** Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lacticínios). Ingere poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido OU Está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soros durante mais de cinco dias.	**2. Provavelmente inadequada:** Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lacticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético OU Recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	**3. Adequada:** Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido, OU é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total (TPN) que satisfaz a maior parte das necessidades nutricionais.	**4. Excelente:** Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições de carne e lacticínios. Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.				
Fricção e Forças de deslizamento	**1. Problemas:** Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o paciente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contracções ou agitação leva a fricção quase constante.	**2. Problema potencial:** Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.	**3. Nenhum problema aparente:** Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e têm força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma posição boa na cama ou cadeira a maior parte do tempo.					
				Pontuação total				

Nota: Quanto mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão.

© Copyright Barbara Braden and Nancy Bergstrom, 1988.
© Copyright validado para Portugal por Carlos Margato, Cristina Miguéns, João Gouveia, Kátia Furtado, Pedro Ferreira, 2001.