



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM FERIDAS E VIABILIDADE TECIDULAR

Prevenção e “nascimento” das úlceras de
pressão em doentes hospitalizados:
realidade, desafio ou quimera?

Sónia Loureiro

LISBOA, Outubro de 2011



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM FERIDAS E VIABILIDADE TECIDULAR

Prevenção e “nascimento” das úlceras de pressão em doentes hospitalizados: realidade, desafio ou quimera?

Sónia Loureiro

Sob orientação de Professor Doutor Carlos Laranjeira

Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da

Universidade Católica Portuguesa

para obtenção do grau de Mestre em Feridas e Viabilidade Tecidular

LISBOA, Outubro de 2011

RESUMO

As úlceras de pressão (UP) são uma realidade nos hospitais, bem como noutros serviços de saúde. Constituem uma área de interesse para a investigação em enfermagem, uma vez que, pela incidência, prevalência e particularidades de tratamento, prolongam o tempo de internamento e aumentam o sofrimento e a morbidade dos doentes. Conhecer o que são, as suas causas e factores de risco permite ao enfermeiro implementar acções efectivas de prevenção.

Com este estudo pretende-se caracterizar os indivíduos internados no Hospital Garcia de Orta (HGO), portadores de UP. Deste modo, foi desenvolvido um estudo quantitativo descritivo e correlacional que nos permitisse atingir o objectivo proposto.

O estudo inclui 34 indivíduos com UP, internados nos serviços de Medicina, Cirurgia, Ortopedia/Traumatologia, Unidade de Cuidados Intensivos e Cirurgia Plástica Reconstrutiva/Otorrinolaringologia. O instrumento de colheita de dados é constituído por uma grelha de análise que contém dados sócio-demográficos, clínicos e terapêuticos, tendo sido aplicado por apenas um investigador.

Para o tratamento estatístico dos dados, utilizámos o programa informático estatístico SPSS versão 17. Da análise dos dados verificou-se que: os indivíduos com UP são predominantemente idosos (73.5%); a maioria desses indivíduos já tinha UP à entrada no serviço onde estavam hospitalizados (64.7%); os indivíduos, na sua maioria, tem um tempo de internamento de 6 dias a 1 mês (44.1%); quanto maior é o tempo de internamento mais elevado é o número de UP que se desenvolvem nos indivíduos; a maioria encontra-se classificada como sendo de alto risco para o desenvolvimento de UP (97.1%); a UP mais grave predomina na região sagrada (32.4%) e calcâneos (29.4%); a hipertensão arterial (52.9%), doenças respiratória (21.2%) e diabetes *mellitus* (32.4%) constituem as patologias mais frequentes. A prevalência de UP foi de 5,5% para a amostra estudada.

Ao nível institucional, constatou-se uma escassez de registos de enfermagem com intuito preventivo, bem como a existência de protocolos desatualizados e com poucas atitudes interventivas na área da prevenção de UP.

ABSTRACT

Pressure ulcers (PU) are a reality in hospitals and other health services. Once the incidence, prevalence and specific treatment, prolong the length of stay and increase suffering and morbidity of patients, Pressure Ulcers establish an area of interest for research in nursing. Knowing what they are, their causes and risk factors allow the nurse to implement effective prevention actions.

This study targets to characterize patients with PU hospitalized at the Garcia de Orta Hospital (HGO). Thus, it was developed a quantitative descriptive and correlational study that allowed achieving this objective.

The study includes 34 patients with PU, admitted into the following wards: Medicine, Surgery, Orthopedics, Intensive Care Unit and Reconstructive Plastic Surgery. The data collection instrument consists of an analysis grid that contains demographic, clinical and therapeutic information, and was applied only by one investigator.

For the statistical treatment of data, we used the computer program SPSS version 17. From the data analysis it was found that: individuals with PU are predominantly elderly (73.5%); most of these individuals already had the PU when they entered to the service where they were hospitalized (64.7%); most individuals has a time of stay from 6 days to 1 month (44.1%); the greater the length of stay, the highest is the number of PU that develops in individuals; the majority is classified as being at high risk for the development PU (97.1%); the most severe PU prevails in the sacrum region (32.4%) and ankles (29.4%); hypertension (52.9%), respiratory diseases (21.2%) and diabetes (32.4%) are the most frequent pathologies. The prevalence of PU was of 5.5% for the studied sample.

There was a shortage of nursing records with the purpose of prevention at the institutional level, as well as the existence of outdated protocols and with few actions with the intent of preventing PU.

Agradecimentos

Ao Professor Doutor Carlos Laranjeira, cuja contribuição, sob a forma de sugestões e críticas, orientação científica e encorajamento, foram cruciais para a sua realização.

Aos colegas da turma uma palavra de apreço pelo convívio e aprendizagens partilhadas.

À minha família, força motivadora para a concretização deste projecto, o meu sincero obrigado.

PALAVRAS-CHAVE

Úlcera de pressão

Características da população

Hospitalização

Epidemiologia

KEY WORDS

Pressure Ulcer

Population's Characteristics

Hospitalization

Epidemiology

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
PARTE I – REVISÃO DA LITERATURA.....	5
1 ÚLCERA DE PRESSÃO	7
1.1 CONHECIMENTO EPIDEMIOLÓGICO	7
1.2 ALTERAÇÕES FISIOPATOLÓGICAS.....	10
1.3 ETIOPATOGENIA	12
1.3.1 Idade.....	14
1.3.2 Mobilidade Reduzida.....	16
1.3.3 Estado Nutricional	17
1.3.4 Humidade da Pele.....	19
1.4 CLASSIFICAÇÃO DAS UP.....	20
1.5 CUSTOS ASSOCIADOS	22
2 PREVENÇÃO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO.....	23
2.1 ESCALAS DE AVALIAÇÃO DO RISCO	23
2.1.1 Escala Braden	25
2.1.2 Escala de Norton.....	25
2.2 CUIDADOS A DOENTES PARA PREVENIR UP	26
3 TRATAMENTO DAS ÚLCERAS DE PRESSÃO	33
3.1 TRATAMENTO LOCAL DA UP.....	33
3.2 CUIDADOS CENTRADOS NO SUJEITO.....	35
PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA.....	37
1 DA PROBLEMÁTICA AO OBJECTO DE ESTUDO.....	39
2 METODOLOGIA.....	41
2.1 TIPO DE ESTUDO.....	41
2.2 OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS.....	43
2.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	49
2.4 INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS	51
2.5 PROCEDIMENTOS ÉTICO-FORMAIS.....	52
2.6 COLHEITA DE DADOS	52
2.7 PROCESSAMENTO DOS DADOS	53
3 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	55
3.1 ANÁLISE DESCRITIVA.....	55
3.2 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	55

3.3	ANÁLISE INFERENCIAL	60
3.4	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	62
4	CONCLUSÕES GERAIS	69
4.1	LIMITAÇÕES TEÓRICO METODOLÓGICAS.....	71
4.2	SUGESTÕES E IMPLICAÇÕES FUTURAS	73
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	77
	ANEXOS	83
	ANEXO I - AUTORIZAÇÕES PARA APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	85
	ANEXO II – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	89

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 – MODELO INTEGRADO DO DANO TECIDULAR.	15
FIGURA 2 – CONTRIBUIÇÃO POTENCIAL DA DESNUTRIÇÃO PROTEICO-CALÓRICA PARA A OCORRÊNCIA DE UP.	18
FIGURA 3 – ALGORITMO DE PREVENÇÃO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO.	27
FIGURA 4 – ÁRVORE DE DECISÃO - AVALIAÇÃO E SUPORTE NUTRICIONAL.	29
FIGURA 5 – PARADIGMA PARA PREPARAÇÃO DO LEITO DE UP.	34

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – ÚLCERA DE PRESSÃO MAIS GRAVE POR CATEGORIA.	58
--	----

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1 – PREVALÊNCIAS DE UP PUBLICADAS.	8
QUADRO 2 - SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DAS ÚLCERAS DE PRESSÃO.	20
QUADRO 3 – BENEFÍCIOS E LIMITAÇÕES DAS ESCALAS DE AVALIAÇÃO DE RISCO.	24
QUADRO 4 – PRINCIPAIS CUIDADOS À PELE NA PREVENÇÃO DE UP.	28
QUADRO 5 – FREQUÊNCIA E TÉCNICAS DE POSICIONAMENTOS.	30
QUADRO 6 – RECOMENDAÇÕES PARA A UTILIZAÇÃO DE COLCHÕES E CAMAS DE PREVENÇÃO DE UP.	31
QUADRO 7 – REGIÃO CORPORAL COM UP E CATEGORIA DA LESÃO.	58

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1 – DISTRIBUIÇÃO DOS INDIVÍDUOS SEGUNDO A ESCALA DE BRADEN.....	56
--	----

INTRODUÇÃO

Elaborado no âmbito do Mestrado de Feridas e Viabilidade Tecidual, um trabalho desta natureza não pode deixar de reflectir as motivações que o inspiram e os condicionalismos que o envolvem. Digamos que com ele se procura uma articulação de duas coordenadas distintas e, no entanto, complementares. Antes de tudo, trata-se de procurar corresponder a situações muito concretas, no contexto de uma carreira hospitalar, que fazem com que seja perfilhada uma dinâmica de actualização permanente. A informação, o conhecimento e o saber constituem valores críticos e reflexivos, sendo o seu carácter dinâmico e operativo condições de excelência da acção humana. Nesta perspectiva, o enfermeiro sente cada vez mais a necessidade de desenvolver o seu conhecimento científico e a sua aplicação prática ao nível dos cuidados que presta, procurando corresponder com eficácia aos múltiplos desafios que impendem sobre o seu desempenho profissional. Em segundo lugar, pretende-se contribuir para a investigação numa área ainda pouco desenvolvida em Portugal, como demonstra, aliás, a escassa bibliografia sobre o tema. Ainda que limitado por exigências de natureza metodológica e por circunstâncias de lugar e tempo, como projecto de investigação, este trabalho é uma tentativa séria de atribuição de respostas às questões que se colocam em torno das úlceras de pressão (UP), na consciência de que a investigação em ciências de enfermagem provém da pesquisa sistemática que pode incidir sobre o indivíduo/família (tanto sobre a prática dos cuidados como sobre os seus efeitos) ou sobre o estudo dos contextos em que se desenvolvem os cuidados⁽¹⁾.

Segundo a *European Pressure Ulcer Advisory Panel/National Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP/NPUAP)*⁽²⁾, as UP são definidas como lesões cutâneas e/ou dos tecidos subjacentes, que se localizam, usualmente, sobre uma proeminência óssea, como resultado da pressão ou de uma combinação entre esta e forças de torção.

As UP são um extenso e caro problema no cuidado prestado ao indivíduo, e portanto, conhecer o que são as UP, as suas causas e factores de risco permite, não só ao enfermeiro como a toda a equipa de saúde envolvida, implementar acções efectivas de prevenção. Causadas por factores intrínsecos ou extrínsecos ao indivíduo, as UP são um problema de saúde pública a nível nacional e internacional, sendo a sua prevenção mais eficaz e economicamente viável do que o seu tratamento. De facto, as UP têm vindo a

merecer crescentes preocupações financeiras e políticas, devido aos seus encargos económicos e ao défice de qualidade de vida por elas criado, quer para o indivíduo portador de UP, quer para a própria família. São uma realidade nos hospitais, bem como noutros serviços de saúde, e sempre foram um problema não só para os enfermeiros, mas também para toda a equipa multidisciplinar. Constituem uma área de interesse para a investigação em enfermagem, uma vez que pela incidência/prevalência e particularidades de tratamento, prolongam o tempo de internamento e aumentam o sofrimento e a morbilidade dos indivíduos. Esta problemática afecta essencialmente indivíduos idosos e/ou com problemas de mobilidade associados às suas comorbilidades. Vários estudos apontam também como população em risco os indivíduos com alterações do estado de consciência, défices nutricionais, indivíduos em estado crítico, submetidos a cirurgias longas e em fase terminal ⁽³⁻⁷⁾. É provável que, com uma população idosa e com o aumento da longevidade, o número de indivíduos com UP ou em risco de desenvolver úlceras de pressão continue a aumentar, representando um enorme esforço para os recursos limitados da saúde e das próprias famílias.

Cada vez mais é exigido aos profissionais de saúde e conseqüentemente às instituições que demonstrem a qualidade dos cuidados prestados aos indivíduos, definida a partir de indicadores diversos. Pelo impacto das UP no indivíduo, família e instituição, bem como pelos factores associados ao seu desenvolvimento, torna-se evidente a razão pela qual a prevenção eficaz das UP é considerada um indicador de qualidade de cuidados prestados e deve ser regularmente avaliado nos serviços de saúde.

A obtenção de bons resultados para este indicador provém da melhoria da qualidade dos cuidados, que se baseia na criação de um sistema que aposte na formação dos profissionais, na inovação tecnológica, na melhoria dos procedimentos e na disponibilização de meios, não esquecendo, contudo, a monitorização frequente da sua efectividade ⁽⁸⁾. De salientar que as taxas de prevalência e incidência variam conforme as instituições, o tipo de doentes tratados e ainda do tipo de medidas de prevenção adoptadas. É importante também realçar que, embora o aparecimento de uma UP possa dever-se a cuidados insuficientes ou inapropriados, se a UP se desenvolver apesar da aplicação consistente de intervenções de eficácia comprovada, poderá não reflectir a qualidade de cuidados.

Convém, contudo, realçar que é necessária a criação e implementação de recomendações de boas práticas para se obterem resultados positivos. Porém, estas só serão eficazes se forem tidas em conta as circunstâncias locais de cada instituição.

Nos últimos anos, verificaram-se avanços ao nível das diversas áreas da medicina e a temática das UP não foi excepção. É importante salientar, no entanto, que só com a conjugação do conhecimento e inovação com a actuação multidisciplinar se conseguem obter os melhores resultados de prevenção e tratamento das UP.

As inovações de ordem técnica, nomeadamente no que se refere aos produtos de tratamento local da ferida, permitem que a cicatrização ocorra mais rapidamente, com menor sofrimento para o indivíduo/família e com menores custos para as instituições. É importante salientar que estes produtos são um suplemento ao regime terapêutico do indivíduo, uma vez que as causas subjacentes da ferida devem ser primeiramente tratadas. Só assim se consegue obter a melhor relação custo-efectividade.

É, portanto, essencial que se efectue a identificação dos indivíduos vulneráveis ao aparecimento das UP e que se identifiquem criteriosamente os factores de risco para se poderem adoptar medidas de prevenção, contribuindo, desta forma, para a melhoria da qualidade dos cuidados e, conseqüentemente, da qualidade de vida do indivíduo/família. As acções preventivas são fundamentais e, para sua materialização, é indispensável que todos os profissionais de saúde estejam despertos para esta problemática e saibam actuar em conformidade com as boas práticas, sustentando as suas escolhas/decisões na evidência científica.

Na verdade, só uniformizando os cuidados e baseando-os nas evidências científicas se podem obter os melhores resultados.

Neste contexto, pretende-se desenvolver esta investigação, e seguindo a mesma linha de raciocínio, o estudo debruça-se essencialmente na avaliação das características dos doentes com UP, sendo nossa pretensão identificar o perfil destes indivíduos, no Hospital Garcia de Orta (HGO), ao mesmo tempo que serão identificadas as estratégias de prevenção adoptadas para cada um dos casos estudados.

Sendo assim, os objectivos do trabalho são:

- Contribuir para o desenvolvimento do conhecimento científico;

- Basear a prática assistencial em evidências científicas;
- Uniformizar cuidados ao indivíduo com UP;

Os recursos a utilizar para a concretização da investigação passarão pela realização de uma revisão teórica especializada e pelo estudo empírico com observação participante.

Assim, o presente estudo está estruturado em duas partes fundamentais. Numa primeira parte, que constitui a fundamentação teórica, realizada a partir da consulta e da análise bibliográfica, na qual se proporciona um esquema conceptualizado dos temas abordados, designadamente: úlcera de pressão, prevenção e tratamento da UP; na segunda parte, que constitui a investigação empírica, será abordada a metodologia do trabalho, a análise e discussão dos resultados, e, por fim, a conclusão, na qual serão feitas referências a algumas sugestões.

Parte I – Revisão da Literatura

1 ÚLCERA DE PRESSÃO

Do ponto de vista conceptual, vários termos têm sido utilizados para definir as UP. Entre eles: escara, feridas de pressão e úlceras de decúbito. No entanto, o termo úlcera de pressão tem sido a designação eleita, na medida em que descreve, mais aproximadamente, a etiologia e úlcera resultante. As UP podem surgir em indivíduos internados em serviços hospitalares ou na comunidade e, quando não detectadas a tempo, podem originar lesões profundas da pele.

1.1 *Conhecimento Epidemiológico*

O conhecimento epidemiológico das UP baseia-se essencialmente nas taxas de prevalência e incidência aplicadas nas várias instituições, bem como pela determinação dos factores causais da sua existência. Sendo as UP um problema de saúde pública, a nível nacional e internacional, vários são os estudos publicados que reflectem os valores extremamente altos destas taxas. Não são, contudo, comparáveis dado cada um deles ter sido aplicado em populações e com metodologias diferentes. A quantificação do problema e posterior interpretação leva-nos a conclusões importantes, que possibilitam tomar medidas para a melhoria dos cuidados, apostando na prevenção, e ajudando a reduzir a ansiedade e sentimentos de culpa muitas vezes vivenciados pelos doentes e família.

As taxas de prevalência fornecem dados que permitem identificar a extensão do problema em diferentes grupos ou sociedades, podendo ser uma ajuda na organização de recursos e serviços de saúde e justificando, portanto, os recursos materiais e humanos utilizados.

No nosso país, porém, são poucos os dados disponíveis sobre as taxas de incidência e prevalência das UP.

Dentro dos países da União Europeia, são vários os estudos que fazem referência a taxas de prevalência das UP. O quadro em baixo demonstra cronologicamente as elevadas taxas de prevalência calculadas para diversos países da Europa, em populações de indivíduos adultos hospitalizados, sendo claramente tradutoras desta problemática.

Quadro 1 – Prevalências de UP publicadas.

Tipo de cuidados	País	Metodologia (n)	Prevalência	Bibliografia
Agudos Reabilitação (1 hospital universitário, 2 hospitais na cidade, 7 centros médicos com várias unidades e 1 hospital de reabilitação)	Finlândia	“cross-sectional”(1 dia),11 hospitais, questionário por correspondência, doentes com bem estar físico e psicológico, excepto serviços de ginecologia, obstetrícia , oftalmologia e otorrinolaringologia. (164)	6,4%	Lepistö <i>et al</i> ⁽⁹⁾ .
Agudos	Espanha	“Cross-sectional”, um hospital, descritivo. (107)	17,8%	Pérez ⁽¹⁰⁾ .
Agudos Comunidade (hospitais e casas de saúde com enfermeiros em 2001 e 2002).	Alemanha	Ponto de prevalência, descritivo. (11584)	11,7% (incluindo Categoria I) 5.2% (excluindo categoria I)	Lahmann <i>et al</i> ⁽¹¹⁾ .
Agudos de hospitais universitários	Turquia	Prospectivo, “Cross-sectional” (1 dia), descritivo, nos serviços de adultos de medicina, cirurgia e cuidados intensivos. (344)	11,6%	Uzon e Tan ⁽¹²⁾ .
Cuidados a longo termo	Itália	“cross-sectional” (durante 1 mês), 10 unidades a longo termo. (571)	27%	Capon <i>et al</i> ⁽¹³⁾ .
Agudos de todos os hospitais públicos (excluindo hospitais universitários)	França	“Cross-sectional”, (uma semana), questionário por correspondência, não incluindo doentes emergentes e em ambulatório. (3314)	8,9%	Barrois <i>et al</i> ⁽¹⁴⁾ .
Agudos de hospitais universitários	Suécia	Ponto de prevalência “Cross-sectional”, (durante 1 dia), não incluindo psiquiatria, maternidade, pediatria e hospício. (535)	27%	Wann-Hansson <i>et al</i> ⁽¹⁵⁾ .

Outros estudos corroboram o quadro anterior, nomeadamente o realizado por Vanderwee *et al* ⁽¹⁶⁾, que se dedicou ao cálculo de taxas de prevalência em Portugal,

Bélgica, Itália, Reino Unido e Suécia. Concluiu que, de entre os 5.947 pacientes examinados, 1.078 (18.1%) tinham uma ou mais úlceras de pressão. A Bélgica, a Suécia e o Reino Unido tinham valores de prevalência semelhantes, variando entre 21.1% e 23%. A prevalência de úlceras de pressão foi menor, tanto em Itália (8.3%) como em Portugal (12.5%).

Tendo em conta estes estudos, verificamos que as UP se mantêm como uma situação comum nos diferentes ambientes de cuidados por todo o mundo e, embora apresentem taxas de prevalência com variações consideráveis, são sempre valores elevados. Naturalmente, os valores aumentam à medida que se avaliam populações com risco mais elevado de desenvolver UP. Vários autores apontam como população de risco importante os tetraplégicos, os doentes idosos admitidos com fractura do fémur e os que se encontram em estado crítico ⁽¹⁷⁻¹⁹⁾.

No que se refere às taxas de incidência, verificamos que também este indicador apresenta algumas considerações a ter em conta, pois implica uma avaliação diária da pele, tornando-se muito difícil obter dados fiáveis e comparáveis, ainda mais porque muitas vezes são utilizadas metodologias diferentes para colheita de dados. No entanto, os valores que reflectem o aparecimento de novos casos de UP são preocupantes. A taxa de incidência é o principal indicador de qualidade dos protocolos já instituídos.

Como exemplo, temos o estudo realizado por Nijs ⁽¹⁹⁾, aplicado numa unidade de cuidados intensivos, num hospital da Bélgica, e apenas considerando UP de categoria 2 a 4, obtém uma taxa de 20.1%. Também Sayar ⁽²⁰⁾, efectuou um estudo num hospital da Turquia, igualmente numa unidade de cuidados intensivos, obtendo uma taxa de incidência de 14.3%, considerando todas as categorias de UP.

Analisando os diversos estudos realizados a nível europeu atrás mencionados, constata-se a existência de taxas de prevalência e incidência de UP elevadas. Sendo as UP, na maioria dos casos, evitáveis, estas taxas tornam-se ainda mais preocupantes, sendo fundamental o desenvolvimento de esforços no sentido de prevenir o seu aparecimento. Só através da aplicação de medidas preventivas será possível minimizar o número de patologias identificadas em doentes com outras patologias já diagnosticadas. Os profissionais de saúde devem conciliar a informação sobre a avaliação do indivíduo com os conhecimentos existentes sobre população de alto risco e factores de risco. É importante que a população se mantenha o mais saudável possível, devendo ser

reunidos esforços no sentido de detectar os factores de risco que poderão pôr em causa o seu estado de saúde/qualidade de vida.

1.2 Alterações Fisiopatológicas

Do ponto de vista da prevenção do desenvolvimento das UP, é importante que os profissionais de saúde tenham consciência da fisiopatologia e etiologia das UP, e dos mecanismos adequados a adoptar. Tendo presente que as UP são uma patologia que se forma a partir de áreas de tecido anteriormente viáveis e que, entretanto, se danificam, torna-se necessário conhecer os seus mecanismos de desenvolvimento, de forma a avaliar onde é possível evitar danos ou quais os factores precipitantes que facilitam o seu desenvolvimento.

As UP são consideradas feridas localizadas que se desenvolvem sobre as proeminências ósseas. Surgem quando o tecido mole do corpo é comprimido entre uma proeminência óssea e uma superfície dura, causando pressão superior à tensão capilar⁽²¹⁾. Sendo assim, as estruturas envolvidas no desenvolvimento da UP são a pele, tecido subcutâneo, fáscia profunda, músculo e osso.

A pele é o maior órgão do corpo e possui duas camadas principais: a epiderme e a derme. É relativamente resistente á água, substâncias químicas e bactérias, tendo como principais funções a protecção dos tecidos subjacentes, regulação da temperatura, reserva de nutrientes e ainda a percepção sensorial. A epiderme consiste basicamente em epitélio escamoso estratificado (queratinócitos) e num número pequeno de melanócitos, células de *Langerhans* e células de *Merkel*. As células do epitélio escamoso estão distribuídas em quatro camadas: o estrato córneo, camada granular, estrato espinhoso e estrato germinativo ou camada basal. O estrato córneo possui células que não têm núcleo ou organelos citoplasmáticos, contêm pouca água, estão encaixados firmemente, criando uma barreira física contra a água, bactérias e químicos. São células que estão em constante descamação e a serem renovadas por células provenientes das camadas mais profundas.

A derme está separada da epiderme pela zona da membrana basal também designada por junção dermo-epidérmica.

A derme é constituída por duas camadas, a derme papilar e a derme reticular. É a camada mais espessa da pele sendo essencialmente constituída por fibroblastos e colagénio. O colagénio é sintetizado nos fibroblastos do tecido conjuntivo. São o colagénio e o tecido conjuntivo de elastina que fornecem à pele a característica de flexibilidade e força. A derme possui, ainda, outras estruturas como glândulas sebáceas, glândulas sudoríparas, folículos pilosos, nervos e vasos sanguíneos.

A derme é separada das estruturas mais profundas (fáscia, músculo e osso) pela camada subcutânea que, pelo seu número de células adiposas, confere à pele mobilidade e almofadamento, atenuando a pressão.

O sistema vascular e linfático é responsável pelo fornecimento de nutrientes e oxigénio, necessários ao metabolismo celular, ao mesmo tempo que eliminam os produtos degradados por estas. Sendo assim, quando é aplicada uma carga extrema dá-se uma redução dos níveis de oxigénio transcutâneo. Quando a pressão exercida num local excede o limiar de tolerância tecidual, ou porque são exercidas baixas pressões por longos períodos ou altas pressões por curtos períodos, dá-se uma oclusão parcial ou total dos vasos sanguíneos que resulta em anóxia e no aumento de metabolitos. O alívio da pressão produz um grande e súbito aumento de fluxo sanguíneo no local, dando origem a uma hiperémia reactiva.

Quanto aos mecanismos de desenvolvimento das UP mais graves, que conduzem a ruptura tecidual, a literatura considera três processos fisiopatológicos, tais como:

“Oclusão do fluxo sanguíneo cutâneo e conseqüente dano devido à reperusão abrupta do leito vascular isquémico” (Nixon ⁽²²⁾, p. 25), um fenómeno que provoca lesão tecidual devido à alteração da permeabilidade capilar, à expansão celular endotelial e à adesão neutrófila levando ao edema tecidual, tamponamento capilar e redução ou ausência de fluxo;

“Dano endotelial das arteríolas e da microcirculação devido à aplicação de forças de ruptura e de deslizamento” (Nixon ⁽²²⁾, p. 25), um processo que se caracteriza pela ruptura repetitiva e forças de deslizamento, que causam lesão endotelial celular e a activação de mecanismos de coagulação intrínseco na derme, resultando primeiramente em necrose muscular;

“*Oclusão directa dos vasos sanguíneos pela pressão externa durante um período prolongado, resultando em morte celular*” (Nixon ⁽²²⁾, p. 25). Este fenómeno corresponde à destruição total das camadas da pele, levando à necrose seca por desidratação. A sua natureza seca sugere que a necrose ocorreu sem reperfusão da pele. Este ocorre, normalmente, em zonas da pele mais fina.

Todos os processos atrás referidos podem estar presentes no desenvolvimento da lesão cutânea, já que é difícil construir a situação clínica no momento em que estes mecanismos fisiológicos ocorrem.

1.3 Etiopatogenia

A explicação para o desenvolvimento das UP foi, ao logo do tempo, permanecendo um mistério e, a certa altura, foi mesmo associado a causas sobrenaturais, havendo relatos da existência de UP desde a Antiguidade ⁽²³⁾. Mantendo-se presente as causas do seu aparecimento, apenas sofreu alterações a forma como se tenta explicar o seu aparecimento.

No século XIX, o neurologista Charcot foi a primeira pessoa a tentar explicar cientificamente a causa das UP, sugerindo que eram inevitáveis e que muitas úlceras, particularmente aquelas de categorias iniciais, poderiam ser revertidas e estariam associadas a doenças neurológicas ⁽²⁴⁾. Outras explicações sucederam à teoria defendida por Charcot, sendo a pressão apontada por vários autores como a base de todo o problema.

A aplicação de pressão, por si só, não causa danos. A intensidade da pressão aplicada sobre a pele terá de ser suficiente para causar a oclusão dos vasos sanguíneos subjacentes.

Tal como defendem vários autores, a aplicação de pressão constante mantida por um certo período de tempo é o principal factor que causa UP. Embora, não seja possível determinar quanta pressão é necessária para se atingirem danos tecidulares, pois é algo que difere de indivíduo para indivíduo, podem ser estabelecidos princípios importantes para apoiar a prática de enfermagem.

Os danos tecidulares podem resultar de elevada pressão exercida durante um curto período de tempo ou de uma baixa pressão aplicada durante um longo período ⁽²¹⁾.

A pressão exercida junto à pele é potencializada em forma de cone, levando a que a pressão junto a proeminência óssea seja substancialmente superior, podendo atingir valores quatro vezes superiores aos encontrados junto à pele ⁽²³⁾.

Associando à pressão forças de deslizamento, área de contacto, osso subjacente, profundidade do osso, distribuição da pressão, condições da superfície de contacto e distorção tecidual, aumenta-se a predisposição para o aparecimento de UP (Bennett e Lee, 1985 *cit. in* Morison, ⁽⁴²⁾).

O conceito de tolerância tecidual foi criado por Braden e Bergstrom em 1987, e corresponde à capacidade da pele e suas estruturas de suporte tolerarem os efeitos da pressão sem sequelas ⁽²⁵⁾.

De acordo com Ayello *et al* ⁽²⁶⁾, os tecidos corporais diferem na sua capacidade de tolerar a pressão. Por exemplo, os músculos são mais sensíveis aos danos pela pressão do que a pele. Vários estudos demonstram que o local mais comum para aparecimento de UP é a região sagrada e calcâneos ^(3, 14, 16, 28, 29).

O “nascimento” de uma UP depende de uma completa interacção entre factores relacionados com o indivíduo, condições de comorbilidade e factores tecidulares, assim como circunstâncias relacionadas com a hospitalização e administração de medicamentos.

Na perspectiva de Deaely ⁽³⁰⁾, a tolerância tecidual é favorecida por factores extrínsecos e intrínsecos. Para além da pressão, já referenciada como factor principal, também a fricção e forças de cisalhamento são consideradas, por vários autores, como factores extrínsecos.

A fricção é descrita quando duas superfícies friccionam uma na outra. Esta aumenta claramente a susceptibilidade da pele ao dano por pressão. A causa mais comum é o indivíduo ser arrastado na cama em vez de ser levantado, o que faz com que as camadas superiores epiteliais sejam retiradas.

As forças de cisalhamento afectam todas as camadas de tecido, mas as profundas são as mais afectadas. Esta tensão é causada quando duas superfícies adjacentes deslizam uma contra a outra. Num indivíduo sentado, os componentes internos do

corpo, como a estrutura ósseas, movem-se no sentido descendente no leito, a pele mantêm-se imóvel dando-se uma ruptura de vasos ou estiramento.

Os factores atrás referidos são considerados os principais agentes etiológicos das UP; no entanto, o aparecimento das mesmas não pode ser determinado com base num só factor causal. Existem vários factores de risco que modificam a resistência tecidular do indivíduo. Os factores intrínsecos mais frequentemente descritos na literatura incluem: a idade, mobilidade reduzida, o défice neurológico, o mau estado nutricional, o peso corporal, a incontinência e as doenças sistémicas.

Outros autores ainda acrescentam novos factores que contribuem para o desenvolvimento das UP, tais como: hipoalbuminemia, pressão diastólica baixa, edema periférico, aumento da temperatura corporal, linfopenia, doenças vasculares e administração de determinados medicamentos; imunossuppressores, sedativos e vasopressores ^(3, 27, 29, 31-34).

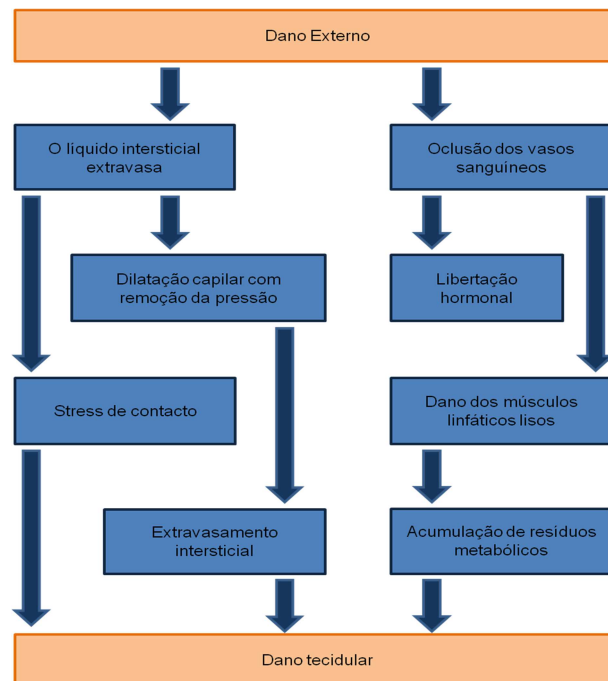
1.3.1 Idade

A idade é um factor crucial no desenvolvimento de UP, como é demonstrado em vários estudos ^(3, 4, 13, 32, 35).

À medida que as pessoas envelhecem, a pele torna-se mais fina (epiderme global e estrato córneo), menos elástica e a taxa de renovação celular diminui, aumentando a descamação. Estas modificações devem-se, em parte, ao facto de o colagénio da derme diminuir em quantidade e qualidade. O colagénio proporciona uma protecção que ajuda a evitar a ruptura da microcirculação ao proteger o fluido intersticial da carga externa ⁽³⁶⁾.

Nixon ⁽²²⁾ desenvolveu um modelo representativo dos acontecimentos etiológicos que se pensa ocorrerem quando o colagénio existente na pele é reduzido. Este modelo relaciona outros factores predisponentes para além da idade, tais como a nutrição, e lesões da espinal-medula, que afectam a síntese, maturação e degradação do tecido conjuntivo.

Figura 1 – Modelo integrado do dano tecidual.



Fonte: Nixon J. Fisiopatologia e etiologia das úlceras de pressão. In: Morison M, Rijswijk L. Prevenção e tratamento de úlceras de pressão. Loures: Lusociência; 2004. p.17-37.

Consequentemente, também a junção dermo-epidérmica nos idosos pode perder espessura até 50% ⁽³⁷⁾.

A integridade do estrato córneo é promovida por substâncias, os corneócitos, conhecidas como factor hidratante natural, uma mistura complexa de aminoácidos livres, aminoácidos derivados e sais, que atraem e retêm água. Este aumento da água intracelular ajuda os corneócitos a manter a sua turgescência e forma, mantendo, assim, uma barreira coerente. Isso, também, ajuda a manter a flexibilidade e elasticidade da pele, absorvendo água da atmosfera, que permite à camada mais externa da pele permanecer hidratada, apesar da acção de secagem do ambiente exterior ⁽³⁸⁾. Com a idade, estes factores hidratantes naturais estão diminuídos, e, assim, o delicado equilíbrio de hidratação da pele pode ser facilmente perturbado (Van Onselen, 2001 *cit. in* Voegeli, ⁽³⁶⁾).

Há, também, com o avançar da idade, uma maior probabilidade de existência de doenças crónicas, muitas das quais predispõem ao desenvolvimento de UP.

1.3.2 Mobilidade Reduzida

Outro factor evidente no aparecimento das UP é a mobilidade reduzida, que pode afectar ou impossibilitar a capacidade de alívio eficaz da pressão. Este factor também predispõe ao deslizamento e fricção se o indivíduo estiver confinado à cama ou à cadeira.

Investigações mais antigas, como a de Nyquist e Hawthorn⁽³⁹⁾, verificaram que a redução da mobilidade era um factor significativo para desenvolver UP. Outros estudos corroboram estas evidências, tais como o de Baumgarten *et al*⁽¹⁷⁾, onde foi realizada uma análise a um grupo de indivíduos idosos com fractura da anca que, em consequência da sua mobilidade ficar reduzida, foi obtida uma taxa de incidência de 8.8% de UP. Também Lindgren⁽³⁾, constatou, no seu estudo, que a imobilidade é um factor de risco de grande importância no desenvolvimento das UP.

Outro aspecto relacionado com a mobilidade reduzida prende-se com o facto de as cirurgias serem bastante morosas, e, durante a intervenção cirúrgica, o indivíduo estar imóvel. Além disso, a mobilidade pode ser reduzida no pós-operatório imediato, dado os efeitos da anestesia, dor, analgesia e drenos. Schoonhoven *et al*⁽⁴⁰⁾, observaram 208 indivíduos que tinham estado em cirurgia durante, pelo menos, quatro horas e verificaram que 44 (21.2%) desenvolveram UP nos dois dias subsequentes à operação. Os investigadores também identificaram possíveis indicadores de risco nestes operados e concluíram que o único preditor de desenvolvimento de UP era a duração da cirurgia.

Nos doentes em cuidados intensivos, a imobilidade pode ser induzida por meio de entubação, sedação ou restrições, devido à existência de lesões ou ao seu estado crítico. O reposicionamento regular, que é uma abordagem de enfermagem padrão para a prevenção de UP, pode ser difícil nestas unidades devido ao impacto sobre a estabilidade hemodinâmica e gestão do ventilador⁽³⁵⁾.

Assim, a imobilidade é um factor de risco importante para os adultos hospitalizados, e foi considerado por Lindgren *et al*⁽³⁾ o mais importante para o desenvolvimento das UP.

O défice neurológico também pode estar associado à redução da mobilidade, como é o caso dos doentes paraplégicos, podendo não estar no caso dos doentes diabéticos que sofrem de neuropatia⁽³⁰⁾. O défice sensorial, devido a neuropatias ou

lesão da espinal medula, pode diminuir a capacidade de perceber a dor e o desconforto, levando a uma menor frequência de reposicionamento, contribuindo para a pressão prolongada sobre os tecidos. A perda de sensação faz com que os doentes não tenham consciência da necessidade de aliviar a pressão.

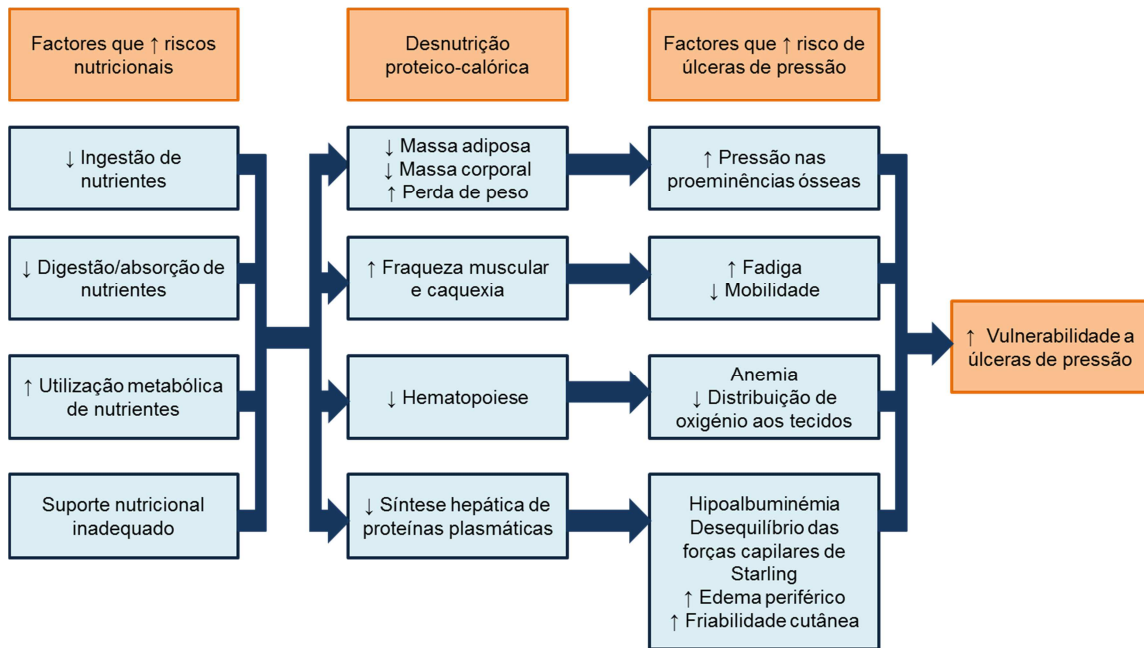
1.3.3 Estado Nutricional

O mau estado nutricional é apontado por muitos investigadores como um factor determinante na formação das UP, por contribuir principalmente para a diminuição da tolerância tecidual à pressão. A desnutrição protéico-calórica grave altera a regeneração tecidual, a reacção inflamatória e a função imune, tornando os indivíduos mais vulneráveis ao desenvolvimento de UP ⁽⁴¹⁾.

Os indivíduos idosos apresentam, frequentemente, um baixo nível de albumina sérica, sendo o grupo etário que apresenta evidências de desnutrição, muitas vezes devido às doenças concomitantes que levam à diminuição do apetite e a factores associados ao ambiente de prestação de cuidados ⁽⁴²⁾.

McLaren e Green ⁽⁴³⁾ apresentam, no quadro em baixo, o esquema das ligações potenciais entre factores que podem ocasionar um estado nutricional deficiente e um risco aumentado de desenvolvimento de UP.

Figura 2 – Contribuição potencial da desnutrição proteico-calórica para a ocorrência de UP.



Fonte: McLaren S, Green S. Factores nutricionais na etiologia, desenvolvimento e cicatrização de úlceras de pressão. In: Morison, M. Prevenção e Tratamento de Úlceras de Pressão. Loures: Lusociência; 2004. p.209-230.

A desnutrição proteico-calórica, uma vez instalada, pode afectar adversamente todos os sistemas orgânicos, resultando numa estrutura corporal alterada e num conjunto de deficiências funcionais de tecidos e órgãos.

É essencial que indivíduos em risco nutricional sejam identificados precocemente, através de processos de rastreio eficazes após o internamento hospitalar. O aporte nutricional adequado pode ser efectuado para minimizar o risco de ocorrência de úlcera de pressão bem como melhorar outros resultados clínicos.

Existem estudos suficientes para demonstrar que o suplemento alimentar de apoio nutricional, principalmente fornecido oralmente, por proteínas de elevado valor nutricional, é eficaz em reduzir significativamente a incidência de úlceras de pressão em doentes em risco, em cerca de 25%. Os mecanismos pelos quais o suporte nutricional pode auxiliar na prevenção e cura de úlceras de pressão estão, provavelmente, relacionados com a melhoria das deficiências de micronutrientes (vitamina C, zinco e ferro, entre outros) resultantes, quer da baixa ingestão oral ou do aumento das necessidades de nutrientes relacionados com o processo de cicatrização da ferida ⁽⁶⁾.

O peso corporal, como importante componente de indicadores nutricionais, tem sido apontado como um factor relacionado ao desenvolvimento e gravidade das UP. O emagrecimento reduz a camada de gordura espessa e, conseqüentemente, reduz a protecção contra a pressão.

Com muito mais pesquisa ainda a ser feita nesta área, o suporte nutricional parece um eficaz e rentável complemento às actuais abordagens médicas e de enfermagem na prevenção e no tratamento de úlceras de pressão.

1.3.4 Humidade da Pele

A contribuição da humidade da pele está relacionada com o desenvolvimento de UP em múltiplos acontecimentos etiológicos, com particular referência à incontinência.

A incontinência urinária, e também fecal, é um problema comum dos doentes mais idosos, causando um aumento da humidade da pele, que, quando combinado com a actividade enzimática e bacteriana, pode resultar em ruptura da pele, já de si vulnerável. No que se refere em especial aos indivíduos incontinentes fecais, deve ter-se em atenção que o material fecal tem presentes mais de 500 organismos diferentes, que vão acabar por produzir várias substâncias de irritação de contacto ⁽⁴⁴⁾.

É fundamental que seja feito um diagnóstico adequado dos problemas da pele, para permitir a adopção das medidas de tratamento necessárias, promovendo a boa cicatrização.

De salientar que a constante higiene devido à incontinência remove a oleosidade natural do corpo, favorecendo a desidratação, expondo a pele a bactérias e aumentando as forças de fricção. Também o uso de irritantes cutâneos, como sabonetes e toalhetes, estão implicados no desenvolvimento de UP.

A humidade excessiva pode também ser resultado da transpiração, do exsudado de feridas e da secagem inadequada da pele do indivíduo. A sua presença diminui, como foi referido, a resistência da pele conduzindo à maceração dos tecidos.

Assim, a manutenção da integridade da pele pode ser um desafio, mas é vital para a saúde global, particularmente em indivíduos idosos. Nesta população, a integridade da pele é frequentemente comprometida como resultado de sub ou super-hidratação, que pode causar sérias complicações. Os planos de cuidados devem incluir

esforços de prevenção, tais como o uso de cremes barreira e protectores, incluindo preparações de óxido de zinco e pomadas à base de silicone, bem como cremes para limpeza da pele e hidratantes ⁽⁴⁴⁾.

1.4 Classificação das UP

A classificação das úlceras de pressão é uma ferramenta valiosa para fornecer uma comum descrição da gravidade da úlcera para efeitos da prática clínica, auditoria e investigação ⁽⁴⁵⁾.

O uso de um sistema aceite de classificação das UP faz uma descrição objectiva e um retrato mais preciso da quantidade de tecido comprometido. O sistema deve ser utilizado em conjunto com outros instrumentos descritivos, como a medida ou o traçado da UP e a descrição da sua aparência. Assim, a EPUAP utiliza o sistema de classificação por categorias que é caracterizado segundo o descrito no quadro 2.

Quadro 2 - Sistema de classificação das úlceras de pressão.

CATEGORIAS	DEFINIÇÃO
<u>Categorias 1</u> - 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, tumefacção ou dor podem também estar presentes. Em pele escura pigmentada pode não ser visível o branqueamento.
<u>Categorias 2</u> - 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 preenchido por líquido seroso ou sero-hemático.
<u>Categoria 3</u> -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

CATEGORIAS	DEFINIÇÃO
	músculos. Pode estar presente algum tecido desvitalizado (fibrina húmida). Pode incluir lesão cavitária e encapsulamento.
Categoria 4 -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 fistuladas.

Fonte: EPUAP, NPUAP. Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Washington DC: National Pressure Ulcers Advisory Panel; 2009.

Existem alguns problemas a considerar quando se utiliza um sistema de classificação, nomeadamente no que se refere à identificação precisa das UP de categoria 1, lesões por incontinência, classificação inversa e fiabilidade interjuízes. Pode ocorrer uma sobreidentificação e subidentificação das UP de categoria 1. Mas também, pode falhar por dificuldade em identificar o eritema numa pele escura ^(30, 45).

A incontinência, como referido anteriormente, é um problema muito frequente nos indivíduos mais idosos, o que leva a um aumento de humidade. De acordo com a EPUAP, a classificação das UP é usada não só para ajudar os profissionais de saúde a avaliar a sua severidade, mas também para as distinguir das lesões por humidade. No entanto, o diagnóstico diferencial entre lesões por humidade e úlceras de pressão suscita algumas dúvidas nos profissionais de saúde pela semelhança de algumas características ⁽⁴⁵⁾.

A classificação inversa é a prática de descrever uma UP, invertendo os graus à medida que se torna menos profunda. Segundo a NPUAP, à medida que as UP cicatrizam elas reconstituem-se com tecido de granulação que não é igual àquele que está a substituir e, portanto, esta inversão é incorrecta.

1.5 Custos Associados

Os estudos relacionados com os custos de UP referem-se a aspectos relacionados com a prevenção e o tratamento. Há que considerar os encargos financeiros a que uma UP conduz, já que é necessária a compra de determinados materiais e dispositivos essenciais para uma maior eficácia no tratamento e na prevenção de novas UP.

Também ao nível das instituições, as UP têm uma contribuição independente e significativa no aumento do tempo de hospitalização para além do inicialmente esperado, quando baseado no diagnóstico de internamento. De acordo com Graves *et al* ⁽⁴⁶⁾, a presença ou aparecimento de UP provoca, em média, o prolongamento do internamento em 4.31 dias (intervalo de confiança de 95%, 1.85 a 6.78).

Os custos no tratamento de UP são maiores do que os de prevenção. O tratamento implica consideráveis custos para o indivíduo e para a instituição, especialmente se a UP for de Categoria superior a 1 ⁽⁴⁷⁾.

Bennett *et al* ⁽⁴⁸⁾, determinaram o custo do tratamento das UP no Reino Unido, tendo verificado que este variava entre £1,4 bilhões e £2,1 bilhões anuais, representando cerca de 4% da despesa do NHS (*National Health Service*). No que se refere à prevenção, nos Estados Unidos, Flanagan evidenciou gastos entre 60 e 200 milhões de Libras ⁽⁴⁹⁾.

2 PREVENÇÃO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

A abordagem holística do doente permite identificar múltiplos factores que estão associados ao desenvolvimento de UP. De acordo com Hibbs ⁽⁵⁰⁾, 95% das úlceras de pressão podem ser evitadas. Assim, é essencial que se efectue a identificação dos doentes vulneráveis ao aparecimento destas e que se identifiquem criteriosamente os factores de risco para se poderem adoptar medidas de prevenção, contribuindo, desta forma, para a redução das taxas de prevalência, incidência e, desta forma, melhorar a qualidade de vida do indivíduo/família.

Prevenir as UP é sinónimo de garantia de qualidade dos cuidados de saúde e envolve um processo de monitorização sistemático dos resultados aos estudos efectuados nesta área. Os padrões de cuidados, os protocolos, os percursos e as directrizes são, cada vez mais, ferramentas comuns no apoio à prestação de cuidados. É necessária a criação de protocolos de prevenção eficazes e ajustá-los a cada instituição para promover a uniformização de cuidados e a prestação efectiva de cuidados com qualidade.

Os estudos epidemiológicos permitem identificar procedimentos principais na inspecção da pele, para determinar a presença ou ausência de UP e para identificar os indivíduos que necessitam de avaliação do risco. A principal característica associada tanto com a presença como com o desenvolvimento de UP é a mobilidade reduzida, com aumento de ocorrência em indivíduos de alto risco.

Concludentemente, é sugerido que os indivíduos necessitam de rastreio caso se associem um ou mais dos seguintes critérios: restrições na mobilidade, idade superior a 75 anos, grupo de alto risco ⁽⁴²⁾.

2.1 Escalas de Avaliação do Risco

As escalas de avaliação do risco constituem um método válido de rastreio do risco de desenvolvimento de UP. A determinação do risco do indivíduo para o desenvolvimento da úlcera é a primeira medida a ser adoptada para a prevenção da lesão. Deve ser realizada na admissão do indivíduo e pelo menos a cada 48 horas, ou quando ocorrerem alterações das suas condições de saúde, principalmente em doentes

críticos que apresentam grande número de factores de risco. Estas escalas são úteis no fornecimento de um esquema de trabalho para a avaliação, realçando os factores de risco principais, proporcionando, assim, uma estrutura consistente à avaliação do indivíduo. O instrumento de avaliação do risco mais extensivamente testado e utilizado é a escala de Braden. Apresenta-se como instrumento eficaz no auxílio do enfermeiro quando em processo de decisão das medidas preventivas a ser adoptadas, de acordo com o risco de cada indivíduo. De salientar que as escalas constituem um elemento complementar na avaliação do doente, não substituindo a avaliação de outros factores. Vejamos, no quadro em baixo, alguns benefícios e limitações das escalas de avaliação de risco, segundo Macgough e Nixon ⁽⁵¹⁾.

Quadro 3 – Benefícios e limitações das escalas de avaliação de risco.

Benefícios práticos	Limitações práticas
Aumentam a atenção aos factores de risco	Não distinguem entre: a) problema actual (UP) b) problema potencial (alterações cutâneas) c) problema potencial (em risco).
Fornecem um padrão mínimo de avaliação de risco	Não distinguem entre: a) factores de pressão b) factores de tolerância tecidual.
Fornecem um motivo para avaliação de risco e melhora os registos	São apenas um olhar fotográfico.
Fornecem uma base de trabalho para a prestação de cuidados.	Não consideram as circunstâncias do doente.
Fornecem um indicador bruto de risco.	Não prevêem a resposta da pele.

Fonte: Mcgough A, Nixon, J. Princípios de avaliação do paciente: rastreio de úlceras de pressão e risco potencial In: Morison, M. Prevenção e Tratamento de Úlceras de Pressão. Loures: Lusociência; 2004. P 59-80.

Estão disponíveis vários instrumentos para a avaliação do risco; no entanto, Pancorbo-Hidalgo *et al* ⁽⁵²⁾, após procederem a uma avaliação da fiabilidade e validade das várias escalas (Norton, Waterlow e Braden), concluíram que esta última tinha demonstrado a melhor fiabilidade e validade em ambientes de cuidados diferentes e era um melhor predictor de UP do que o juízo clínico de um enfermeiro. Contudo, para Ayello *et al* ⁽²⁶⁾, as escalas de Norton e Braden são mencionadas pela *Agency for Health Care Policy and Research* (AHCPR) como apropriadas para determinar avaliação de risco, pelo facto de a sua fiabilidade e validade serem apoiadas pela investigação clínica. É de salientar, porém, que só a escala de Braden foi testada e validade para a população portuguesa.

O ensino do uso destas escalas e de outro tipo de cuidados, e a sua relação com a identificação do indivíduo em risco para UP, deve ser tópico de programas de formação permanente para os enfermeiros.

2.1.1 Escala Braden

A escala de Braden é geralmente utilizada na orientação de programas formais de prevenção em muitos países no mundo. Esta fornece seis parâmetros para avaliação, pelas suas subescalas: percepção sensorial; humidade; actividade; mobilidade; nutrição; fricção e cisalhamento. Cada subescala tem pontuação que varia entre 1 e 4, com excepção do domínio fricção e cisalhamento, que se encontra ponderada de 1 a 3. O somatório total fica entre os valores 6 (alto risco) e 23 (baixo risco), ou seja, quanto maior for o *score* menor o risco, e vice-versa.

Três subescalas da Escala de Braden reflectem os factores primários que contribuem para a pressão prolongada e intensa. A primeira subescala, de percepção sensorial, pretende medir a capacidade do individuo de perceber o desconforto resultante da pressão intensa e/ou prolongada. Esta engloba duas componentes, uma que mede o nível de consciência e outra que envolve a sensação cutânea. A subescala da actividade foi concebida para medir o nível de actividade física, mais precisamente a deambulação. As outras três subescalas (humidade, nutrição, fricção e deslizamento) reflectem factores que contribuem para a diminuição da tolerância tecidual à pressão.

2.1.2 Escala de Norton

A escala de Norton avalia parâmetros distribuídos por 5 subescalas, tais como: condição física, condição mental, actividade, mobilidade e incontinência. Cada

categoria pontua-se de 1 a 4, sendo este último um indicador de alto risco. A pontuação final pode variar de 5 (alto risco) até 20 (baixo risco). *Score* inferior a 14 indica que o indivíduo está em risco.

No nosso país procedeu-se à realização de um estudo comparativo entre a escala de Braden e de Norton, tendo em conta a especificidade e sensibilidade, obtendo-se melhores resultados para a escala de Braden do que para a de Norton, sendo, por isso, a escala recomendada para a nossa população.

2.2 Cuidados a Doentes para Prevenir UP

A identificação do risco e o uso das medidas preventivas recomendadas como "as melhores práticas" podem levar à redução da incidência de UP, dificultar o seu agravamento e prevenir recidivas, assim como favorecer a cicatrização das lesões presentes na admissão do indivíduo no hospital. Assim, proporciona-se uma melhoria da qualidade na prestação de cuidados de enfermagem e no serviço de saúde como um todo. No entanto, para que a realidade presente nos serviços seja modificada e que as recomendações sejam adoptadas, torna-se necessário o envolvimento dos profissionais de enfermagem em todos os níveis e situações da prática.

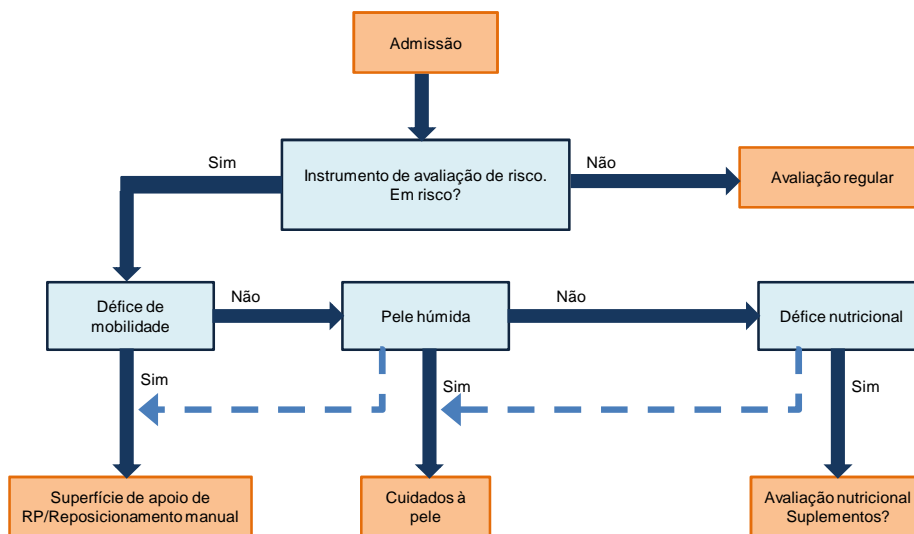
A EPUAP e NPUAP criaram um “grupo de desenvolvimento de *guidelines*” com o intuito de desenvolver recomendações baseadas na evidência, para a prevenção de UP.

Segundo estas organizações, as principais recomendações para a diminuição de incidências passam pela criação de políticas de avaliação de risco, da pele, do estado nutricional, reposicionamentos e utilização de superfícies de apoio.

O ponto de partida será, então, a criação de políticas de avaliação dos riscos em todas as instituições de saúde, educar os profissionais de saúde sobre a forma como obter uma avaliação de risco precisa e fiável e, por fim, documentar todas as avaliações de risco. É de salientar que uma avaliação completa da pele é incluída na política de rastreio de avaliação de risco.

Baseado nas várias acções que, em conjugação, podem conduzir a uma prevenção de UP de sucesso, Clark ⁽⁵³⁾, desenvolveu um algoritmo que esquematiza as linhas orientadoras a seguir, terminando com os pontos-chave de actuação do enfermeiro.

Figura 3 – Algoritmo de prevenção de úlceras de pressão.



Fonte: Clark, M. Prevenção de úlceras de pressão. In: Morison M. Prevenção e tratamento de úlceras de pressão. Loures: Lusociência; 2004. p.81-106.

A inspeção regular da pele, visando procurar zonas de rubor (calor e edema) em indivíduos que foram identificados como estando em risco de desenvolver úlceras de pressão, é fundamental. A frequência da inspeção da pele deve ser aumentada, mediante qualquer alteração da condição global do indivíduo e quando o doente apresente danos causados por pressão devidos a dispositivos médicos.

Os cuidados à pele são um dos pilares mais importantes na prevenção das UP. Os principais cuidados à pele referenciados pelo grupo, e os quais devem ser adoptados na prática de enfermagem, estão esquematizados no quadro em baixo. Faz-se referência aos cuidados à pele tendo em conta as orientações da EPUAP, de acordo com o nível de evidência dos estudos efectuados. A classificação do nível de evidência é condicionada pela fonte de onde provêm, delineamento dos estudos que lhes dão origem, intensidade dos efeitos observados e possibilidade de ocorrência de erros aleatórios (Greenhalgh, 1997 *cit. in* Vilelas, ⁽⁵⁴⁾).

Quadro 4 – Principais cuidados à pele na prevenção de UP.

CUIDADOS COM A PELE		
<i>Objectivo: Melhorar e Manter a tolerância tecidual.</i>		
MEDIDAS	EVIDÊNCIAS	JUSTIFICAÇÃO
Não utilizar massagem na prevenção de úlceras de pressão;	B	Contra-indicada na presença de inflamação aguda e onde exista a possibilidade de haver vasos sanguíneos danificados ou pele frágil.
Usar emolientes;	C	Hidratar a pele seca, a fim de reduzir o risco de dano da pele.
Proteger a pele da exposição à humidade excessiva através do uso de produtos barreira;	C	Reduzir o risco de lesão por pressão; Prevenir humidade.
Limpar a pele sem fricção;	C	Evitar lesão cutânea.
Utilizar sabões ou substâncias de limpeza de baixo potencial irritativo.	C	Manter as defesas da pele.

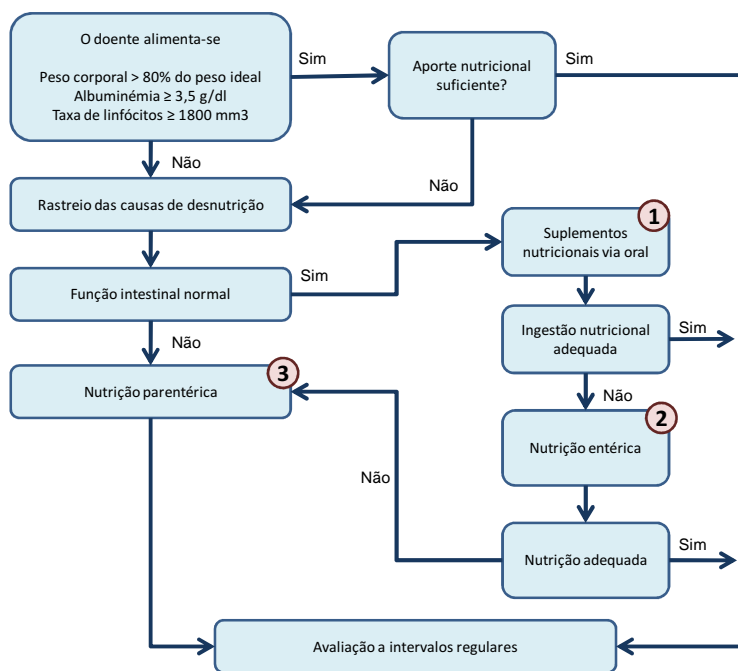
Estes princípios atenuam e/ou eliminam o factor de risco, anteriormente referenciado como altamente preditor do desenvolvimento de UP.

Como defendido por vários autores, também o estado nutricional do indivíduo é fundamental para o aparecimento ou não de UP. Um estado nutricional pobre pode causar perda muscular e conseqüente perda da elasticidade da pele. Daí que uma das estratégias fundamentais passe pelo rastreio e avaliação do estado nutricional de todos os indivíduos em risco de desenvolver úlceras de pressão, para que, posteriormente, sejam referenciados, se necessário, os indivíduos em risco nutricional para uma equipa nutricional multidisciplinar. O rastreio e a avaliação do estado nutricional de um indivíduo podem ser realizados através dos seguintes parâmetros: altura, testes laboratoriais, espessura da prega cutânea e a perda de peso.

De acordo com a EPUAP/NPUAP ⁽²⁾, deve ser fornecido a cada indivíduo em risco nutricional e de desenvolver úlcera de pressão, um mínimo de 30-35Kcal por kg

de peso por dia, com 1.25-1.5g/kg/dia de proteínas e 1ml de fluidos por kcal por dia. Os suplementos nutricionais orais de proteínas nos intervalos das refeições são os mais aconselhados. Quando o indivíduo já tem UP, deve normalmente ser considerada uma estratégia de intervenção nutricional. O diagrama seguinte, desenvolvido por Pina, apresenta sumariamente a árvore de decisão de avaliação e suporte nutricional.

Figura 4 – Árvore de decisão - Avaliação e suporte nutricional.



1 – Encorajar o doente a aumentar o aporte alimentar e se necessário, prescrever um regime adicional hipercalórico e equilibrado.

2 – Colocar sonda nasogástrica; Assegurar aporte calórico de 30 Kcal/kg de peso corporal/dia.

3 – Colocar cateter central ou periférico; Assegurar nutrição parentérica, por exemplo através de bolsas completas com lípidos, vitaminas e oligoelementos.

Fonte: Duque HP, Menoita E, Simões A. Úlceras de pressão: uma abordagem estratégica. Coimbra: Formasau; 2009.

Como já foi referido, a imobilidade é uma das principais causas do aparecimento de UP, nos doentes hospitalizados. Cabe ao enfermeiro proceder ao alívio de pressão, utilizando o reposicionamento frequente com o intuito de reduzir a duração e magnitude da pressão exercida sobre as áreas vulneráveis do corpo (proeminências ósseas), não esquecendo que se deve ter em consideração a condição do doente e as superfícies de apoio utilizadas.

Quadro 5 – Frequência e técnicas de posicionamentos.

FREQUÊNCIA E TÉCNICAS DE POSICIONAMENTOS		
<i>Objectivo: Proteger dos efeitos adversos de forças mecânicas como a pressão e forças de torção</i>		
MEDIDAS	EVIDÊNCIA	JUSTIFICAÇÃO
A frequência dos posicionamentos será determinada pela tolerância dos tecidos, pelo seu nível de actividade e mobilidade, pela sua condição clínica global, pelos objectivos globais do tratamento e pela avaliação da condição individual da pele.	C	Evitar forças de pressão
A frequência dos posicionamentos será influenciada pelas superfícies de apoio em uso.	A	Evitar forças de pressão
Usar ajudas de transferência para evitar a fricção e torção.	C	Evitar forças de torção e cisalhamento
Evitar posicionar o indivíduo sobre proeminências ósseas que apresentem eritema não branqueável.	C	Evitar forças de pressão
O reposicionamento deve ser feito usando 30°, enquanto na posição de semi-Fowler, e uma inclinação de 30° para posições laterais	C	Evitar forças de torção e cisalhamento
Evitar posturas que aumentem a pressão, tais como o Fowler acima dos 30° ou a posição de decúbito lateral a 90°, ou a posição de semi-deitado.	C	Evitar forças de torção e cisalhamento

O recurso a superfícies externas é utilizado como uma tentativa de redistribuir o peso total do corpo ou partes específicas sobre uma superfície. De acordo com Soldevilla (1998) *cit. in* Pina ⁽⁸⁾, todas as superfícies de alívio de pressão devem atender às seguintes características: reduzir ou aliviar a pressão, aumentar a superfície de apoio,

reter pouca humidade, eliminar fricção e forças de deslizamento, promover elevado conforto, ser fácil de utilizar e desinfetar, ser acessível e compatível com cuidados globais, ter boa relação custo/eficiência.

A EPUAP/NPUAP ⁽²⁾ recomenda a utilização de colchões e camas de prevenção de UP, tendo em conta o quadro seguinte.

Quadro 6 – Recomendações para a utilização de colchões e camas de prevenção de UP.

Recomendações para a utilização de colchões de prevenção de UP	
✓	Usar colchões de espuma de alta especificidade em vez de espuma padrão hospitalar (standard), em todos os indivíduos em risco de desenvolver úlceras de pressão.
✓	Usar uma superfície de apoio dinâmica (colchão ou de sobreposição) em indivíduos com alto risco de desenvolver úlceras de pressão, quando não é possível o reposicionamento manual frequente.
✓	Têm semelhante eficácia, em termos de incidência das úlceras de pressão, os colchões de pressão alterna como os de sobreposição de pressão alterna.
✓	Não devem ser usadas superfícies de apoio de pressão alterna (colchões ou de sobreposição) com células pequenas (diâmetro <10cm).
✓	Continuar a posicionar, sempre que possível, todos os indivíduos em risco de úlceras de pressão.

Os mesmos autores salientam que, na escolha de outras superfícies de apoio para a prevenção de UP, deve evitar-se o uso de pele de carneiro sintética; dispositivos recortados em forma de anel ou “*donut*”; e luvas cheias de água.

A prevenção de UP em indivíduos operados requer cuidados específicos, uma vez que, durante a cirurgia, existe um aumento dos períodos de hipotensão no intra-operatório e diminuição da temperatura corporal. Quanto mais demorada for a cirurgia maior o tempo de exposição a este desequilíbrio.

3 TRATAMENTO DAS ÚLCERAS DE PRESSÃO

Pesquisando a História, verifica-se que o Homem tem procurado cicatrizar as suas feridas com um recurso continuado de diversos produtos, oriundos da natureza, acompanhados de práticas de tratamento, considerados, por alguns, actualmente aberrantes, embora outros, as continuem a utilizar. Actualmente, com o avanço tecnológico e científico na área das feridas, ridicularizamos algumas práticas assumidas e produtos utilizados anteriormente. De acordo com Bansal ⁽⁵⁵⁾, poucas doenças tiveram tantas tentativas de tratamento como as úlceras de pressão. Contudo, o conhecimento desenvolvido no domínio do tratamento de feridas é ainda insuficiente, não existindo muitos RTCs (*Randomised Controlled Clinical Trial*). Existem, actualmente, alguns manuais que fundamentam o tratamento de UP com base na evidência.

De salientar que, actualmente, o tratamento de feridas que não cicatrizam exige uma acção organizada a vários níveis, já que são vários os ambientes que afectam o tratamento, designadamente o ambiente sociopolítico, o ambiente sistémico do corpo e o ambiente local da ferida. O ambiente sociopolítico inclui a existência de estruturas físicas e humanas capazes que proporcionar um óptimo tratamento ao indivíduo com ferida. O ambiente sistémico engloba o estado nutricional e a função imunitária. O ambiente local da ferida desempenha um papel crucial na determinação de aspectos relacionados com o tratamento ⁽⁵⁶⁾.

O tratamento completo de UP inclui limpeza, controlo de infecção, desbridamento, pensos que promovem um ambiente de cicatrização húmido, apoio nutricional e redistribuição de pressão, tais como o posicionamento e uso de superfícies de apoio ^(55, 57).

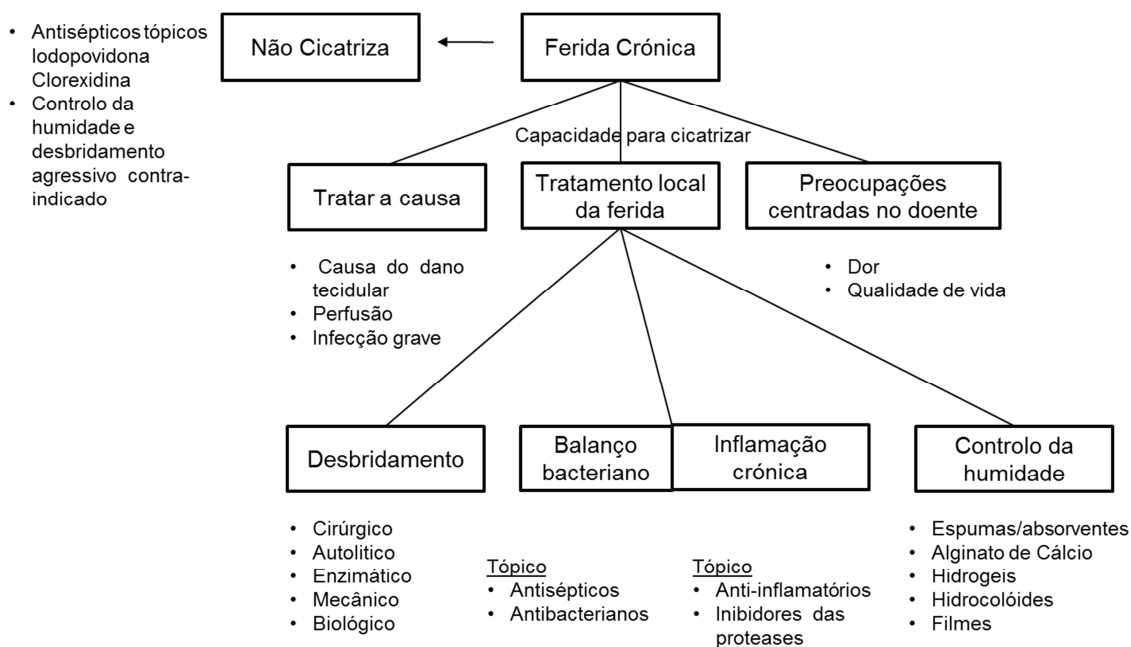
3.1 *Tratamento Local da UP*

O tratamento local da UP passa por uma boa preparação do leito da mesma. As UP, devido a factores internos e externos ao indivíduo, são muitas vezes consideradas feridas crónicas com atrasos no processo de cicatrização normal.

Schultz *et al* ⁽⁵⁸⁾, considera existirem quatro barreiras à cicatrização da úlcera, são elas: o tecido não viável ou deficiente, a infecção ou inflamação, o meio em desequilíbrio e a epiderme (margens não avançam ou com bordos elevados).

A intervenção nestas quatro áreas clínicas proporciona um leito da ferida em condições de vascularização óptimas, que facilitam a cicatrização, bem como a efectividade de outras medidas terapêuticas. As intervenções sugeridas pelos mesmos autores incluem desbridamento do tecido necrosado e/ou desvitalizado, limpeza da ferida, reavaliação dos bordos da ferida, diagnóstico microbiológico da ferida, eleição de um produto que tenha os requisitos ideais (Figura 5).

Figura 5 – Paradigma para preparação do leito de UP.



Fonte: Schultz GS, Sibbald RG, Falanga V, et al. Wound bed preparation: a systematic approach to wound management. *Wound Repair & Regeneration*. 2003 Mar-Apr;11(2):1-28.

É importante salientar que o tratamento local é uma parte necessária, mas não é, por si só, suficiente nos cuidados a prestar ao indivíduo com UP. A educação do indivíduo, família e/ou prestador de cuidados em relação quer ao cuidado, quer à etiologia das UP é fundamental, não apenas para uma cicatrização ideal, mas também para a manutenção da saúde e prevenção de recorrência.

3.2 Cuidados Centrados no Sujeito

O Modelo de Sistemas de Neuman apresenta o conceito de pessoa tendo em conta o indivíduo, a família e a comunidade. Assim, o sistema individual da pessoa é um composto dinâmico, de inter-relações entre factores fisiológicos, psicológicos, socioculturais, espirituais e de desenvolvimento, que se encontra em constante mudança e aberto a interacções com o meio ambiente⁽⁵⁹⁾. Qualquer agente stressante que interfira com o sistema do indivíduo afectará, por conseguinte, todos os outros subsistemas que lhe estão associados. Este modelo permite-nos, portanto, compreender a problemática das UP como algo que afecta não só o indivíduo, mas também a sua família e a comunidade onde está inserido, sendo necessário o recurso aos vários factores internos e externos que rodeiam o indivíduo, para que este possa readquirir o equilíbrio pessoal.

A principal forma de evitar que agentes stressantes (UP) interfiram com o indivíduo e os seus subsistemas será a educação do mesmo e da sua família, inculcando um sentimento de responsabilização centrado na prática de comportamentos saudáveis.

A educação do indivíduo e do prestador de cuidados é, então, uma pedra fundamental na prevenção e tratamento das UP. O esforço deve ser feito quer pelos profissionais de saúde, através do desenvolvimento de estratégias pedagógicas eficazes e adequadas às capacidades cognitivas da pessoa, quer pelo indivíduo/família, através da adopção de práticas e comportamentos saudáveis.

Para a escolha do método de ensino é muito importante considerar todos os subsistemas do indivíduo (cultural, socioeconómico, etc.), uma vez que a sua ponderação nos permite seleccionar e adequar a informação, dirigindo o modo como o efectuamos.

Não se pretende que o indivíduo/família sejam sujeitos passivos, limitando-se o enfermeiro a disponibilizar informação. É desejável que aqueles adoptem uma postura dinâmica em que o indivíduo identifique problemas e necessidades de aprendizagem. Pretende-se, portanto, que o ensino alimente a confiança do indivíduo/família na gestão de uma situação saudável, permitindo-lhes tomar decisões. O profissional de saúde, quanto mais bem formado e capacitado estiver para a execução do seu papel (educador e prestador de cuidados), maiores serão os ganhos para a saúde e qualidade de vida da população.

De realçar que a transmissão de conhecimentos deve ser contínua e gradual, daí a importância da existência de uma rede integrada e cooperativa de cuidados de saúde, que permita assegurar a continuidade dos cuidados.

Tendo em conta os pressupostos básicos do Modelo de Sistemas de Neuman e a visão holística que esta faz do indivíduo, facilmente se percebe que, quando não são prevenidas atempadamente, as UP constituem um agente stressante que perturba o bem-estar e a harmonia de todos os que interagem com ele. Assim, as UP constituem um problema para o indivíduo/famílias e para os sistemas de saúde e comunitários que os assistem.

A apresentação desta fundamentação teórica é indispensável para se proceder a uma correcta investigação empírica, que será abordada na segunda parte.

Parte II – Investigação Empírica

1 DA PROBLEMÁTICA AO OBJECTO DE ESTUDO

O interesse para o desenvolvimento deste estudo científico prende-se com o facto de existir um elevado número de UP, em várias instituições de saúde e comunitárias, causadoras de sofrimento para o indivíduo/família. As UP constituem, por um lado, um grave problema, na medida em que provocam no indivíduo uma diminuição importante da sua qualidade de vida e comprometem a resolução de outros problemas de saúde. Por outro lado, são consideradas por vários autores como indicadores da qualidade de cuidados médicos e de enfermagem quer por entidades reguladoras, decisores políticos e famílias.

Tendo em conta que as UP são em grande percentagem evitáveis, não poderíamos deixar de contribuir para a melhoria da prática de cuidados preventivos nesta área. Sendo assim, o contributo do nosso estudo concorre, sob o ponto de vista científico, para o aumento de evidências clínicas que direccionem a prática de cuidados, adquirindo dados concretos sobre esta problemática, pelo cálculo da prevalência de UP nos serviços estudados e pela identificação de factores de risco.

O impacto económico que as UP provocam na sociedade é também um factor de relevância para se investir nos cuidados preventivos. Ainda não existem estudos realizados em Portugal que retratem a realidade dos custos com as UP, quer para o seu tratamento, quer para a sua prevenção. No entanto, há alguns estudos efectuados em vários países, em âmbito hospitalar, que mostram como os gastos nesta área são muito significativos. É provável que exista uma subvalorização do problema e dos custos financeiros, pois ainda existe uma elevada percentagem de população institucionalizada que apresenta uma ou mais UP.

Assim, embora o nosso estudo não tenha como objectivo o cálculo dos custos das UP para a instituição, permitir-nos-á obter maior conhecimento sobre a interferência de alguns factores de risco no seu desenvolvimento. Temos consciência, por isso, de que o nosso estudo contribuirá para o enriquecimento do conhecimento científico nesta área, especificamente para a população portuguesa.

Através da leitura e breves análises efectuadas, pudemos observar que existem muitas questões para as quais se torna urgente encontrar respostas viáveis.

Considerando-se a evidente magnitude do problema das úlceras de pressão, vivida pelo doente, família e instituições de saúde, consideramos relevante o estudo que se realiza e definimos a questão de investigação, considerando que, para Fortin ⁽¹⁾ esta deverá ser uma interrogação explícita, clara e inequívoca relativa ao domínio que pretendemos explorar, de forma a obter novas informações. Tendo em conta estes pressupostos e visando delinear um ponto de partida, formulamos a seguinte questão de investigação:

“Qual a influência dos determinantes sócio-demográficos, clínicos e terapêuticos no risco de formação de UP, dos indivíduos portadores de UP, internados no HGO?”

De modo a obtermos respostas científicas e válidas à questão de investigação anterior, apresenta-se como **objectivo geral**:

- Caracterizar os indivíduos, internados no HGO, portadores de UP.

Para dar resposta ao objectivo geral proposto para o desenvolvimento deste estudo, delinearão-se os **objectivos específicos**:

- Descrever as características sociodemográficas, clínicas e terapêuticas no indivíduo portador de UP;
- Relacionar as variáveis sociodemográficas, clínicas e terapêuticas com o risco de formação de UP;
- Estabelecer a prevalência de UP nesta população;
- Identificar os principais factores que contribuem para o risco de formação das UP.
- Identificar os dispositivos de alívio de pressão existentes na instituição.
- Verificar a existência de políticas de saúde para a prevenção de UP.
- Conhecer o perfil do indivíduo internado no HGO, portador de UP.

Finalidades

- Contribuir para uma enfermagem preventiva/interventiva, projectando novas possibilidades de cuidado para a satisfação das reais necessidades dos indivíduos em risco de UP.
- Contribuir para a implementação de políticas de saúde eficazes para a prevenção de UP.

2 METODOLOGIA

Após a pesquisa bibliográfica para uma familiarização com a informação disponível sobre o tema em estudo e que nos propomos investigar, segue-se, a fase onde importa saber como se desenvolve a investigação, designada por fase metodológica.

A metodologia é caracterizada por Imperatori ⁽⁶⁰⁾, como uma descrição detalhada de todas as operações necessárias para a realização de uma medição. É nesta fase do projecto que se indica o tipo de investigação realizada, a formulação de hipóteses, as variáveis e sua operacionalização, havendo coerência entre as definições conceptuais e os critérios de menção; indica-se, também, o processo de selecção da amostra, os instrumentos de colheita de dados mais adequados à natureza das variáveis e às características dos elementos da amostra; refere-se, ainda, o modo como se processou a colheita de dados e quais os preceitos éticos considerados, bem como se indica e justificam as técnicas e medidas estatísticas utilizadas ⁽¹⁾.

2.1 Tipo de Estudo

O tipo de estudo é, segundo Fortin ⁽¹⁾, a estrutura utilizada segundo a questão de investigação, que visa descrever variáveis ou grupos de sujeitos, explorar ou examinar relações entre variáveis ou ainda verificar hipóteses de causalidade.

De acordo com a questão de investigação formulada, este estudo classifica-se em:

- Quantitativo, na medida em que a explicação dos fenómenos segue uma lógica dedutiva.
- Descritivo correlacional, uma vez que, neste tipo de estudo se prevê a existência de relação entre as variáveis, com vista a descrever essas relações. Fortin ⁽¹⁾ considera que o objectivo deste estudo é a descoberta de factores ligados a um fenómeno.
- Quanto ao tempo de estudo, é considerado transversal pelo facto de a causa e o efeito ocorrerem simultaneamente, embora a causa possa existir só no momento actual ou mesmo algum tempo no passado ou ainda ser uma característica do indivíduo ⁽⁶¹⁾.

- Retrospectivo, pois analisam-se e relacionam-se factos e fenómenos que ocorrem no passado.
- Quanto ao sector de conhecimento, podemos classificar este estudo em pluridisciplinar, uma vez que existem diferentes áreas do conhecimento, inclusivamente, a enfermagem, a investigação e a estatística.

Na realização de um trabalho científico, é necessário fazer a identificação das variáveis, bem como estabelecer as relações entre as mesmas.

As variáveis são qualidades, propriedades ou características de objectos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação ⁽¹⁾.

Na opinião de Cervo e Bervian ⁽⁶²⁾ (p. 36), “*variável independente (x) é o factor, causa ou antecedente que determina a ocorrência de outro fenómeno, efeito ou consequente; a variável dependente (Y) é o factor, propriedade, efeito resultado decorrente da acção da variável independente*”.

No estudo presente, a variável dependente é o:

- Risco para a formação de Úlcera de Pressão.

No que concerne às variáveis independentes, estão distribuídas em três grupos:

- Variáveis Independentes:
 - Variáveis sociodemográficas
 - Idade
 - Género
 - Proveniência
 - Raça
 - Variáveis clínicas:
 - Tempo de internamento
 - Tipo de cuidados
 - Grau de incapacidade
 - Presença de UP na admissão
 - Local onde foi adquirida UP
 - Incontinência
 - Estado da pele

- Localização da UP
- Patologias associadas
- Medicação
- Variáveis terapêuticas:
 - Utilização de protocolos de prevenção
 - Utilização de instrumentos de prevenção
 - Estratégias de prevenção
 - Dispositivos locais de alívio de pressão

2.2 Operacionalização das Variáveis

De acordo com Gil ⁽⁶³⁾, a operacionalização das variáveis é definida como sendo o processo que sofre uma variável (ou um conceito) a fim de encontrar os correlatos empíricos que possibilitem a sua mensuração ou classificação.

Após a definição conceptual, são criadas dimensões e respectivos indicadores de avaliação, através dos quais é mensurada e/ou quantificada a variável em questão.

❖ Operacionalização da variável dependente

Variável dependente é aquela que nós pretendemos compreender e explicar, que sofre o efeito dos diferentes factores que podem afectar o seu desenvolvimento: risco para a formação de úlceras de pressão. As UP são lesões cutâneas e/ou dos tecidos subjacentes que se localizam, usualmente, sobre uma proeminência óssea, como resultado da pressão ou de uma combinação entre esta e forças de torção ⁽²⁾. Sendo assim, relativamente aos indivíduos acamados, em cadeira de rodas ou com dificuldade em se reposicionarem, Bergstrom e Braden preconizam que devem ser avaliados tendo em conta factores que potenciam o risco de desenvolver UP, como a imobilidade, a incontinência, os factores nutricionais, ou o estado de consciência. Neste sentido, a mesma autora desenvolveu uma escala de risco pretendendo atender a um conjunto de factores de risco relevantes para a ocorrência de lesão e dividi-los em diferentes categorias de acordo com a sua gravidade.

A variável dependente será, portanto, mensurada através da aplicação da escala de Braden que nos permitirá definir se um indivíduo se encontra em **alto** ou **baixo risco** para desenvolver UP.

Esta é constituída por seis dimensões: percepção sensorial, humidade, actividade, mobilidade, nutrição e fricção e forças de deslizamento. Todas as subescalas estão pontuadas de 1 a 4, excepto a última, cuja pontuação varia de 1 a 3. A pontuação final pode variar de 6 (valor de mais alto risco) até 23 (valor de mais baixo risco). As autoras identificaram uma pontuação de 16 como ponto de corte, que define quem tem alto ou baixo risco de desenvolver UP ⁽²³⁾.

São considerados critérios de exclusão para aplicação da escala os indivíduos com menos de 18 anos e/ou portadores de patologia em que esteja implícito o risco de auto-mutilação.

❖ Operacionalização das variáveis independentes

Na opinião de Lakatos e Marconi ⁽⁶⁴⁾, a variável independente é a aquela que influencia, determina ou afecta uma ou outra variável; (...) é um factor manipulado pelo investigador, na sua tentativa de assegurar a relação do factor com o fenómeno observado ou a ser descoberto, para se ver que influência exerce sobre um possível resultado.

❖ Operacionalização das variáveis sócio-demográficas

Idade

De acordo com Costa e Melo ⁽⁶⁵⁾, a idade constitui o número de anos de uma pessoa, desde o nascimento até à idade presente.

É uma variável biológica que representa a duração de vida em anos, os períodos em que se costuma dividir a vida do homem.

Para operacionalizar esta variável foi elaborada uma pergunta fechada e criados seis grupos etários com amplitude de 9, excepto o primeiro, uma vez que, segundo a literatura, a prevalência de UP nos indivíduos mais jovens é bastante menor. Sendo assim, os grupos definidos foram:

- 18-39;
- 40-59;
- 60-69;

- 70-79;
- 80-89;
- 90-99.

Género

O género pode ser definido como sendo características estruturais e funcionais que permitam distinguir os organismos macho e fêmea ⁽⁶⁵⁾.

É uma variável dicotómica, existindo na sua distinção um conjunto de caracteres biológicos, sociais, psicológicos e morais.

Foi elaborada uma pergunta fechada, de escolha única, tendo sido categorizada em masculino e feminino.

Proveniência

Esta variável refere-se ao local de onde provém o indivíduo aquando da sua entrada no hospital.

Para operacionalizar esta variável, elaborámos uma pergunta fechada com três itens:

- Domicílio
- Transferência hospitalar
- Lar ou outra instituição.

O item “domicílio” divide-se em “prestador de cuidados” (pergunta aberta onde será identificado o grau de parentesco do cuidador) e “apoio social”, para se perceber que tipos de assistência têm estes indivíduos no domicílio.

Raça

É uma variável nominal politómica dividida em três categorias:

- Caucasiana
- Negróide
- Outra.

❖ Operacionalização das variáveis clínicas

Tempo de internamento

Trata-se de uma variável ordinal que se refere ao tempo em que o indivíduo está internado no serviço onde é feita a colheita de dados. Para operacionalizar esta variável foi criada uma pergunta fechada com três itens:

- <6 dias
- 6 dias a 1 Mês
- >1 Mês.

Tipo de cuidados

Com esta variável pretende-se classificar o tipo de cuidados que é efectuado ao indivíduo durante o internamento. Para operacionalizar esta variável foi criada uma pergunta fechada com dois itens:

- Cuidados Agudos
- Cuidados Intensivos

Incapacidade

A incapacidade é definida por Santos ⁽⁶⁶⁾, como qualquer redução resultante de invalidez parcial ou total da capacidade de desempenhar uma actividade de uma determinada maneira ou nos limites considerados normais para um ser humano, na sequência de uma deficiência.

Esta variável será mensurada através da escala Performance Status da OMS constituída por cinco itens ⁽⁶⁷⁾:

- Activo, capaz de executar as suas actividades sem restrição (PS 0);
- Ambulatório, mas apenas capaz de executar trabalho ligeiro ou ter uma ocupação sedentária (PS 1).
- Ambulatório, capaz de cuidar de si, mas não de executar trabalho ligeiro, acamado menos de 50% do tempo que passa acordado (PS 2).
- Incapaz de cuidar sozinho de si, acamado mais de 50% do tempo que passa acordado (PS 3).

- Sempre acamado, necessitando de terceiros para a realização de todas as tarefas (PS 4).

Para avaliar esta variável, considerámos a descrição avaliativa da escala anteriormente referenciada. Um indivíduo com UP será considerado:

- com **ausência de incapacidade**, se apresentar zero pontos;
- com **incapacidade ligeira** se apresentar 1 ponto;
- com **incapacidade moderada**, se apresentar 2 pontos;
- com **incapacidade severa**, se apresentar 3 pontos;
- com **incapacidade máxima**, se apresentar 4 pontos.

Presença de UP na admissão

Esta variável dicotómica, pretende avaliar se o indivíduo já foi internado com UP ou se a(s) desenvolveu durante o internamento. Para mensurar esta variável foi elaborada uma pergunta fechada com dois itens: sim e não.

Local onde foi adquirida a UP

Pretende-se identificar o local onde foi(foram) adquirida(s) a(s) primeira(s) UP identificada(s) no indivíduo. Para isso foi elaborada uma pergunta com três itens, sendo que o último constitui uma pergunta aberta para serem referenciados outros locais não contemplados nos itens anteriores. Assim, temos:

- Domicílio
- Enfermaria onde está internado
- Outro local

Incontinência

Neste ponto é avaliada a presença de incontinência urinária e fecal no indivíduo internado. Foi elaborada uma pergunta fechada com as opções: sim e não. Se a resposta for afirmativa especifica-se o tipo de incontinência e/ou se o indivíduo está algaliado ou não.

Observação da pele

Esta variável politómica pretende avaliar o estado geral da pele; ou seja, pretende-se averiguar se a pele se encontra seca, hidratada ou geralmente húmida. Para isso foi operacionalizada criando-se uma pergunta fechada.

Úlcera de pressão mais grave

A classificação da UP mais grave foi feita segundo as orientações criadas pela EPUAP ⁽²⁾. Pretende-se categorizá-la no momento da colheita. Sendo assim, para operacionalizar esta variável foi criada uma pergunta fechada com 4 categorias:

- Categoria 1
- Categoria 2
- Categoria 3
- Categoria 4

Localização da UP mais grave

A nomenclatura anatómica proposta foi a utilizada pela CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem). Numa das questões pretende-se identificar o local da UP mais grave e, seguidamente, refere-se a localização de todas as UP que o indivíduo possua, bem como a respectiva categorização.

Patologias associadas

São enumeradas as patologias que, segundo a literatura, e por diversas razões, estão mais frequentemente associadas ao indivíduo com UP. São elas: a diabetes *mellitus*; neoplasia; doença psiquiátrica; doença respiratória; doença crónica neurológica degenerativa, doença dermatológica; Alzheimer e outras formas de demência; hipotensão; hipertensão; Acidente Vascular Cerebral (AVC) prévio; outras doenças cardiovasculares; problemas cirúrgicos e traumas físicos prévios.

Medicação

De acordo com a literatura, existem alguns fármacos que, pelo seu efeito principal ou secundário, contribuem para a sedação do indivíduo e, conseqüentemente, reduzem a sua mobilidade. Tendo em conta este pressuposto, foi criada uma pergunta fechada para identificar o consumo de sedativos ou psicofármacos.

❖ Operacionalização das variáveis terapêuticas

Utilização de protocolos de prevenção

Esta variável refere-se à existência de protocolos de prevenção de UP utilizados nos serviços estudados. Esta será mensurada através de uma pergunta fechada sobre a utilização de protocolos de prevenção, com dois itens: sim e não.

Utilização de instrumentos de prevenção

O uso de instrumentos de prevenção refere-se à aplicação dos mesmos em indivíduos com UP internados nos serviços. Esta variável será mensurada através de uma pergunta fechada sobre a utilização de instrumentos de prevenção, com dois itens: sim e não.

Estratégias de prevenção

Com esta variável pretende-se saber quais as estratégias de prevenção utilizadas em cada serviço. Para isso, foi criada uma pergunta fechada com 3 itens:

- Posicionamentos, no leito e cadeira (criou-se uma pergunta aberta para registo da frequência dos posicionamentos);
- Dispositivos locais de alívio de pressão;
- Pensos com efeito redutor da pressão/fricção;

Dispositivos locais de alívio de pressão

Com o intuito de identificar os dispositivos locais de alívio de pressão utilizados para o leito e quando o indivíduo se encontra sentado, foi elaborada uma pergunta fechada com os seguintes itens: nenhum, calcanheiras, cotovelleiras, colchão estático para o alívio de pressão, colchão dinâmico para o alívio de pressão, almofadas para laterais e almofada de gel.

2.3 População e Amostra

Amostra é conceituada por Imperatori ⁽⁶⁰⁾, como uma parte ou porção representativa de um conjunto ou população a ser medida, analisada ou ensaiada. Esta deve ser representativa do todo e homogénea, para não vir a constituir um caso isolado.

O tamanho e recolha de uma amostra, bem como o seu manuseamento, requerem cuidados especiais para que os resultados não sejam distorcidos.

Segundo Fortin ⁽¹⁾, a amostra é um subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população. É de qualquer forma uma réplica em miniatura da população alvo.

A população a estudar, tal como já foi referido, são os indivíduos com úlcera de pressão internados no HGO.

Na impossibilidade de recolher os dados à totalidade da população, optou-se por estudar uma amostra com características próximas da realidade da população.

A amostra será seleccionada de acordo com os seguintes critérios de inclusão e exclusão:

Critérios de inclusão:

- ✓ idade superior a 18 anos;
- ✓ que estejam internados nos serviços seleccionados;
- ✓ que apresentem UP, em qualquer categoria.

Critérios de exclusão:

- ✓ idade inferior a 18 anos;
- ✓ não apresentam UP;
- ✓ portador de patologia que gere auto-mutilação, do doente e da(s) sua(s) úlcera de pressão.

Segundo orientação estatística, a amostra deve ter no mínimo 30 sujeitos, para um estudo do tipo descritivo-correlacional ⁽⁶⁸⁾. Considerando o número de camas do HGO, provavelmente um mês seria suficiente para avaliar 30 sujeitos com UP.

A amostra alvo do estudo, do tipo não-probabilística por conveniência, ficou constituída por 34 indivíduos adultos, portadores de UP, internados no HGO.

2.4 Instrumentos de Colheita de Dados

De acordo com Fortin ⁽¹⁾, a natureza do problema de investigação determina o tipo de método de colheita de dados a utilizar. Para a mesma autora, o processo de colheita de dados consiste em colher de uma forma sistemática a informação desejada junto dos colaboradores. Sendo assim, foi desenvolvido um instrumento de colheita de dados, o qual contém uma grelha de análise (Anexo II), onde constam dados sociodemográficos, clínicos (*score* da escala de Braden, classificação do nível de incapacidade física do indivíduo, categorização das UP, etc.), e se averigua a prática de políticas de saúde para a prevenção de UP, pelo método de análise documental (consulta do processo clínico), entrevista com os profissionais de enfermagem da instituição e exame físico dos indivíduos.

Neste estudo decidiu-se que a validação do instrumento de colheita de dados seria efectuada pela análise crítica de peritos na área, que verificaram a pertinência de cada item que o constitui, tendo sido feitas as devidas sugestões de acordo com a questão de investigação formulada e os objectivos do trabalho. Justifica-se com a posição de Polit *et al* ⁽⁶⁹⁾ ao salientar que, para efectuar a validade de conteúdo de um instrumento, pede-se apoio a peritos ou juizes no assunto em estudo, para analisarem os itens e, assim, verificarem se são representativos do universo do conteúdo.

Com o objectivo de obter dados que contribuíssem para o aperfeiçoamento do instrumento de colheita de dados, recorreremos ao método da reflexão falada (*Thinking aloud*). Tendo em conta esta estratégia de validação, enviou-se o instrumento a dois peritos, com formação na área das UP, incluindo Pós-graduação em Feridas e Viabilidade Tecedular, sendo que um deles conhece a realidade local do hospital estudado.

Foram-lhes enviados os instrumentos de recolha de dados acompanhados de uma carta que versava o tema do estudo, a questão de investigação, os objectivos e as variáveis envolvidas. Propôs-se aos dois peritos que efectuassem uma análise sobre a pertinência das questões já elaboradas e que sugerissem outros aspectos que considerassem importantes incluir.

2.5 Procedimentos Ético-Formais

Qualquer investigação efectuada em seres humanos levanta questões morais e éticas. Em investigação é importante seguir orientações fundamentais para proteger os direitos e liberdades das pessoas que participam na investigação. Assim, foram considerados como orientadores os princípios ou direitos fundamentais ligados aos seres humanos: autodeterminação; intimidade; anonimato; confidencialidade; o direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo e o direito a um tratamento justo e equitativo.

Tendo em consideração as questões éticas, foi solicitado o pedido de autorização ao presidente do conselho de administração do HGO para consolidação do instrumento de colheita de dados que se encontra em anexo. Após a resposta afirmativa das entidades competentes, procedeu-se à deslocação aos respectivos serviços, que iriam fazer parte do estudo, tendo sido pedida autorização aos enfermeiros chefes para consulta de processos clínicos e realização de exame físico, a todos os indivíduos internados com UP.

Cada indivíduo foi convidado e recebeu orientações sobre o estudo. Aqueles que concordaram em participar, assinaram o Consentimento Informado. Quando o indivíduo não apresentava condições cognitivas e físicas para tal, as orientações e a solicitação do consentimento foram feitas aos seus familiares ou aos responsáveis dos serviços.

2.6 Colheita de Dados

O estudo foi desenvolvido no HGO, cuja missão é a prestação de cuidados de saúde diferenciados à população dos concelhos de Almada, Seixal e Sesimbra. Tem vindo a assumir, o papel de hospital de nível central para a península de Setúbal e uma boa parte do sul do país. Concluiu este ano o processo de acreditação hospitalar do seu sistema de gestão da qualidade junto do *Caspe Healthcare Knowledge Systems* (CHKS), criado, entre outros, com o objectivo de melhorar e consolidar a qualidade dos cuidados prestados ao nível da saúde.

Após resposta afirmativa da instituição em causa, ao pedido de autorização para efectuar a colheita de dados pretendida para o estudo, um só investigador percorreu todos os serviços de Medicina (75 camas), Cirurgia (48 camas), Cuidados Intensivos (8

camas), Traumatologia/ Ortopedia (26 camas) e Otorrinolaringologia/Cirurgia Plástica Reconstrutiva (24 camas) e procedeu ao preenchimento de uma grelha de análise.

A escolha dos serviços para análise, prende-se com o facto de as taxas de prevalência e incidência se revelarem, consideravelmente maiores, nestes locais.

A recolha de dados decorreu durante o mês Junho de 2011.

2.7 Processamento dos Dados

O tratamento estatístico inicia-se com a colheita de dados, prolongando-se até à análise e interpretação de resultados. Este será, no nosso estudo, processado através da estatística descritiva e da estatística inferencial.

Para o tratamento estatístico dos dados, utilizámos o programa informático estatístico, *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) - versão 17 (Inc., Chicago, Illinois, USA).

Relativamente à estatística descritiva, fazemos uso das frequências absolutas e relativas percentuais. Como medidas de tendência central, utilizamos a média e a moda, e como medidas de dispersão utilizamos o desvio padrão.

Relativamente à análise correlacional, procedeu-se à exploração de relações ou associações entre a variável dependente e as variáveis independentes. Efectuou-se uma análise mediante testes não paramétricos (Qui-quadrado). Para analisar a relação entre algumas das variáveis clínicas e terapêuticas, no sentido de dar respostas a alguns dos objectivos específicos, efectuou-se a correlação Ró de Spearman, pelo tamanho da amostra ser pequeno ($n=34$) e uma vez que nos permite medir a intensidade da relação entre as variáveis ordinais ⁽⁶⁸⁾.

Segundo D' Hainaut ⁽⁷⁰⁾ podem ser seleccionados os seguintes níveis de significância:

- $p < 0.05$ estatística significativa(*)
- $p < 0.01$ estatística bastante significativa(**)
- $p < 0.001$ estatística altamente significativo(***)
- $p \geq 0.05$ não significativo.

Relativamente ao Coeficiente de Correlação de Ró de Spearman, utilizámos valores de r , que por convenção Pestana e Gageiro ⁽⁷¹⁾ sugerem que:

- $r < 0.2$ – associação muito baixa
- $0.2 \leq r \leq 0.39$ – associação baixa
- $0.4 \leq r \leq 0.69$ – associação moderada
- $0.7 \leq r \leq 0.89$ – associação alta
- $0.9 \leq r \leq 1$ – associação muito alta.

O cálculo da prevalência de UP foi efectuado tendo em conta a sua definição: proporção de pessoas que apresentam úlcera por pressão num ponto específico do tempo. Então, dividiu-se o número de indivíduos com UP, no período da colheita de dados (1 mês), pelo número total de indivíduos internados e multiplicou-se por 100, para obtenção da percentagem ⁽⁷²⁾:

$$\text{Prevalência de UP} = \frac{\text{número de indivíduos com UP} \times 100}{\text{número total de indivíduos}}$$

3 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo encontra-se organizado em duas partes fundamentais. A primeira consiste na análise descritiva dos dados e a segunda na análise inferencial dos resultados.

3.1 Análise Descritiva

Na análise descritiva o investigador destaca um perfil do conjunto das características dos sujeitos, determinadas com a ajuda de testes estatísticos apropriados⁽¹⁾.

Neste subcapítulo iremos realizar a análise descritiva da caracterização da amostra estudada, tendo presente as variáveis sócio-demográficas, clínicas e terapêuticas.

3.2 Caracterização da Amostra

Dos indivíduos internados nos serviços já referidos do hospital em questão, 34 apresentavam UP. A taxa de prevalência de UP foi de 5.5%. Do total da amostra, o grupo etário mais representativo é [80-89] com 38.2% (N=13), sendo o menos frequente o grupo de indivíduos com idade superior a 89 anos, com 2.9% (N=1). A maioria dos indivíduos são do género masculino com 70.6% (N=24). A raça caucasiana prevalece com 97.1% (N=33).

Analisando o tempo de internamento, verificamos que a maioria apresenta um tempo de internamento de 6 dias a 1 mês (44.1%, N=15), sendo o período de internamento superior a 1 mês, o menos representativo (20.6%, N=7).

Os indivíduos provêm, maioritariamente, das próprias residências, sendo um elemento da família o prestador de cuidados (58.8%, N=20). Aqueles que se encontram institucionalizados em lares surgem como os segundos mais representativos da amostra, com 29.4% (N=10), sendo as transferências hospitalares as menos observadas (11.8%, N=4).

Os indivíduos em cuidados agudos surgem em maior percentagem, com 67.6% (N=23), em relação aos indivíduos internados em cuidados intensivos com 32.4% (N=11). Nos resultados da avaliação da Escala Performance Status da OMS, a incapacidade máxima prevalece com 64.7% (N=22), seguida da incapacidade severa com 26.5% (N=9).

Relativamente à presença de UP, na admissão verifica-se que 64.7% (N=22) dos indivíduos já tinham UP à entrada no serviço, sendo que os restantes 35.3% (N=12) a desenvolveram já durante o internamento. As UP foram adquiridas em maior percentagem na residência própria dos indivíduos (23.5%, N=8), nos Lares e no Serviço de Urgência, ambas com 14.7% (N=5). Os indivíduos provenientes de transferência hospitalar, já com UP, surgem em menor percentagem com 11,7% (N=4).

No que concerne aos valores encontrados para os vários níveis da escala de Braden, estes encontram-se na tabela seguinte.

Tabela 1 – Distribuição dos indivíduos segundo a escala de Braden.

Subescalas	N	%	Média	DP	Min.	Máx.
Percepção Sensorial						
Completamente limitada (1)	4	11.8	2.56	0.92	1	4
Muito limitada (2)	13	38.2				
Ligeiramente limitada (3)	11	32.4				
Sem limitações (4)	6	17.6				
Exposição a humidade						
Constantemente (1)	3	8.8	3.12	0.88	1	4
Frequentemente (2)	2	5.9				
Ocasionalmente (3)	17	50				
Raramente (4)	12	35.3				
Actividade						
Acamado (1)	32	94.1	1.09	0.379	1	4
Sentado (2)	1	2.9				

Subescalas	N	%	Média	DP	Min.	Máx.
Anda ocasionalmente (3)	1	2.9				
Anda frequentemente (4)	0	0				
Mobilidade						
Completamente imobilizado (1)	10	29.4	2	0.81	1	4
Muito limitada (2)	15	44.1				
Ligeiramente limitada (3)	8	23.5				
Sem limitações (4)	1	2.9				
Nutrição						
Muito pobre (1)	1	2.9	2.53	0.56	1	4
Provavelmente inadequada (2)	14	41.2				
Adequada (3)	19	55.9				
Excelente (4)	0	0				
Fricção e forças de deslizamento						
Problema real (1)	26	76.5	1.26	0.51	1	3
Problema potencial (2)	7	20.6				
Nenhum problema (3)	1	2.9				

N - Frequência; % - Percentagem; DP- Desvio padrão; Min.- mínimo ;Máx. – máximo.

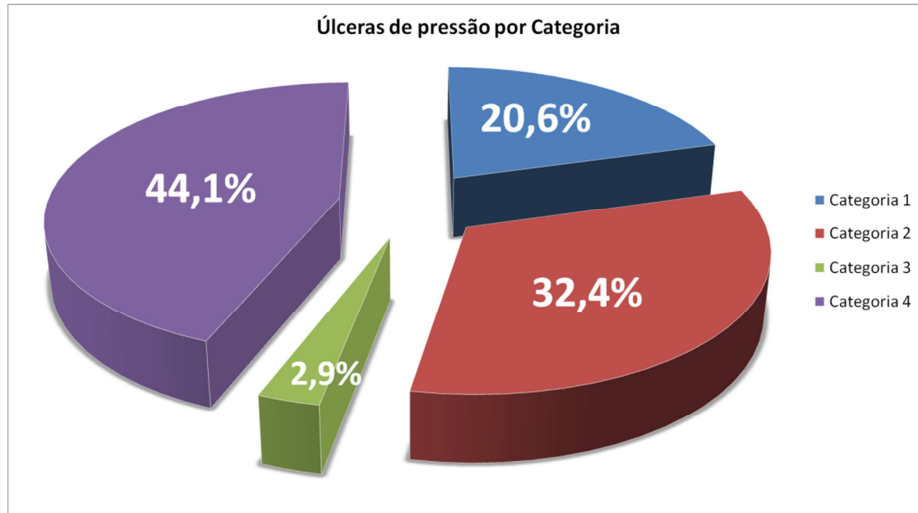
Apenas um indivíduo apresenta baixo risco para o desenvolvimento de UP, segundo a escala de Braden.

Quanto à incontinência, verifica-se que esta estava presente em 82.4% (N=28), sendo que apenas 2.9% (N=1) apresentavam incontinência urinária, 73.5% (N=25) incontinência urinária e fecal e 47.1% (N=16) encontravam-se algaliados. Em relação à observação geral da pele, 70.6% (N=24) apresentavam pele seca, 26.5% (N=9) hidratada e 2.9% (N=1) húmida.

No que diz respeito à UP mais grave, 44.1% (N=15) são de categoria 4, seguindo-se as de categoria 2 com 32.4% (N=11), as de categoria 1 com 20.6% (N=7) e,

finalmente, as de categoria 3, com 2.9% (N=1) (Gráfico1). Encontram-se localizadas a maioria, na região sacro-coccígea 32.4% (N=11) e nos calcâneos 29.4% (N=10).

Gráfico 1 – Úlcera de pressão mais grave por categoria.



Outras localizações são referidas para UP mais graves tais como as costas, nádegas, tornozelo e nariz. Quanto à localização e classificação de outras UP presentes nos indivíduos, são referenciadas na tabela seguinte.

Quadro 7 – Região corporal com UP e categoria da lesão.

Região	Classificação (N)				Total
	I	II	III	IV	
Anca D	1	-	3	-	4
Sacro-coccígea	-	1	1	-	2
Nádega D	-	1	-	1	2
Nádega E	-	1	-	1	2
Calcânhar D	-	1	-	1	2
Calcânhar E	1	1	-	-	2
Costas E	2	-	-	-	2
Tornozelo D	-	3	-	1	4
Tornozelo E	1	2	1	-	4
Meato urinário	-	1	-	1	2

Região	Classificação (N)				Total
	I	II	III	IV	
Occipital	-	-	1	-	1
Omoplata D	-	1	-	-	1
Omoplata E	-	1	-	-	1
Cotovelo D	-	2	-	-	2
Joelho D	-	-	-	1	1
Joelho E	-	-	-	1	1
Total	5	15	6	7	33

Os principais antecedentes clínicos dos indivíduos hospitalizados são a hipertensão arterial com 52.9% (N=18), as doenças respiratórias com 41.2% (N=14), outras doenças cardiovasculares com 35.3% (N=12), a *diabetes mellitus* com 32.4% (N= 11), Alzheimer e outras formas de demência com 17.6% (N=6), as doenças crónicas neurológicas degenerativas com 14.7% (N=5), AVC prévio com 11.8% (N=4), a neoplasia com 11.8% (N=4), a hipotensão com 8.8% (N=3), os problemas cirúrgicos com 8.8% (N=3) e a doença dermatológica com 2.9% (N=1). As cirurgias realizadas são apendicectomia, desbridamento de ferida crónica da perna e Laminectomia D7. O trauma físico prévio surge com 5.9% (N=2), sendo a sua localização anatómica na cabeça e pernas. De entre a medicação utilizada por estes indivíduos, destacam-se os sedativos com 55.9% (N=19). Em menor percentagem, surgem os psicofármacos com 20.6% (N=7).

Os protocolos de prevenção e tratamento são utilizados 94.1% (N=32). O uso de instrumentos de prevenção foi aplicado 97.1% (N=33) dos casos. A estratégia de prevenção mais utilizada são os posicionamentos, e encontram-se referenciados 79.4% (N=27), sendo que 74.1% (N=20) não apresentam frequência definida, 18.5% (N=5) são posicionados de 2 em 2 horas e 7.4% (N=2) de 3 em 3 horas.

Para além dos posicionamentos, a segunda estratégia de prevenção mais utilizadas é o uso de dispositivos locais de alívio de pressão em 73.5% (N=25). Apenas 8.8% (N=3) dos indivíduos tinham, nos seus registos de enfermagem, a

referência à utilização de pensos com efeito redutor da pressão/fricção. De entre os dispositivos locais de alívio de pressão no leito, existe referência ao uso de colchões estáticos para alívio de pressão em 73.5% (N=25), à utilização de almofadas para laterais em 64.7% (N=22) e apenas 2.9% (N=1) para o uso de calcanheiras e cotoveleiras.

Em relação aos dispositivos de alívio de pressão na cadeira, apenas existe registo da utilização de almofada de gel em 11.8% (N=4) e de almofadas em 2.9% (N=1). Não se verificou qualquer registo em relação ao posicionamento dos indivíduos na cadeira, nem da frequência dos mesmos.

3.3 *Análise Inferencial*

O tratamento estatístico inferencial é uma explicação da relação entre duas ou mais variáveis (69). Procura traduzir o enunciado do problema para uma previsão precisa e clara dos resultados esperados.

Com o intuito de verificarmos o efeito que as variáveis sociodemográficas, clínicas e terapêuticas têm sobre o risco de desenvolvimento de UP, utilizámos o Teste Qui quadrado; no entanto, não foram obtidos resultados estatisticamente significativos. Foi também utilizado o coeficiente de correlação $Ró$ de Spearman, para o estabelecimento de associação entre algumas variáveis clínicas e terapêuticas estudadas, uma vez que este mede a contribuição que uma variável tem na outra.

Os dados que se seguem, embora não se refiram a correlações com a variável dependente, são importantes para compreender o perfil do indivíduo com UP, bem como para identificar relações entre as estratégias e protocolos de prevenção utilizados com as variáveis clínicas estudadas. Sendo assim, observamos existir uma associação positiva moderada ($r = .48$, $p\text{-level} = .004$) entre o tempo de internamento e a formação de UP, inferindo que quanto maior é o tempo de internamento do indivíduo, maior é o número de UP que se desenvolvem na enfermaria onde o indivíduo se encontra. O coeficiente de determinação (r^2) indica-nos que a variância da formação de UP é atribuível à variação do tempo de internamento em 23%.

Constatamos outras associações estatisticamente significativas, reveladoras de alguma preocupação por parte dos enfermeiros, na utilização de políticas de prevenção para indivíduos em risco de desenvolver UP.

Verificamos existir uma associação positiva moderada ($r = .46$, $p\text{-level} = .006$) entre o grau de incapacidade física do indivíduo e a utilização de protocolos de prevenção, inferindo que quanto maior é o grau de incapacidade maior a utilização de protocolos de prevenção de UP nos indivíduos hospitalizados. O coeficiente de determinação (r^2), indica-nos que o grau de incapacidade explica, em 21.2%, a sua influência na utilização de protocolos de prevenção de UP.

Analisando as várias subescalas pertencentes à escala de Braden, observamos existir uma associação negativa moderada ($r = -.48$, $p\text{-level} = .004$) entre a pontuação obtida na subescala “actividade” e a utilização de protocolos de prevenção, inferindo que, quanto menor é a pontuação obtida neste item, maior é a utilização de protocolos de prevenção de UP nos indivíduos hospitalizados. Na subescala “mobilidade”, constatou-se a existência de uma associação negativa baixa ($r = -.38$, $p\text{-level} = .023$) entre o *score* obtido e a utilização de protocolos de prevenção, inferindo que, quanto menor é a pontuação, maior é a utilização de protocolos de prevenção de UP nos indivíduos. Quanto à subescala “fricção e forças de deslizamento”, observamos que existe uma associação negativa moderada ($r = -.50$, $p\text{-level} = .003$) entre a pontuação obtida nesta subescala e a utilização de protocolos de prevenção, inferindo que, quanto menor é a pontuação neste item, maior é a utilização de protocolos de prevenção de UP, nos indivíduos hospitalizados.

De acordo com os resultados, verificou-se existir uma associação negativa baixa ($r = -.39$, $p\text{-level} = .020$) entre a pontuação total obtida na escala de Braden e a utilização de protocolos de prevenção, inferindo que, quanto menor é a pontuação, maior é a utilização de protocolos de prevenção de UP, nos indivíduos hospitalizados.

Observamos existir uma associação positiva moderada ($r = .69$, $p\text{-level} = .000$) entre o uso de instrumentos de prevenção e a utilização de protocolos de prevenção, inferindo que, quanto maior é a utilização dos instrumentos, maior é a aplicação de protocolos de prevenção de UP, nos indivíduos hospitalizados.

Por fim, constatamos existir uma associação positiva moderada ($r = .49$, $p\text{-level} = .003$) entre a utilização de protocolos de prevenção e o posicionamento dos indivíduos, inferindo que, quanto maior é a aplicação de protocolos de prevenção de UP nos indivíduos hospitalizados, maior é a utilização do posicionamento, como estratégia preventiva.

3.4 *Discussão dos Resultados*

A discussão dos resultados é uma etapa fundamental num processo de investigação, dado permitir colocar em relevo os dados mais significativos que foram encontrados e confrontá-los com as teorias e modelos que dão suporte ao estudo em causa. É nesta fase que se discutem também as inferências tornadas possíveis após a aplicação dos testes estatísticos, constituindo-se um momento enriquecedor do conhecimento científico.

❖ **Risco para a formação de UP e variáveis sócio-demográficas**

➤ **Idade**

Os resultados deste estudo apontam para uma população predominantemente idosa¹, uma vez que 73,5% dos indivíduos se encontravam na faixa etária a partir dos 60 anos e, como consequência, com maior susceptibilidade para o desenvolvimento de lesões da pele, devido às características causadas pelo envelhecimento da mesma. De acordo com os estudos desenvolvidos por vários investigadores^(3, 4, 13, 32, 35), a idade é um factor crucial no desenvolvimento de UP, embora neste estudo não se tenham obtido resultados estatisticamente significativos.

➤ **Género**

Relativamente ao ordenamento da amostra em função do género, constatamos que 70.6% dos indivíduos com UP são homens e 29.4% mulheres. Não foram encontrados dados na literatura que relacionassem a presença de UP com o género.

➤ **Proveniência**

De entre os indivíduos estudados, 67.6% já tinha UP à entrada no serviço onde estavam hospitalizados. Estes provinham maioritariamente da sua residência (própria ou de familiares), cujos prestadores de cuidados eram familiares próximos (58.8%), o que nos evidencia um despreparo familiar no cuidado profilático destas lesões, em indivíduos dependentes. Este resultado pode estar relacionado com múltiplos factores, entre os quais a quantidade e qualidade dos ensinamentos feitos pelos profissionais de saúde,

¹ - A Organização Mundial da Saúde classifica cronologicamente como idosos as pessoas com mais de 65 anos de idade em países desenvolvidos e com mais de 60 anos de idade em países em desenvolvimento.

principalmente pelo enfermeiro, mas também se pode dever à existência insuficiente de materiais e dispositivos de prevenção disponíveis no domicílio. Contudo, é importante referir que a capacidade de percepção do receptor dos ensinamentos também pode condicionar a qualidade dos cuidados por ele prestados. Em número considerável surgem, também, os indivíduos residentes em Lares (29.4%), o que nos parece consensual, uma vez que a literatura nos revela existir uma incidência elevada de UP em Lares ou outras instituições⁽²⁹⁾.

➤ **Raça**

Entre os indivíduos pesquisados, a cor da pele predominante foi a branca (97.1%). Os resultados obtidos mostram que não existe efeito estatisticamente significativo entre a raça e o risco de formação de UP. No entanto, no estudo realizado por Fogerty *et al*⁽⁴⁾, concluiu-se que a raça negra constitui um factor de risco para o desenvolvimento de UP. Não existe, porém, consenso no que respeita à relação entre estas duas variáveis, uma vez que outros estudos indicam ser a pele negra a mais resistente a agressão externa causada pela humidade e fricção (Maklebust e Siegreen, 1996 *cit. in* Blanes *et al*⁽⁷³⁾). Contudo, sabe-se que nos indivíduos de pele negra é mais difícil identificar as úlceras de categoria 1.

❖ **Risco para a formação de UP e variáveis clínicas**

➤ **Tempo de internamento**

Os resultados obtidos indicam-nos que, quanto mais longo for o tempo de internamento, mais elevado é o número de UP que se desenvolvem nos indivíduos hospitalizados. Este facto pode significar que as estratégias de prevenção adoptadas não são as mais eficazes e que será necessário rever as políticas de prevenção utilizadas. Também podemos inferir que o desenvolvimento de novas UP durante o internamento hospitalar causa um aumento do tempo de internamento, e consequentemente dos custos associados. Estes resultados assemelham-se ao estudo realizado por Graves *et al*⁽⁴⁶⁾, que constataram que a presença ou aparecimento de UP provoca, em média, o prolongamento do internamento em 4,31 dias (intervalo de confiança de 95%, 1,85 a 6,78). De salientar que as consequências destes resultados se revelam, para além do aumento nos custos da hospitalização, numa maior dificuldade na recuperação do indivíduo, aumentando o risco para o desenvolvimento de outras complicações.

➤ **Grau de incapacidade**

Dos indivíduos com UP estudados, 64.7% têm **incapacidade máxima** e 26.5% **incapacidade severa**. Quando esta variável foi associada ao risco de formação de UP, não se obtiveram resultados estatisticamente significativos; no entanto, podemos concluir que, quanto maior for a dependência de terceiros para a satisfação dos autocuidados, maior será a predisposição para o desenvolvimento de UP. A sua existência aumenta o sofrimento físico e emocional dos indivíduos reduzindo a sua independência e funcionalidade.

➤ **Score Escala de Braden**

Os indivíduos com UP estudados encontram-se classificados como sendo de **alto risco** para o desenvolvimento de outras UP (97.1%). De modo geral, a amostra apresentou scores baixos em praticamente todos os itens da escala de Braden, ressaltando que, nos itens “atividade” e “fricção/forças de deslizamento”, se obteve o *score* mínimo (1). Apesar dos resultados obtidos nos diferentes níveis da escala de Braden, não se verificaram quaisquer tipos de medidas, registadas, necessárias para contrariar estes resultados, ou até mesmo para a melhoria no tratamento das lesões já existentes (cuidados à pele, avaliação nutricional/suplementos, etc). Apenas para o item “atividade” se encontravam medidas profiláticas (superfícies de apoio/reposicionamento manual, sem referência à frequência com que os realizam), embora escassas.

Tendo em conta as limitações da escala de Braden identificadas por Macgough e Nixon ⁽⁵¹⁾, convém salientar que esta, embora sendo considerada como boa preditora do risco de formação de UP, como concluiu Ayello *et al* ⁽²⁶⁾, nunca deve ser dissociada do juízo clínico, uma vez que o único indivíduo que se encontrava classificado como tendo baixo risco para o desenvolvimento UP, acabou por a desenvolver, embora a causa não pudesse ser identificável, fazendo a avaliação da escala de Braden, para este indivíduo. A UP tinha sido desenvolvida por uma máscara facial, já que o indivíduo se encontrava com ventilação não invasiva. De salientar que, tal como já foi referido, as escalas constituem um elemento complementar na avaliação do doente, não substituindo a avaliação de outros factores.

➤ **Incontinência**

Outro factor que na literatura se encontra relacionado com o risco formação de UP é a exposição da pele à humidade excessiva e a sua associação com a actividade enzimática e bacteriana, provocada pela incontinência urinária e/ou fecal. No presente estudo, apenas 2.9% (N=1) apresentavam incontinência urinária, 73.5% (N=25) incontinência urinária e fecal 47.1% (N=16). No entanto, observou-se que 47.1% (N=16) estavam algaliados, reduzindo a possibilidade de os indivíduos apresentarem humidade excessiva da pele, evitando os efeitos nefastos que causaria, principalmente, na pele da região perineal. Estes resultados assemelham-se aos de Jordon e Clark (1977), *cit. in* Duque, ⁽³⁷⁾, que confirmam a existência de uma grande percentagem de indivíduos incontinentes com UP.

➤ **Estado da pele**

A literatura revela-nos que uma pele excessivamente húmida ou seca pode potenciar o desenvolvimento de UP em indivíduos que se encontrem limitados à cama ou cadeira ⁽²⁷⁾. Dos indivíduos estudados com UP, 70.6% (N=24) apresentavam pele seca, 26.5% (N=9) hidratada e 2.9% (N=1) húmida.

É consensual a utilização de cremes hidratantes que previnam a secura da pele e a mantenham hidratada. O suporte oral ou endovenoso (quando necessário) de líquidos também deve ser valorizado. Só assim se conseguem melhores resultados.

➤ **Localização da UP mais grave**

Quanto à localização da UP mais grave, houve predomínio nas regiões sagrada (32.4%) e calcâneos (29.4%), sendo locais de apoio quando o indivíduo assume decúbito dorsal, lateral ou posição de sentado. Estes resultados vão ao encontro dos estudos de vários autores ^(3, 14, 16, 27, 28, 29), ao concluírem que o local mais comum para o desenvolvimento de UP é a região sagrada e calcâneos.

➤ **Patologias associadas**

As doenças preexistentes predominantes, nos indivíduos com UP, foram a hipertensão (52.9%), as doenças respiratórias (41.2%) e a *diabetes mellitus* (32.4%). Resultados semelhantes aos de Blanes ⁽⁷³⁾, que apenas não tiveram, na sua amostra, maioritariamente, as doenças respiratórias. Os indivíduos da amostra também eram

portadores de Alzheimer e outras formas de demência (17.6%), doença crónica neurológica degenerativa (14.7%), AVC prévio e neoplasia (11.8%). Não se obtiveram resultados estatisticamente significativos quando comparadas estas variáveis com o risco de formação de UP. No entanto, no estudo de Capon *et al*⁽¹³⁾, concluíram que as doenças neurológicas, AVC prévio, e traumas aumentam o risco de desenvolvimento de UP.

➤ **Medicação**

A literatura revela-nos que a aplicação de drogas com efeito sedativo aumentam o risco de desenvolver UP⁽⁵⁾. De facto, os indivíduos em estudo, todos portadores de UP, apresentam uma percentagem considerável na utilização de sedativos (55.9%). Esta medicação prejudica a mobilidade, tornando o indivíduo, em algumas situações, e dependendo do fármaco e da dose utilizada, totalmente dependente para a mobilização. O presente estudo foi também efectuado em indivíduos em estado crítico, internados em unidades de cuidados intensivos, o que interferiu na obtenção destes resultados.

❖ **Risco para a formação de UP e políticas de prevenção**

No presente estudo, verificou-se que, para os indivíduos classificados como estando em risco para o desenvolvimento de UP, são adoptadas algumas medidas preventivas, apenas para o factor de risco “imobilidade”. Relativamente aos seguintes pontos:

- **Utilização de protocolos de prevenção** – é referida a utilização de protocolos nos registos de enfermagem (94.1%); alguns deles encontram-se, no entanto, desactualizados, nomeadamente no que diz respeito à classificação da escala de Braden. Alguns protocolos utilizados definiam para a escala de Braden dois pontos de corte, dividindo o risco de desenvolvimento de UP em baixo, moderado e elevado, o que está incorrecto para a versão portuguesa da escala.
- **Utilização de instrumentos de prevenção** - o instrumento de prevenção utilizado é a escala de Braden (97.1%), sem associação ao instrumento de avaliação da pele, aconselhado pelas autoras da escala para ser utilizado em conjunto.
- **Estratégias de prevenção** – são referenciadas algumas estratégias de prevenção, nomeadamente os posicionamentos (79.4%); a maioria dos indivíduos não possui, no entanto, registo da frequência com que são efectuados (58.8%). É

importante salientar que, embora os posicionamentos de 2 em 2 horas possam parecer uma base sólida para uma prevenção eficaz de UP, permanecem ainda grandes incertezas relativamente à frequência óptima de reposicionamento ⁽⁵³⁾.

Verifica-se o registo da utilização de dispositivos locais de alívio de pressão em 73,5% dos indivíduos. Em menor percentagem, observa-se a utilização de pensos com efeito redutor da pressão/fricção (8.8%) e nesses indivíduos não é especificado qual o tipo de penso. De salientar que o uso profilático de material de penso para protecção da pele intacta, tem sido referenciado de forma pouco científica.

- **Dispositivos locais de alívio de pressão** – são poucos os indivíduos com referência em registos de enfermagem sobre a utilização de outros dispositivos, para além do colchão estático para alívio da pressão e almofadas, muito embora sejam, por vezes, utilizados e não seja registada a sua aplicação. Os colchões estáticos para alívio de pressão e as almofadas para laterais são referenciados em registos com maior percentagem, 73.5% e 64.7%, respectivamente. Apenas um indivíduo apresenta registo da utilização de calcanheiras. Apenas um indivíduo apresenta registo da utilização de calcanheiras e cotoveleiras. Não existem registos quanto à utilização de colchões dinâmicos para alívio de pressão. Segundo Clark ⁽⁵³⁾, a efectividade das superfícies de apoio não deve ser julgada apenas com base nas avaliações da pressão no contacto. O mesmo autor acrescenta que existem evidências inconsistentes no que respeita aos méritos relativos das superfícies de apoio estáticas e dinâmicas. Quanto aos dispositivos locais para alívio de pressão na cadeira, apenas 1.8% apresentam registo da utilização de almofada de gel e 2.9% do uso de almofadas. Concluímos, então, que os dispositivos de alívio de pressão, mais diferenciados para determinada região corporal (para o leito ou cadeira) são muito pouco utilizados nos indivíduos com risco para desenvolver UP.

Pela análise dos resultados efectuados pelo uso da correlação de Spearman, percebemos que os profissionais se encontram despertos para a utilização de medidas preventivas nos indivíduos com incapacidade máxima ou severa ($r=.46$, $p\text{-level}=.006$), dando conta da necessidade de adopção de medidas preestabelecidas de prevenção (uso de protocolos). Ainda assim, não registam quais as medidas específicas adoptadas para cada tipo de necessidade encontrada pela aplicação da escala de Braden.

4 CONCLUSÕES GERAIS

Este capítulo destina-se a ser um ponto de reflexão sobre os aspectos e resultados mais importantes obtidos através deste trabalho de investigação. Assim, tendo em conta os objectivos inicialmente propostos, iremos ressaltar as principais conclusões inerentes aos resultados do nosso estudo.

Para além de aprofundar os nossos conhecimentos teóricos no âmbito das úlceras de pressão, este estudo possibilitou-nos a aprendizagem e a realização de uma investigação obedecendo aos requisitos necessários para a sua validade e veracidade circunstanciais. Admitimos, no entanto, que, apesar do esforço no sentido de expor, correctamente e de forma clara, todos os elementos necessários para a compreensão e explicação desta problemática, continuam em aberto várias questões às quais não conseguimos dar resposta, tendo em conta as limitações do nosso estudo.

Vários autores referem que as úlceras de pressão surgem habitualmente tanto em serviços de saúde como na comunidade e podem avançar para complexas lesões da pele e dos tecidos mais profundos. A sua prevenção é vista pela maioria dos profissionais de saúde como uma responsabilidade dos profissionais de enfermagem. Pelo sofrimento que causam ao indivíduo/família e pelo aumento dos encargos económico-financeiros para a instituição e famílias, constituem uma problemática de especial interesse, que não poderia deixar de ser estudada. O modelo de Sistemas de Neuman é, assim, um marco conceptual de enfermagem importante, que justifica o papel dos especialistas avançados na área de feridas e viabilidade tecidual como educadores/ investigadores, no sentido de existir uma tomada de decisão partilhada entre todos os envolvidos.

Assim, tendo em conta os objectivos propostos para este estudo, salientamos como resultados e conclusões mais significativas as seguintes:

- A taxa de prevalência de UP foi de 5,5%;
- Os indivíduos com UP são predominantemente idosos 73.5%;
- A maioria já tinha UP à entrada no serviço onde estavam hospitalizados (64.7%);
- A maioria estava ao cuidado de familiares próximos (58.8%);

- Em número considerável surgem os indivíduos com UP residentes em Lares (29.4%);
- A maioria é de raça caucasiana (97.1%);
- Os indivíduos, na sua maioria, tem um tempo de internamento de 6 dias a 1 mês (44.1%);
- Quanto maior é o tempo de internamento mais elevado é o número de UP que se desenvolvem nos indivíduos hospitalizados;
- Os indivíduos com UP sofrem, na sua maioria, de incapacidade máxima (64.7%) ou severa (26.5%);
- A maioria encontra-se classificada como sendo de alto risco para o desenvolvimento de UP (97.1%);
- A maioria apresenta incontinência urinária e fecal (73.5%);
- A maioria apresenta pele seca (70.6%);
- A UP mais grave predomina na região sagrada (32.4%) e calcâneos (29.4%);
- A hipertensão arterial (52.9%), doenças respiratória (21.2%) e diabetes (32.4%) constituem as patologias mais frequentes para esta amostra;
- A maioria apresenta sedativos como terapêutica instituída.

No que concerne às políticas de prevenção utilizadas para os doentes em risco de desenvolver UP, observa-se que:

- São utilizados protocolos de prevenção na maioria dos indivíduos (94.1%);
- O instrumento de prevenção utilizado é a escala de Braden (97.1%);
- Os posicionamentos constituem as estratégias de prevenção mais utilizadas (79.4%);
- A maioria não possui registo da frequência com que são efectuados os posicionamentos (58.8%);
- Os dispositivos para alívio de pressão são pouco diferenciados;
- Não há referência quanto a utilização de superfícies especiais de alívio de pressão.

Concluimos que existe uma preocupação por parte da equipa de enfermagem em estabelecer medidas preventivas, para a diminuição do desenvolvimento de UP ou

agravamento das mesmas; no entanto, o registo efectuado sobre os dispositivos utilizados para esse efeito é insuficiente, não traduzindo a realidade das medidas preventivas, efectivamente, executadas.

4.1 Limitações Teórico Metodológicas

O presente estudo é, antes de mais, um testemunho da inquietação e do desassossego pessoais e profissionais.

Inquietação perante uma problemática emergente da prática clínica do enfermeiro, como são as UP; desassossego que se reflecte no empenho colocado na investigação numa área ainda pouco desenvolvida em Portugal.

De facto, a actuação do enfermeiro em meio hospitalar, não é de mais reforçar, exige uma atitude de ocupação, responsabilidade e envolvimento afectivo com o indivíduo, que reivindica disponibilidade para a reflexão sobre as suas práticas e para a permanente actualização de conhecimentos.

Nesta perspectiva, o presente estudo descreve um percurso de investigação que nos permitiu trabalhar uma problemática emergente da prática clínica do enfermeiro e, como todos os trabalhos de investigação, embora apresente algumas debilidades, aponta para um campo vasto de potencialidades.

Quanto ao primeiro aspecto, e tendo em conta a literatura, tanto o exíguo tamanho da amostra estudada, como o tipo de metodologia de selecção da mesma nos impossibilitam de generalizar resultados.

Na verdade, em relação à análise dos dados, é importante referir que, pelo facto de ter sido feita aos registos de enfermagem, pressupõe que existam várias avaliações feitas por sujeitos diferentes (heterogeneidade), situação que se estende de igual forma às características dos indivíduos e das UP.

Quando nos propusemos avançar com a pesquisa, não imaginávamos o peso que a máquina burocrática representa em meio hospitalar, levada ao ponto de serem necessários dez longos e desesperantes meses de espera pela autorização do conselho de administração para acedermos aos registos de enfermagem necessários ao desenvolvimento da investigação. Menos, ainda, prevíamos que, depois do seu aval,

tantas fossem as dificuldades para aceder aos processos clínicos dos doentes, pelo facto de o funcionamento dos serviços e o acesso ser em formato electrónico, vedado, portanto, a indivíduos alheios ao serviço, circunstância que limitou substancialmente o nosso trabalho.

Temos consciência de que os ficheiros sobre os doentes devem ser protegidos da devassa alheia e que o sigilo sobre os dados pessoais deve ser zelosamente acautelado. Mas tratando-se da elaboração de um trabalho académico devidamente identificado, e que se pretende com forte incidência nos cuidados a prestar, pareceram-nos excessivos alguns entraves e rituais que, coartando a liberdade do investigador e reduzindo o campo de observação, circunscreveram a investigação e limitaram inevitavelmente as conclusões.

Fica a nota de que os registos consultados não traduzem os cuidados prestados aos doentes e praticamente não há registo de dispositivos de alívio de pressão utilizados na cadeira. Assim, devido à escassez de registos efectuados a nível das atitudes preventivas, poucas são as conclusões estatísticas que poderemos retirar. A importância dos registos em cuidados de saúde tem sido objecto de contínuo debate, desde o início das profissões de ajuda, revelando-se também para a enfermagem de uma utilidade indiscutível. Pimenta e Vale *cit. in* Rodrigues e Oliveira, ⁽⁷⁴⁾, “*referem que estes devem ocupar um lugar de destaque, sendo insubstituíveis no dia-a-dia de qualquer enfermeiro, independentemente do local onde ele exerce a sua actividade*”. Lawler ⁽⁷⁵⁾ reforça esta ideia, quando diz que os elementos da essência da enfermagem já estão na existência humana e estão bem definidos, mas acrescenta que é necessário documentá-los para revelar os cuidados de enfermagem aos outros. A própria OMS diz-nos que “cuidar não dispensa a escrita”, o que significa que os registos dos cuidados de enfermagem devem existir como uma realidade diária do trabalho do enfermeiro.

Os dados não foram significativos, porque apenas se encontrou um indivíduo de baixo risco, não permitindo estabelecer comparações com os de alto risco. Nada garante, porém, que se tivesse prolongado o estudo por mais algum tempo se conseguiria obter o número de doentes necessários para se proceder a um estudo estatístico e, naturalmente, se obterem outros resultados.

Além disso, é importante referir que os indivíduos estudados já tinham UP; aqueles que não tinham, mas se encontravam em risco para a desenvolver, não foram

estudados, o que nos permitiria estabelecer outro tipo de comparações. Além disso, a investigação da condição psicossocial dos sujeitos em risco de UP merece atenção, a fim de verificar a sua relação com as condições orgânicas e o desenvolvimento de UP.

Achamos, também, que o facto de existirem poucos estudos semelhantes realizados em Portugal, nos impossibilita de estabelecer comparações e não nos permitiu realizar outras reflexões que, certamente, nos ajudariam a compreender melhor a problemática em análise na comunidade portuguesa.

Parece-nos, ainda, que em próximos estudos sobre o tema seria importante incluir outras variáveis, como a avaliação nutricional, com recurso ao peso corporal, massa muscular, ingestão alimentar e doseamento sérico de albumina. Faria, também, sentido utilizar um recorte temporal mais alargado para a colheita de dados, bem como um *follow-up* no qual, entre as avaliações, se poderiam aplicar estratégias educativas junto dos profissionais, para depois se verificar a modificação de comportamentos relacionados com a prevenção de UP.

Produto de uma investigação que pretendeu juntar algumas peças de um vasto *puzzle*, com o fim de nos aproximar da compreensão dos problemas inerentes às UP, ao seu tratamento e à sua prevenção, este trabalho confrontou-nos com condicionalismos e dificuldades que são, em nosso entender, a principal causa de alguma frustração das expectativas inicialmente esboçadas.

4.2 Sugestões e Implicações Futuras

Após aprofundada reflexão e análise sobre os dados obtidos, através desta investigação pretende-se contribuir para a melhoria dos índices de qualidade de incidência/prevalência das UP, bem como concorrer para a melhoria de campanhas de prevenção de UP. Este tipo de campanhas será dirigido a toda a equipa multidisciplinar que constitui cada serviço, dando especial atenção às atitudes preventivas que deverão ser adoptadas pela equipa de enfermagem. Isto porque, frequentemente, são atribuídas aos enfermeiros as maiores responsabilidades no reconhecimento dos indivíduos em risco.

Para a redução dos índices de UP e as suas consequências o desenvolvimento de protocolos de cuidados que visem a melhoria da qualidade da assistência prestada e que adopte uma visão heurística do indivíduo. Para atingir este propósito, é imprescindível:

1- Adopção de medidas adequadas de suporte/cuidado ao indivíduo; educação e *empowerment* da equipa multiprofissional, família e doente, bem como participação da instituição na promoção de condições que propiciem uma assistência de qualidade, através de adequados métodos de ensino;

2 – Diminuir a sobrecarga de trabalho, fomentada pelos elevados níveis de dependência funcional dos doentes, através do aumento do número de enfermeiros prestadores de cuidados.

3 - Inculcar nos profissionais a prática de uma enfermagem baseada na investigação e no conhecimento científico.

4 - Implementar protocolos sistematizados de avaliação do risco de desenvolvimento de UP.

5 - Utilizar um referencial de enfermagem integrado, no qual seja transposta a abordagem reducionista do problema, adoptando uma visão sistémica e multifactorial de todos os intervenientes na prevenção das UP.

6 - Fomentar um ensino fundeado em competências, sobre a prevenção e tratamento de úlceras crónicas, nas escolas de enfermagem, o qual não tem acontecido de forma organizada, sendo abordado em diferentes disciplinas, com diversidade de conteúdos, objectivos pouco claros e ausência de estratégias e avaliação específicas sobre o tema.

7 - Desenvolver o espírito de uma escrita sensível junto dos profissionais de saúde e organizações com o objectivo de acautelar no registo informático a sensibilidade da escrita.

8- Promover a cooperação entre as instituições de saúde e as associações nacionais de investigação científica, especializadas na área, para o desenvolvimento de conhecimento científico sobre a problemática das UP.

De referir que é importante sistematizar orientações aos familiares na alta hospitalar e no acompanhamento ambulatorio, contribuindo, assim, para a diminuição das taxas de prevalência/incidência de UP no domicílio, Lares e outras instituições.

Este estudo não pretende, de todo, ser um ponto de chegada, mas, antes, o início de um longo caminho a explorar em investigações futuras.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fortin MF. O processo de investigação: da concepção à realização. Loures: Lusociência; 1999.
2. European Pressure Ulcers Advisory Panel, National Pressure Ulcers Advisory Panel. Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Washington DC: National Pressure Ulcers Advisory Panel; 2009.
3. Lindgren M, Unosson M, Fredrikson M, et al. Immobility – a major risk factor for development of pressure ulcers among adult hospitalized patients: a prospective study. *Scand J Caring Sci.* 2004 Mar;18(1):57-64.
4. Fogerty M, Abumrad N, Nanney L, et al. Risk factors for pressure ulcers in acute care hospital. *Wound Repair and Regeneration.* 2008 Jan/Feb;16(1):11-8.
5. Nonnemacher M, Stausberg J, Bartoszek G, et al. Predicting pressure ulcer risk: a multifactorial approach to assess risk factors in a large university hospital population. *Journal of Clinical Nursing.* 2008 Feb;18(1):99-107.
6. Crowe T, Brockbank C. Nutrition therapy in the prevention and treatment of pressure ulcers. *Wound Practice and Research.* 2009 Mai;17(2):90-9.
7. Slowikowski GC, Funk M. Factors associated with pressure ulcers in patients in a surgical intensive care unit. *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing: Official Publication of the Wound, Ostomy and Continence Nurses Society / WOCN.* 2010 Nov-Dec;37(6):619-26.
8. Pina E, Gouveia J, Pedro A, et al. Prevenção das Úlceras de Pressão: Prática Baseada na Evidência. Lisboa: GAIF;2010
9. Lepistö M, Eriksson E, Hietanen H, Asko-Seljavaara S. Patients with pressure ulcers in Finnish hospitals. *International Journal of Nursing Practice.* 2001 Agt;7(4):280-7.
10. Pérez VG. Prevalence and characteristics of pressure ulcers in a concerted hospital [Spanish]. *Gerokomos.* 2002 Mar;13(1):49-58.
11. Lahmann NA, Halfens RJG, Dassen T. Prevalence of pressure ulcers in Germany. *Journal of Clinical Nursing.* 2005 Fev;14(2):165-172.
12. Uzon O, Tan M. A prospective,descriptive pressure ulcer risk factor and prevalence study at a uiversity hospital in Turkey. *Ostomy Wound Manage.* 2007 Feb; 53(2): 44-6,48,50-6.

13. Capon A, Pavoni N, Mastromattei A, Lallo D. Pressure ulcer risk in long-term units: prevalence and associated factors. *Journal of Advanced Nursing*. 2007 Abr;58(3):263-272.
14. Barrois B, Labalette C, Rousseau P, et al. A national prevalence study of pressure ulcers in French hospital inpatients. *Journal of Wound Care*. 2008 Sep;17(9):373-9.
15. Wann-Hansson C, Hagell P, Willman A. Risk factors and prevalence among patients with hospital-acquired and pre-existing pressure ulcers in a care hospital. *Journal of Clinical Nursing*. 2008 Jul;17(13):1718-1727.
16. Vanderwee K, Clark M, Dealey C, et al. Pressure ulcer prevalence in Europe: a pilot study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2007 Apr;13(2):227-35.
17. Baumgarten M, Margolis D, Gruber-Baldini A, et al. Pressure ulcers and the transition to long term care. *Advances in Skin and Wound Care*. 2003 Nov;16(6):299-304.
18. Atiyeh B, Hayek S. Pressure sores with associated spasticity: a clinical challenge. *Int Wound J*. 2005 Mar;2(1):77-80.
19. Nijs N, Toppets A, Defloor T, et al. Incidence and risk factors for pressure ulcers in the intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*. 2009 May;18(9):1258-66.
20. Sayar S, Turgut S, Dogan H, et al. Incidence of pressure ulcers in intensive care unit patients at risk according to the Waterlow scale and factors influencing the development of pressure ulcers. *Journal of Clinical Nursing*. 2009 Mar;18(5):765-74.
21. Morrisc C. Pressure ulcers: aetiology and identification. *Nursing and Residential Care*. 2010 Mar;12(3):124-7.
22. Nixon J. Fisiopatologia e etiologia das úlceras de pressão. In: Morison M, Rijswijk L. *Prevenção e tratamento de úlceras de pressão*. Loures: Lusociência; 2004. p.17-37.
23. Ferreira PL, Miguéns C, Gouveia J, Furtado K. Risco de desenvolvimento de úlceras de pressão: Implementação nacional da escala de Braden. Loures: Lusociência; 2007.
24. Levine, J M. Historical perspective on pressure ulcers: The decubitus ominusus of Jean-Martin Charcot. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2005 Jul;53(7):1248-51.
25. Defloor T. The risk of pressure sores: a conceptual scheme. *Journal of Clinical Nursing*. 1999 Mar;8(2): 206-16.

26. Ayello EA, Baranoski S, Lyder CH, Cuddigan J. Úlceras de pressão. In: Baranoski S, Ayello EA. O essencial sobre o tratamento de feridas: Princípios práticos. Loures: Lusodidacta; 2006. p.279-313.
27. Allman RM, Goode PS, Patrick MM, et al. Pressure ulcer risk factors among hospitalized patients with activity limitation. *Journal of the American Medical Association*. 1995 Mar;273(11):865-870.
28. Kroger K, Wolfgang N, Maier I, et al. Prevalence of pressure ulcers in hospitalized patients in germany in 2005: Data from the federal statistical office. *Gerontology*. 2009;55(3):281-7.
29. Kwong EW, Pang SM, Aboo GH, Law SS. Pressure ulcer development in older residents in nursing homes: influencing factors. *Journal of Advanced Nursing*. 2009 Jun;65(12):2608-20.
30. Dealey C. Tratamento de feridas: Guia para enfermeiros. 1ª ed. Lisboa: Climepsi; 2006.
31. Reed RL, Hepburn K, Adelson R, et al. Low serum albumin levels, confusion, and fecal incontinence: are these risk factors for pressure ulcers in mobility-impaired hospitalized adults?. *Gerontology*. 2003 Jul-Aug;49(4):255-9.
32. Souza DM, Santos VL. Risk factors for pressure ulcer development in institutionalized elderly. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2007 Sep-Oct;15(5):958-64.
33. Angelidis I, Lidman D, Sjoberg F, et al. Decubitus ulcer development: pressure alone increases tissue temperature. *European Journal of Plastic Surgery*. 2009 Oct;32(5):241-4.
34. Connor T, Sledge JA, Bryant-Wiersema L, et al. Identification of pre-operative and intra-operative variables predictive of pressure ulcer development in patients undergoing urologic surgical procedures. *Urologic Nursing*. 2010 Sep-Oct;30(5):289-95.
35. Baumgarten M, Margolis DJ, Localio AR, et al. Extrinsic risk factors for pressure ulcers early in the hospital stay: a nested case-control study. *The Journals of Gerontology*. 2008 Apr;63(4):408-13.
36. Voegeli D. The management of dry skin conditions in older adults. *Nursing & Residential Care*. 2009 Apr;11(4): 182-6.
37. Duque HP, Menoita E, Simões A. Úlceras de pressão: uma abordagem estratégica. Coimbra: Formasau; 2009.

38. Rawlings AV, Harding CR. Moisturization and skin barrier function. *Dermatologic Therapy*. 2004;17(1): 43-8.
39. Nyquist R, Hawthorn PJ. The prevalence of pressure sores within an area health authority. *Journal of Advanced Nursing*. 1987 Mar;12(2):183-7.
40. Schoonhoven L, Defloor T, Grypdonck MH. Incidence of pressure ulcers due to surgery. *Journal of Clinical Nursing*. 2002 Jul;11(4):479-87.
41. Serpa, LF, Santos VL. Desnutrição como factor de risco para o desenvolvimento de úlceras por pressão. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2008;21(2):367-9.
42. Morison MJ. *Prevenção e tratamento de úlceras de pressão*. Loures: Lusociência; 2004.
43. McLaren S, Green S. Factores nutricionais na etiologia, desenvolvimento e cicatrização de úlceras de pressão. In: Morison, M. *Prevenção e Tratamento de Úlceras de Pressão*. Loures: Lusociência; 2004. p.209-230.
44. Sibbald G; Campbell K; Coutts P, Queen D. Intact skin: an integrity not to be lost. *Ostomy Wound Management*. 2003 Jun;49(6):27-41.
45. Beeckman D, Schoonhoven L, Fletcher J. et al. EPUAP classification system for pressure ulcers: European reliability study. *Journal of Advanced Nursing*. 2007 Dec;60(6):p 682-91.
46. Graves N, Birrell F, Whitby M. Effect of pressure ulcers on length of hospital stay. 2005 Mar;26(3):293-7.
47. Lapsley HM, Vogels R. Cost and prevention of pressure ulcers in an acute teaching hospital. *International Journal for Quality in Health Care*. 1996 Fev;8(1):61-6.
48. Bennett G, Dealey C, Posnett J. The cost of pressure ulcers in the UK. *Age and Ageing*. 2004 Mai;33(3):230-5.
49. Furtado K, et al. *Prevenção e Tratamento de Úlceras de Pressão*. Coimbra: Formasau; 2001.
50. Hibbs P. *Pressure area care for the city and hackney health authority*. Londres: City and Hackney Health Authority; 1988.
51. MCGough A, Nixon, J. Princípios de avaliação do paciente: rastreio de úlceras de pressão e risco potencial In: Morison, M. *Prevenção e Tratamento de Úlceras de Pressão*. Loures: Lusociência; 2004. P 59-80.
52. Pancorbo-Hidalgo PL, Garcia-Fernandez FP, Lopez-Medina IM, et al. Risk assessment scales for pressure ulcer prevention: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*. 2006 Apr;54(1):94-110.

53. Clark, M. Prevenção de úlceras de pressão. In: Morison M. Prevenção e tratamento de úlceras de pressão. Loures: Lusociência; 2004. p.81-106.
54. Vilelas J. Investigação: O processo e construção do conhecimento. Lisboa: Edições Sílabo; 2009.
55. Bansal C, Scott R, Stewart D, et al. Decubitus ulcers: a review of the literature *International Journal of Dermatology*. 2005 Oct;44(10):805-10.
56. Ovington L. Tratamento de feridas: agentes de limpeza e pensos. In: Morison, M. Prevenção e tratamento de úlceras de pressão. Loures: Lusociência; 2004. p.145-65.
57. Baranoski S, Ayello EA. O essencial sobre o tratamento de feridas: princípios práticos. Loures: Lusodidacta; 2006. p.279-314.
58. Schultz GS, Sibbald RG, Falanga V, et al. Wound bed preparation: a systematic approach to wound management. *Wound Repair & Regeneration*. 2003 Mar-Apr;11(2):1-28.
59. Freese BT. Betty Neuman: modelo de sistemas. In: Tomey AM, Alligoog MR. Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teoria de enfermagem. 5ª ed. Loures: Lusociência; 2004. p.335-75.
60. Imperatori E. Mais de 1001 Conceitos para Melhorar a Qualidade dos Serviços de Saúde: Glossário. Lisboa : Edinova; 1999.
61. Campana AO, Padovani CR, Iaria CT, et al. Investigação científica na área médica. São Paulo : Manole, 2001.
62. Cervo AL, Bervian, PA. Metodologia científica: para uso de estudantes. 3ª ed. São Paulo: Megraw Hill; 1983.
63. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa Social. 4ª ed. São Paulo: Atlas; 1995.
64. Lakatos EM, Marconi MA. Metodologia do Trabalho Científico. 4ª ed. São Paulo: Atlas; 1995.
65. Costa JA, Melo AS. Dicionário de língua portuguesa. 7ª ed. Porto: Porto Editora; 1996.
66. Santos MA. Prevenir incapacidades e reabilitar deficientes. *Integrar*. 1997 Abr;12;5-10.
67. Caseiro A, Costa C, Guerreiro E, et al. Cadernos de oncologia 1: agentes antineoplásicos. 3ª ed. Novartis; 1997.
68. Coutinho CP. Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: teoria e prática. Coimbra: Almedina; 2011.

69. Polit DF, Beck CT, Hungle BP. Fundamentos da pesquisa em enfermagem:métodos, avaliação e utilização. 5ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2004.
70. D'Hainaut L. Conceitos e métodos de estatística. 1º Vol. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 1990.
71. Pestana MH, Gageiro JN. Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS. 3ª ed. Lisboa: Edições Sílabo; 2003.
72. Beaglehole R, Bonita R, Kjellstrom T. Epidemiologia básica. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Publica; 2003.
73. Blanes L, Duarte IS, Calil JA, et al. Avaliação clínica e epidemiológica das úlceras de pressão em pacientes internados no Hospital São Paulo. Ver Assoc Med Bras. 2004;50(2):182-7.
74. Rodrigues A, Oliveira M. Registo intra-operatório: que utilidade na continuidade dos cuidados de Enfermagem. AESOP revista. 2005; 6(16):6-10.
75. Lawler J. In search of an Australian identity: in towards a discipline of Nursing. Melbourne: Churchill Livingstone; 1991.

ANEXOS

Anexo I - Autorizações para aplicação do instrumento de colheita de dados



Exma. Senhora
Enf. Sónia Alexandra Abrantes
Loureiro
Serviço Otorrinolaringologia

nossa ref. / our ref. Comissão de Ética 0013

nossa ref. / your ref.

data / date 12.05.2011

assunto / subject

Pedido de parecer sobre a realização do Estudo Descritivo " Prevenção e nascimento das úlceras por pressão (UPP) em doentes hospitalizados: realidade, desafio ou quimera? "

Em resposta ao solicitado no vosso ofício, acima identificado, somos a informar, que o mesmo foi autorizado pelo Conselho de Administração em 12-05-2011.

Com os melhores cumprimentos,

A Comissão de Ética

Luís Antunes

Anexo II – Instrumento de colheita de dados

Grelha de Análise
COLHEITA DE DADOS

Nº _____

Data: ___/___/___

Dados Sócio-Demográficos**1. Idade**

- | | | | |
|-------|--------------------------|-------|--------------------------|
| 18-39 | <input type="checkbox"/> | 70-79 | <input type="checkbox"/> |
| 40-59 | <input type="checkbox"/> | 80-89 | <input type="checkbox"/> |
| 60-69 | <input type="checkbox"/> | >89 | <input type="checkbox"/> |

2. Género

- Masculino
- Feminino

3. Raça

- Caucasiana
- Negróide
- Outra:

4. Proveniência

- Domicilio 1- Prestador de cuidados _____
2- C/ apoio social
- Transferência Hospitalar:
- Lar ou outra instituição:

Dados Clínicos e Terapêuticos

5. Tipo de cuidados

Intensivo

Cuidados Agudos

6. Tempo de internamento

< 6 dias

6 Dias – 1 Mês

> 1 Mês

7. Grau Incapacidade

PS 0 – Activo, capaz de executar as suas actividades sem restrições.

PS 1 – Ambulatório, mas apenas capaz de executar trabalho ligeiro ou ter uma ocupação sedentária.

PS 2 – Ambulatório, capaz de cuidar de si, mas não de executar trabalho ligeiro, acamado menos de 50% do tempo que passa acordado.

PS 3 – Incapaz de cuidar sozinho de si, acamado mais de 50% do tempo que passa acordado.

PS 4 – Sempre acamado, necessitando de terceiros para a realização de todas as tarefas,

(Escala Performance Status da OMS, CASEIRO [et al.], 1997)

8. Presença de UP na admissão

Sim

Não

9. Local onde foi adquirida UP

Domicilio

Enfermaria onde está internado

Outro local Qual? _____

10. Escala de Braden

<i>1 - Percepção sensorial</i>		<i>2 - Exposição á humidade</i>		<i>3 - Actividade</i>	
1	Completamente limitada	1	Constantemente	1	Acamado
2	Muito limitada	2	Frequentemente	2	Sentado
3	Ligeiramente limitada	3	Ocasionalmente	3	Anda ocasionalmente
4	Sem limitações	4	Raramente	4	Anda frequentemente
<i>4 - Mobilidade</i>		<i>5 - Nutrição</i>		<i>6 - Fricção e Forças Deslizamento</i>	
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	4	
Score final:					

11. Incontinência

- Não
- Sim 1-Urinária
- 2-Urinária e fecal
- 3-Algaliado

12. Observação da pele

- Hidratada Pele seca
- Pele húmida

13. Úlcera de pressão mais grave

- Eritema não branqueável
- (categoria I)
- Flictena/abrasão (categoria II)
- Úlcera categoria III
- Úlcera categoria IV

14. Localização da úlcera de pressão mais grave

- Sacro-coccigea

- Zona trocantérica
- Calcâneos
- Outra Onde? _____

15. Localização e classificação de outras UP

1- _____
 2- _____
 3- _____
 4- _____
 5- _____
 6- _____
 7- _____
 8- _____
 9- _____
 10- _____
 11- _____
 12- _____

16. Patologias:

- Diabetes tipo 1 ou 2
- Neoplasia
- Doença psiquiátrica
- Doença respiratória
- Doença crónica neurológica degenerativa
- Doença dermatológica
- Alzheimer e outras formas de demência
- Hipotensão
- Hipertensão
- AVC prévio
- Outras doenças cardiovasculares
- Problemas cirúrgicos (Pós operatório de cirurgia) Cirurgia realizada _____
- Traumas físicos prévios (fracturas, etc) Localização _____
- Outras patologias Quais _____

17. Medicação:Sedativos Psicofármacos **18. Utilização de protocolos de prevenção e tratamento?**Sim Não **19. Uso de instrumentos de prevenção?**Sim Não **20. Quais as estratégias de prevenção?**Posicionamentos (no leito): Frequência _____Dispositivos locais de alívio de pressão Pensos com efeito redutor da pressão/fricção **21. Quais os dispositivos locais de alívio de pressão?****No leito**Nenhum Calcanheiras Cotoveleiras Colchões estáticos para alívio de pressão Colchões dinâmicos para alívio de pressão Almofadas para laterais Outros Quais? _____**Na cadeira:**Nenhum Almofada de gel Almofada Posicionamentos Com que frequência? _____Outros: Quais? _____