



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
↳ Instituto de Ciências da Saúde

PREVALÊNCIA DE ÚLCERAS DE PRESSÃO EM CENTRO DE
PSICOGERIATRIA NA BÉLGICA

Tese/relatório apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica
Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Feridas e Viabilidade Tecidual

Por
Tiago Miguel Resende Pereira

Fevereiro, 2013



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
Instituto de Ciências da Saúde

PREVALÊNCIA DE ÚLCERAS DE PRESSÃO EM CENTRO DE PSICOGERIATRIA NA BÉLGICA

Tese/relatório apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Feridas e Viabilidade Tecidual

Por

Tiago Miguel Resende Pereira

Sob orientação da Professora Doutora Beatriz Araújo
Coorientação do Professor Paulo Alves

Fevereiro, 2013

AGRADECIMENTOS

Para que este documento fosse totalmente elaborado pude contar com a preciosa ajuda de várias pessoas e entidades. Primeiramente gostava de agradecer aos meus familiares pois sem eles nunca teria iniciado e concluído o curso do mestrado, para o qual este trabalho significa a conclusão do mesmo. Sem a sua ajuda não seria capaz de o terminar, tendo em conta a grande motivação que me foi dada, pois durante 2 anos a minha situação laboral não era a desejada e sentia que ter prolongado os meus estudos de certa forma estava-me a prender e a prejudicar a nível de oportunidades de trabalho.

Gostava de agradecer também aos diversos professores com quem tive a oportunidade de contactar durante todo o tempo do mestrado, pois permitiram-me desenvolver as minhas competências no campo do tratamento de feridas, no campo da investigação em saúde e ainda me permitiram melhorar no juízo crítico, competências fundamentais para que pudesse realizar um bom trabalho desta categoria. De destacar a Professora Doutora Beatriz Araújo e o Professor Paulo Alves, pelas suas disponibilidades e grande auxílio na orientação do meu trabalho, bem como pelos conselhos dados durante todo o trabalho desenvolvido.

Por fim, gostaria de agradecer a todos que condicionalmente ou incondicionalmente me permitiram a realização deste documento numa altura importante da minha vida em que me encontro num novo país, com uma nova cultura em que toda a ajuda é importante.

A todos, um muito obrigado

Tiago Miguel Resende Pereira

RESUMO

Introdução: As Úlceras de Pressão (UP) estão inseridas no grupo das feridas crónicas, devido ao seu complexo processo e tempo de cicatrização. Maioritariamente são associadas a doentes idosos e acamados, que devido a diversos fatores internos e externos encontram-se em risco de as desenvolver. As lesões deste género tendem a surgir nas proeminências ósseas, nomeadamente na região sacrococcígea e nos calcâneos. A alteração da qualidade de vida, tendo em conta o isolamento social, as alterações da própria imagem, o desconforto que estas feridas acarretam e os elevados custos nos seus tratamentos, que aumentam exponencialmente quanto maior for a categoria da UP, têm sido considerados como aspetos relevantes associados a estas lesões.

Objetivos: O presente estudo tem como objetivo central identificar a prevalência de úlceras de pressão num Centro de Psicogeriatria (PGC), localizado na Bélgica, constituído por 7 Sectores, 3 dos quais pertencem ao Lar de Idosos e os restantes 4 ao Hospital.

Metodologia: Este estudo é de carácter descritivo e transversal com características quantitativas. A população compreende todos os pacientes admitidos no PGC entre os anos de 2007 a 2011. A colheita de dados foi feita recorrendo a uma plataforma informática, onde são introduzidas as informações pelos profissionais de saúde relativas às úlceras de pressão e posteriormente apresentadas num resumo dos resultados obtidos nos 4 trimestres, nos 7 Setores da instituição. Neste resumo mínimo de dados constam: o número de pacientes, as percentagens de indivíduos com UP, a percentagem de doentes com risco por Sector e percentagem de doentes com risco e que desenvolveram UP.

Resultados: Com base nos dados obtidos foi possível determinar que o Lar de Idosos apresenta uma prevalência de úlceras de pressão superior ao Hospital com uma variação entre 8,8% e 13,3% no Lar e entre 3,1% e 10,7% no Hospital. Similarmente, foi possível verificar que, relativamente à percentagem de pacientes em risco de desenvolver úlceras de pressão, a variação no Lar oscilou entre 44,3% e 54,8%, enquanto no Hospital entre 30,6% e 38,7%. Quando analisada a percentagem de doentes em risco e que desenvolveram úlceras de pressão, o Hospital apresenta uma variação superior (13,8% e 28,4%) face ao Lar (9,2% e 20,8%). Da análise por Sectores, constata-se que os Sectores 2, 3 e 6, apresentam as maiores prevalências de utentes com úlceras de pressão, devendo-se isto ao facto de nestes Sectores estarem internados os utentes com maior grau de dependência e dum modo geral confinados ao leito ou à cadeira de rodas/cadeirão.

ABSTRACT

Introduction: Pressure ulcers (PU) are inserted in the group of chronic wounds due to its complicated process and healing time. Mostly associated with elderly patients and bedridden, that due to various internal and external factors are at risk of developing them. Injuries of this kind tend to arise in the bony prominences, particularly in the sacrococcygeal region and in heels. The change in quality of life, taking into account the social isolation, changes of self-image, the discomfort that this wounds cause and the high costs in their treatments that increase exponentially greater the category of PU, have been considered as aspects material associated with these injuries.

Objectives: This study aims to identify the prevalence of pressure ulcers in Psychogeriatric Center (PGC), located in Belgium, comprising by 7 Sectors, three of which belong to the Nursing Home and the remaining for to the Hospital.

Methodology: This study is a descriptive and cross-sectional quantitative traits. The population includes all patients admitted to the PGC between the years 2007 to 2011. Data collection was done using a computer platform, where the information is entered by health professionals regarding pressure ulcers and later presented a summary of results obtained in 4 quarters in the 7 Sectors of the institution. In this summary are set: number of patients, the percentages of subjects with UP, the percentage of patients at risk for Sector and percentage of patients at risk who developed UP.

Results: Based on the data obtained it was possible to determine that the Nursing Home has a prevalence of pressure ulcers than the Hospital with a range between 8,8% and 13,3% in the Nursing Home and between 3,1% and 10,7 % Hospital. Similarly, it was possible to verify that, on the percentage of patients at risk of developing pressure ulcers, the variation in the Nursing Home fluctuated between 44,3% and 54,8%, while in the Hospital between 30,6% and 38,7%. When analyzing the percentage of patients at risk and who developed pressure ulcers, the Hospital has a higher variation (13,8% and 28,4%) compared to the Nursing Homer (9,2% and 20,8%). Analysis by Sector reveals that Sectors 2, 3 and 6 have the highest prevalence of clients with pressure ulcers, this being due to the fact that these Sectors are admitted users with a greater degree of dependence and more generally bedridden or wheelchair / armchair.

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	III
RESUMO	IV
ABSTRACT	V
ÍNDICE	VI
ÍNDICE DE SIGLAS	VII
ÍNDICE DE FIGURAS	VIII
ÍNDICE DE QUADROS	IX
ÍNDICE DE GRÁFICOS	X
ÍNDICE DE ANEXOS	XI
INTRODUÇÃO	15
CAPÍTULO 1 – ÚLCERA DE PRESSÃO: DO CONCEITO AO CUSTO	17
1.1. CONCEITO	17
1.2. PREVALÊNCIA E INCIDÊNCIA	19
1.3. MORBILIDADE E MORTALIDADE	22
1.4. QUALIDADE DE VIDA	22
1.5. CUSTOS	23
CAPÍTULO 2 - AVALIAÇÃO DO RISCO DE DESENVOLVIMENTO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO	24
2.1. POLÍTICA DE AVALIAÇÃO DE RISCO	24
2.2. PRÁTICA DE AVALIAÇÃO DO RISCO	25
2.3. AS ESCALAS DE AVALIAÇÃO DE RISCO	26
2.4. FATORES DE RISCO	28
CAPÍTULO 3 - METODOLOGIA DO ESTUDO EMPÍRICO	32
3.1. LOCAL DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO	32
1.1 Tipo de estudo	34
1.2 População e amostra	34
1.3 Instrumento de colheita de dados	35
1.4 Procedimentos formais e éticos	35
1.5 Tratamento dos dados	36

CAPÍTULO 4 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	37
CAPÍTULO 5 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	44
CONCLUSÃO.....	47
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49
ANEXOS.....	53

ÍNDICE DE SIGLAS

A

AVD – Atividades de vida diária

P

PGC – Centro de Psicogeriatría

U

UP – Úlcera de Pressão

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Úlcera de Pressão Categoria 1 (EPUAP-NPUAP, 2009)	17
Figura 2 - Úlcera de Pressão Categoria 2 (EPUAP-NPUAP, 2009)	18
Figura 3 - Úlcera de Pressão Categoria 3 (EPUA-NPUAP, 2009).....	18
Figura 4 - Úlcera de Pressão Categoria 4 (EPUAP-NPUAP, 2009)	18
Figura 5 - Localização de Desenvolvimento de UP's (Strachan, 2006).....	19

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Prevalência de Úlceras de Pressão a nível mundial	20
Quadro 2 – Incidência de Úlceras de Pressão por idade (Margolis et al. 2003).....	21
Quadro 3 - Incidência de Úlceras de Pressão por Categoria	22
Quadro 4 - Comparação de Fatores de Risco por Escala de Avaliação	27
Quadro 5 - Fatores de Risco para o Desenvolvimento de Úlceras de Pressão	29

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição da prevalência média de pacientes com Úlceras de Pressão por Sector	37
Gráfico 2 - Prevalência média de Úlceras de Pressão por ano no Centro de Psicogeriatria.....	38
Gráfico 3 - Prevalência média de úlceras de pressão por ano no Lar e no Hospital	38
Gráfico 4 - Prevalência de úlceras de pressão por Sector	39
Gráfico 5 - Pacientes com risco de desenvolver úlcera de pressão no Centro de Psicogeriatria	40
Gráfico 6 - Pacientes com risco de desenvolver úlcera de pressão no Lar e no Hospital	40
Gráfico 7 - Pacientes com Risco de desenvolver Úlcera de Pressão por Sector	41
Gráfico 8 - Risco médio para o desenvolvimento de UP's por local	41
Gráfico 9 - Pacientes em risco e que desenvolveram úlceras de pressão	42
Gráfico 10 - Pacientes em Risco e que desenvolveram Úlceras de Pressão no Lar e no Hospital	42
Gráfico 11 - Pacientes em risco e que desenvolveram úlceras de pressão por Sector.....	43
Gráfico 12 - Média de pacientes com risco e que desenvolveram UP's.....	43

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo I - Escala de Norton (Inglês)

Anexo II - Escala de Braden (Inglês)

Anexo III - Solicitação para cedência dos dados relativos às Úlceras de Pressão do Centro de Psicogeriatria (Português)

Anexo IV - Solicitação para cedência dos dados relativos às Úlceras de Pressão do Centro de Psicogeriatria (Francês)

Anexo V - Exemplar de Resultados Trimestrais

INTRODUÇÃO

O envelhecimento consiste nas alterações fisiológicas num organismo que levam ao aumento do risco de debilidade, doença e morte. Pode ocorrer numa célula, órgão ou totalmente no organismo, durante toda a vida adulta de qualquer ser vivo. Ocorre a diminuição das funções biológicas e capacidade de adaptação ao stress metabólico. De um modo geral, os efeitos do envelhecimento incluem a redução da imunidade, perda de massa muscular, perda de memória e outros aspetos cognitivos, perda da coloração do cabelo e elasticidade da pele. (Dictionary Merriam-Webster Online, 2012)

O envelhecimento biológico é um processo complexo caracterizado por diferenças espécies-específicas bem como tecidos-específicos e por mecanismos de mudanças moleculares e fisiológicas relacionadas com a idade.(Costa, 2006)

A pele é definida como o maior e um dos principais órgãos do nosso corpo, tendo como função proteger a superfície do organismo contra agentes potencialmente agressivos provenientes do exterior e de entre outras funções importantes, participa ativamente no controlo da temperatura do corpo. No entanto, todos os dias está sujeito a possíveis lesões que de acordo com a sua etiologia e o estado de saúde do indivíduo, vítima dessa agressão, pode determinar o desenvolvimento de uma ferida e a sua gravidade, bem como a evolução da sua cicatrização.

Uma ferida pode ser definida como a interrupção da continuidade da pele, com maior ou menor extensão, causada por qualquer tipo de trauma físico, químico, mecânico ou desencadeada por uma afeção clínica. (Cesaretti, 1998)

Da literatura consultada é possível identificar dois grupos de feridas, as agudas e as crónicas que, de acordo com as suas características, a sua cicatrização vai ocorrer em mais ou menos tempo. As feridas crónicas são um tipo de feridas que ao fim de seis ou mais semanas permanecem abertas sem estarem totalmente cicatrizadas, sendo estas classificadas de acordo com a sua etiologia patológica. (Bianchi, Gray, Timmons, & Meaume, 2011)

Uma das principais preocupações relativamente ao tratamento de feridas são os custos que lhe estão associados, sendo eles de nível humano e de nível financeiro.(Moore, 2005)

De entre o grupo das feridas crónicas as úlceras de pressão são as que apresentam maior prevalência face às outras.(Santamaria, 2009) Uma das principais causas para o seu desenvolvimento são os longos períodos de imobilidade por parte dos pacientes,

algo que relacionado com a faixa etária do indivíduo e patologias associadas, nomeadamente, demências, como o Alzheimer e o Parkinson, situações facilmente relacionadas com o envelhecimento.(Andrews, 1976)

Atualmente, encontro-me a trabalhar num Centro de Psicogeriatría localizado na Bélgica, e como já foi descrito um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de úlceras de pressão são os casos de demência, facto que me suscitou interesse para verificar qual a sua prevalência na instituição, associada a estes fatores de risco. Neste Centro de Psicogeriatría existe uma parte destinada a Hospital e outra parte destinada a Lar de Idosos.

Assim, o objetivo deste estudo passou por determinar e analisar a prevalência das úlceras de pressão nesta instituição, durante os anos de 2007 a 2011, recorrendo para tal, a registos disponibilizados pela mesma. Nesta análise um dos objetivos secundários passou por determinar as diferenças das prevalências entre o Hospital e o Lar de Idosos e confrontar os dados adquiridos com os que são possíveis de encontrar na literatura referente a casos de demência.

Este trabalho de investigação está dividido em cinco capítulos. Nos dois primeiros faz-se uma breve revisão da literatura relacionada com a úlcera de pressão, desde o seu conceito ao custo e, ainda, a avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão, ou seja, o domínio a partir do qual surge o tema e o problema de investigação, incluindo a pertinência do estudo. No terceiro capítulo são apresentadas as opções metodológicas, onde se faz uma abordagem ao tipo de estudo, instrumento de colheita de dados, procedimentos formais e éticos e tratamento dos dados. Por fim no quarto capítulo são apresentados e analisados os dados, e no capítulo 5 são discutidos os dados.

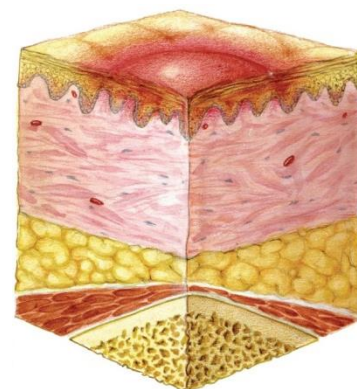
CAPÍTULO 1 – ÚLCERA DE PRESSÃO: DO CONCEITO AO CUSTO

1.1. CONCEITO

No tratamento de qualquer úlcera de pressão é imprescindível a correta identificação e diagnóstico da ferida para que as melhores opções terapêuticas sejam tomadas com vista ao mais rápido e melhor tratamento da afeição em questão, com o objetivo de utilizar da melhor forma os recursos materiais e monetários disponíveis. Para tal é importante ter presentes os conceitos e as características referentes às diferentes categorias destas feridas, pois para cada categoria existem tratamentos distintos. Mas apesar do tratamento que possa ser feito, o objetivo primordial é sempre a prevenção. As Úlceras de Pressão (UP) são definidas como lesões localizadas da pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea, em resultado da pressão ou de uma combinação entre esta e forças de torção. (NPUAP-EPUAP, 2009)

A classificação das UP, de acordo com a literatura, é comumente feita em 4 categorias distintas. As categorias variam de acordo com as características que a UP apresenta, representando cada uma delas um nível diferente de lesão. Assim na:

Categoria I: Eritema não branqueável, a pele apresenta-se intacta com rubor não branqueável numa área localizada, normalmente sobre uma proeminência óssea. Em pele de pigmentação escura pode não ser visível o branqueamento; a sua cor pode ser diferente da pele em redor. A área pode estar dolorosa, dura, mole, mais quente ou mais fria comparativamente ao tecido adjacente. A categoria I pode ser difícil de identificar em indivíduos com tons de pele escuros. Pode ser indicativo de pessoas “em risco”. (NPUAP-EPUAP, 2009)



*Figura 1 - Úlcera de Pressão
Categoria 1 (EPUAP-NPUAP, 2009)*

Categoria II: perda parcial da espessura da pele – verifica-se perda parcial da espessura da derme, que se apresenta como uma ferida superficial (rasa) com leito vermelho – rosa sem esfacelo. Pode também apresentar-se como flictena fechada ou aberta, preenchida por líquido seroso ou sero-hemático. Apresenta-se como uma úlcera brilhante ou seca, sem crosta ou equimose (indicador de lesão profunda). Esta categoria não deve ser usada para descrever fissuras da pele, queimaduras por abrasão, dermatite associada a incontinência, maceração ou escoriações.

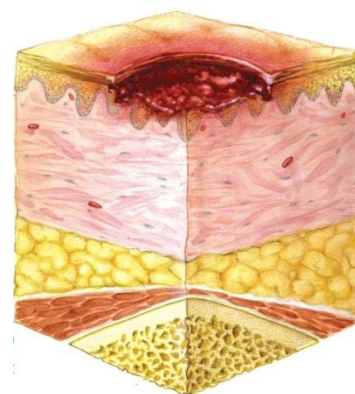


Figura 2 - Úlcera de Pressão Categoria 2 (EPUAP-NPUAP, 2009)

Categoria III: Perda total da espessura da pele – há perda total da espessura tecidual. Pode ser visível o tecido adiposo subcutâneo, mas não estão expostos os ossos, tendões ou músculos. Pode estar presente algum tecido desvitalizado (fibrina húmida), mas não oculta a profundidade dos tecidos lesados. Pode incluir lesão cavitária e encapsulamento. A profundidade de uma úlcera de categoria III varia com a localização anatômica. A asa do nariz, orelhas, região occipital e maléolos não têm tecido subcutâneo (adiposo) e uma úlcera de categoria III pode ser superficial. Em contrapartida, em zonas com tecido adiposo abundante podem desenvolver-se úlceras de pressão de categoria III extremamente profundas. O osso/tendão não são visíveis ou diretamente palpáveis.

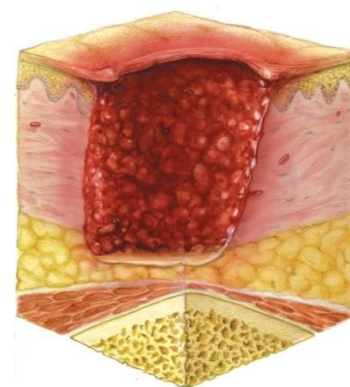


Figura 3 - Úlcera de Pressão Categoria 3 (EPUA-NPUAP, 2009)

Categoria IV: Perda total da espessura dos tecidos – verifica-se perda total da espessura dos tecidos com exposição óssea, dos tendões ou músculos. Pode estar presente tecido desvitalizado (fibrina húmida) e ou tecido necrótico. Frequentemente são cavitadas e fistulizadas. A profundidade de uma úlcera de pressão de categoria IV varia com a localização anatômica. A asa do nariz, orelhas, região occipital e maléolos não têm tecido subcutâneo (adiposo) e estas úlceras podem ser superficiais. Uma úlcera de categoria IV pode atingir músculo e/ou estruturas de suporte (i.e. fáscia,

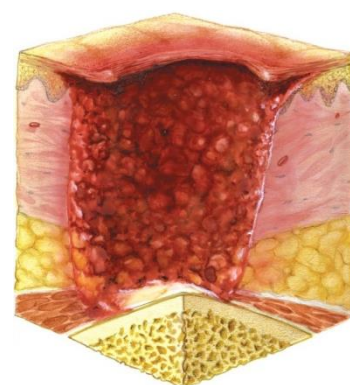


Figura 4 - Úlcera de Pressão Categoria 4 (EPUAP-NPUAP, 2009)

tendão ou cápsula articular) tornando a osteomielite e a osteíte prováveis de acontecer. Existe osso/músculo exposto visível ou diretamente palpável. (NPUAP-EPUAP, 2009)

Este tipo de feridas está presente em diversas localizações anatómicas, na literatura o calcâneo e o sacro são os que apresentam maior incidência e prevalência. De acordo com o relatório apresentado pelo Victorian Quality Council em 2006, numa análise que englobou 2100 doentes. De entre os cerca de 20 locais possíveis de desenvolver UP's, o calcâneo teve uma percentagem de 25,2% ou seja 529 dos pacientes e em seguida o sacro com uma percentagem de 24,8% correspondendo a 521 dos pacientes, sendo que estas percentagens somadas representam metade das UP's contabilizadas durante o estudo. (Strachan, 2006).

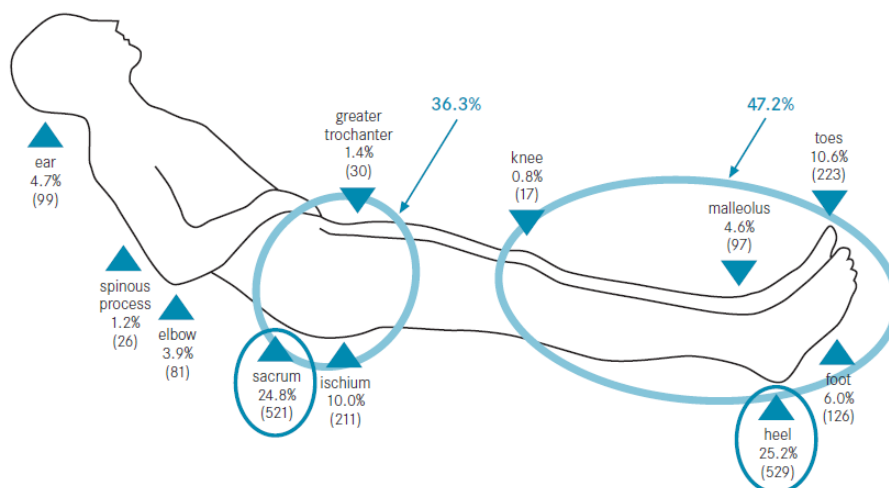


Figura 5 - Localização de Desenvolvimento de UP's (Strachan, 2006)

1.2. PREVALÊNCIA E INCIDÊNCIA

A Prevalência é definida como o número de pessoas que apresentam determinada patologia em estudo num dado momento específico. Por sua vez, a Incidência é considerada como o número de pessoas que desenvolveram determinada patologia em estudo durante um determinado período de tempo. (NPUAP-EPUAP, 2007)

Segundo Vanderwee *et al.* (2007), num estudo piloto realizado a nível europeu, concluiu-se que existe uma prevalência global de UP's de 18,1%, com uma grande variância

entre os diversos países incluídos no estudo. Também a incidência apresenta uma grande variação a nível mundial, sendo que em Portugal de acordo com dois estudos a incidência varia entre 6,3% e 12,9%.(Ferreira *et al.*, 2007)

PAÍS	N	PREVALÊNCIA	REFERÊNCIA
Alemanha	8678	7%	Morison <i>et al.</i> , 2004
Bélgica	861	21,1%	EPUAP, 2001
Canadá	2384	25,7%	Morison <i>et al.</i> , 2004
Dinamarca	123	14,3%	Bermark <i>et al.</i> , 2004
Espanha	941	8,8%	GNEAUPP, 2003
EUA	88743	13,5%	Baranosky e Ayello, 2006
Holanda	2031	10,1%	Morison <i>et al.</i> , 2004
Índia	445	4,94%	Chauhan <i>et al.</i> , 2005
Irlanda	626	12 a 20%	Gethin <i>et al.</i> , 2005
Itália	2144	13,2%	Quaglini <i>et al.</i> , 2000
Japão	23500	14,6%	Morison <i>et al.</i> , 2004
Reino Unido	714	32,1%	Morison <i>et al.</i> , 2004
Suécia	633	22,9%	EPUAP, 2001

*Quadro 1 - Prevalência de Úlceras de Pressão a nível mundial
(Vanderwee, Clark, Dealey, Gunninberg, & Defloor, 2007) adaptado*

Num outro estudo de Pini e Alves (2012), estudo transversal, quantitativo, nas unidades de cuidados de longa duração de Portugal continental, englobando 545 doentes, onde foi encontrada uma prevalência de UP de 23%.

Relativamente à prevalência de UP, por serviços de saúde, nos Estados Unidos da América (EUA), a NPUAP (2009) estima, uma distribuição de: 10% a 18% nos serviços de tratamentos agudos; 2,3% a 28% nos serviços de tratamentos de longa duração; e 0% a 29% nos lares de idosos. Quanto à incidência de UP, por serviços, a mesma fonte refere que: 0,4% a 38% ocorrem nos serviços de tratamentos agudos; 2,3% a 23,9% nos serviços de tratamentos de longa duração; 0% a 17% nos lares de idosos; e 0% a 6% nos serviços de reabilitação.(Dorner, Posthauer, & Thomas, 2009)

Segundo Tannen (2008) existe uma maior prevalência de UP's nos hospitais que nos lares de idosos, apresentando no seu estudo resultados em que a prevalência no caso de lares de idosos encontrou-se entre 36,9 – 43,3% na Holanda e 9,1 – 12,6% na

Alemanha enquanto nos hospitais os resultados foram 28,1 – 41,4% e 18,1 – 28,8% na Holanda e Alemanha, respetivamente (Tannen, Dassen, & Halfens, 2008).

Em 2003, nos EUA existiram 455.000 internamentos durante os quais foram identificadas a presença de UP's, correspondendo a um aumento de 63% em relação a 1993, onde foram identificadas UP's em 280.000 internamentos. (Russo & Elixhauser, 2006)

As úlceras de pressão podem ocorrer em qualquer faixa etária e a sua incidência está também dependente de algumas condições inerentes ao paciente, isto é, relativamente às doenças que o indivíduo apresenta. (Margolis, Knauss, Bilker, & Baumgarten, 2003) De acordo com Margolis (2003) num estudo com uma amostra de 75.168 indivíduos foi possível concluir que a incidência de UP's aumenta com a idade. (Quadro 2) Quanto à incidência por género, o sexo feminino foi o que apresentou uma maior incidência (1,8%) em comparação o sexo masculino (1,4%). No entanto, segundo a autora, a relação entre o desenvolvimento de UP's quanto ao género, perde significado quando feita a relação entre a idade e as co-morbilidades associadas ao doente. De entre as 27 co-morbilidades associadas ao estudo a que representou uma maior incidência foi a hipertensão arterial (30,2%). Do campo das doenças psicogerítricas são referidas no estudo as incidências de UP's associadas a depressão (22,3%), Alzheimer (3,7%) e Parkinson (2,2%). (Margolis *et al.*, 2003)

FAIXA ETÁRIA (ANOS)	Nº DE PACIENTES	% TOTAL DE PACIENTES	% COM ÚLCERAS DE PRESSÃO
65-69	27.978	37,2	0,6
70-74	16.405	21,8	1,0
75-79	13.324	17,7	1,9
80-84	9.934	13,2	2,8
85-89	5.234	7,0	4,2
90-...	2.293	3,1	5,4

Quadro 2 – Incidência de Úlceras de Pressão por idade (Margolis *et al.* 2003)

A distribuição do desenvolvimento de UP's por categoria apresenta algumas variações e segundo diversos estudos, as de categoria 2 são as que apresentam uma maior incidência, seguidas das de categoria 1, restando as de categoria 3 e 4 que apresentam percentagens de incidência aproximadas (Quadro 3). (Bennett, Dealey, & Posnett, 2004; Strachan, 2006)

CATEGORIA	DADOS DE BENNETT, DEALEY & POSTNETT, 2004	DADOS DE STRACHAN, 2006
1	34,9%	40,4%
2	41,2%	47,0%
3	12,9%	5,9%
4	11,0%	6,8%

Quadro 3 - Incidência de Úlceras de Pressão por Categoria

1.3. MORBILIDADE E MORTALIDADE

As úlceras de pressão em alguns casos na literatura, não são identificados como causadores diretos da morte, pois na maioria dos casos não são a principal causa da morte, pois estas são consequência do declínio do estado de saúde, o que faz desta afeção um preditor de mortalidade. (Lyder and Ayello, 2005)

Num estudo realizado pela Health Grades em 2004, com base nos Indicadores para a Segurança do Paciente, foi possível determinar que de entre diversos indicadores passíveis de provocarem a morte aos pacientes, as UP's surgem em evidência. Neste estudo, identificou-se que as UP's representam 41,59% (474.692 pacientes) do total de incidentes registados. Dos diversos incidentes de UP's registados, 7,2% (34.320 pacientes) morreram devido a esta afeção. (Health Grades, 2004)

1.4. QUALIDADE DE VIDA

Um dos efeitos comuns associados às UP's é a redução da qualidade de vida. Esta redução deve-se a diversos fatores tais como o aumento da dor, a exclusão social, o mau-odor e o aumento das limitações nas atividades e mobilidades. (Clark, 2002) Numa revisão sistemática da literatura desenvolvida por Gorecki *et al.*, 2009; verificou com o aspeto físico, social, psicológico e financeiro, são os mais afetados com o desenvolvimento de UP's e a dor foi considerada a maior preocupação associada a estas afeções. Outros fatores tais como os sintomas, os procedimentos e o ambiente de cuidados relacionados com as UP's contribuem para esta redução. O sentimento de se sentir um "peso" para os outros é outra dos motivos associados provocando um acréscimo de ansiedade e preocupação. (Gorecki *et al.*, 2009) Nesta revisão é referido que os pacientes com UP's referem que, o tratamento e a hospitalização para o tratamento da ferida, provocou uma alteração na sua vida quotidiana, descrevendo-a

como inconveniente e problemática. Estes sentiram que as UP's contribuíram para a perda de apetite e interesse em atividade física, insónias e sendo menos ativos de um modo geral. Existe ainda pela parte de alguns pacientes a necessidade de adaptar o seu estilo de vida para poderem viver com uma UP. (Gorecki *et al.*, 2009)

1.5. CUSTOS

O custo do tratamento de UP's pode ser realmente oneroso, o seu tratamento custa entre \$9.100 milhões e \$11.600 por ano nos EUA. O custo de tratamento individual por paciente varia entre \$20,900 a \$151,700 por úlcera de pressão. (Berlowitz *et al.*, 2007) No Reino Unido, segundo dados da NHS de 1993, o custo anual para a UP's estima-se entre £1.400-£2.100 milhões. (Bennett *et al.*, 2004)

De acordo com Bennett, 2004; o custo do tratamento das UP's varia consoante a categoria, sendo que quanto maior a categoria, maior o custo. Este custo pode aumentar ainda mais caso sejam associadas algumas infeções. Neste sentido segundo o autor, os custos estimados para o tratamento de uma úlcera de pressão de categoria 1 é de £1.064 de custo médio por episódio, passando a £4.402 de custo médio para categoria 2, £7.313 de custo médio no caso de categoria 3 e £10.551 para o tratamento de uma úlcera de pressão de categoria 4. Estes dados são estimativos tendo em conta que o custo por dia, duração do tratamento e possíveis complicações variam de paciente para paciente. (Bennett *et al.*, 2004)

O autor refere, ainda, que a prevenção da lesão deve ser prioritária pois, uma vez que ocorre lesão a úlcera pode progredir para um estado mais severo, resultando em consequências significativas para o paciente e para o custo do tratamento.

A identificação de um paciente em risco e a iniciação das estratégias de prevenção apresentam maior relação custo-eficácia do que permitir que as úlceras de pressão se desenvolvam. (Rycroft-Malone & McInnes, 2000)

Lyder, citando o seu próprio estudo, refere que a utilização de programas de prevenção de desenvolvimento de UP's, como a utilização da avaliação das escalas de risco, superfícies de apoio, horários de posicionamento, nutrição e educação da equipa de cuidados, representaram a diminuição da incidência destas feridas, bem como se demonstraram uma boa relação custo-eficácia. (Lyder, Ulcers, Com, & Page, 2003)

CAPÍTULO 2 - AVALIAÇÃO DO RISCO DE DESENVOLVIMENTO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

Uma das primeiras atividades na prevenção de UP's é a identificação antecipada dos indivíduos suscetíveis de desenvolvê-las. Se um paciente é identificado como "em risco" é dever do profissional de saúde assegurar que as medidas de prevenção são implementadas. (Rycroft-Malone & McInnes, 2001)

Diversas foram as *guidelines* desenvolvidas ao longo dos últimos anos com vista à prevenção das UP's, em todas é possível identificar duas categorias distintas na identificação do risco de desenvolvimento de UP's, estas são as políticas e práticas de avaliação de risco.

2.1. POLÍTICA DE AVALIAÇÃO DE RISCO

Para a determinação dos indivíduos em risco é necessário a realização de uma avaliação informal e formal do paciente. A avaliação informal tem em conta o estado clínico do doente bem como os fatores de risco que este apresenta. Quanto à avaliação formal, esta é realizada através de instrumentos de avaliação de risco estruturados e sistematizados, como as escalas de avaliação de risco de desenvolvimento de úlceras de pressão. (Rycroft-Malone & McInnes, 2001) Cada instituição de saúde deve ter uma política em vigor que inclua recomendações claras para uma abordagem estruturada da avaliação dos riscos relevantes para essa instituição; área clínicas alvo, calendarização da avaliação inicial e reavaliações, documentação para a avaliação do risco e comunicação dessa informação a toda a equipa de saúde. (NPUAP-EPUAP, 2009)

Rycroft-Malone & McInnes em 2001 e a EPUAP-NPUAP em 2009, sugerem alguns procedimentos para a avaliação do risco, como, a pessoa responsável pela realização da avaliação do risco deve ser alguém devidamente treinado e com experiência para executar essa atividade, a avaliação deve ser realizada até seis horas após a admissão do paciente, em situações em que o paciente é considerado "sem risco" uma reavaliação deve ser feita em caso de alteração do seu estado clínico e todas as avaliações formais devem ser documentadas e disponibilizadas a qualquer membro da equipa de saúde. Esta documentação das avaliações de risco assegura a comunicação dentro da equipa multidisciplinar, demonstra a pertinência do plano de cuidados e fornece referenciais para o acompanhamento da evolução do indivíduo.

2.2. PRÁTICA DE AVALIAÇÃO DO RISCO

Com base na evidência, para a prática de avaliação do risco, a NPUAP-EPUAP, 2009 defendem a utilização de uma abordagem estruturada para a avaliação do risco para que seja possível identificar os indivíduos em risco de desenvolverem úlceras de pressão.

1. *Utilizar uma abordagem estruturada para a avaliação de risco para identificar os indivíduos em risco de desenvolverem úlceras de pressão. (Força da Evidência =C).*
Uma abordagem estruturada pode ser obtida, através do uso de escalas de avaliação de risco, conjuntamente com a avaliação global da pele e com o juízo clínico. A evidência sugere que a utilização destes elementos, em conjugação com a criação de equipas de cuidados da pele, programas educacionais e protocolos de cuidados podem reduzir a incidência das úlceras de pressão.
2. *Usar uma abordagem estruturada para a avaliação de risco que inclua a avaliação da atividade e da mobilidade. (Força da Evidência = C).*
Considerar os indivíduos acamados e/ou confinados a uma cadeira de rodas em risco de desenvolverem úlceras de pressão.
3. *Usar uma abordagem estruturada para a avaliação de risco que implique uma avaliação global da pele, incluindo alterações em pele intacta. (Força da Evidência = C).*
 - 3.1. Considerar os indivíduos com alterações na pele intacta, como estando em risco de desenvolver úlceras de pressão.
As mudanças da condição normal da pele incluem pele seca, eritema e outras alterações. A presença de eritema não branqueável também aumenta o risco de desenvolvimento de úlceras de pressão no futuro.
4. *Usar uma abordagem estruturada para a avaliação do risco que seja refinada pelo juízo crítico suportado pelo conhecimento dos fatores de risco chave. (Força da Evidência = C).*
5. *Ter em consideração o impacto dos seguintes fatores de risco no desenvolvimento de na avaliação de risco de um indivíduo desenvolver úlceras de pressão: (i) indicadores nutricionais que incluem anemia, hemoglobina, e albumina sérica, medidas sobre o aporte nutricional e peso; (ii) fatores que afetam a perfusão e a oxigenação abrangem a diabetes, instabilidade cardiovascular/uso de epinefrina,*

- pressão arterial baixa, índice de pressão tornozelo braço e uso de oxigénio; (iii) humidade da pele, tanto a pele seca como a excessivamente húmida são fatores de risco; e (iv) idade avançada.
6. *Ter em consideração o potencial impacto dos seguintes fatores na avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão de um indivíduo: (i) fricção e forças de torção. (Subescala da escala de Braden); (ii) percepção sensorial. (Subescala da escala de Braden); (iii) estado geral de saúde; e (iv) temperatura corporal.*
 7. *Na admissão do doente usar uma avaliação de risco estruturada e repeti-la tão regular e frequentemente quanto a necessidade do doente. Uma reavaliação deve ser feita se houver alterações da condição de saúde do doente. (Força da Evidência =C).*
 8. *Desenvolver e implementar um plano de prevenção quando um indivíduo é identificado como estando em risco de desenvolver úlceras de pressão. (Força da Evidência =C).*

2.3. AS ESCALAS DE AVALIAÇÃO DE RISCO

Várias escalas de avaliação de risco foram desenvolvidas para identificar os doentes com alto risco de desenvolverem úlceras de pressão baseando-se na relativa importância de possíveis fatores de risco. (Effective Health Care, 1995)

As escalas de avaliação de risco existentes apresentam diversos fatores de risco a serem avaliados, sendo que as escalas desenvolvidas para determinado serviço não são necessariamente aplicáveis noutros serviços. Por exemplo, a duração da cirurgia é um fator de risco para pacientes em serviços de cirurgia, no entanto este fator de risco é irrelevante em serviços de cuidados continuados. (Effective Health Care, 1995)

A Effective Health Care, 1995; identifica diversas escalas utilizadas para a avaliação do risco das úlceras de pressão, bem como as suas sensibilidades e especificidades utilizadas em diversos estudos, as quais variaram de acordo com o serviço em que foram aplicadas.

Esta variação deve-se aos fatores de risco que estas contemplam na sua estrutura, que não implica que sejam forçosamente os mesmos, assim como as características da população a quem é aplicada determinada escala. Através do *Quadro 4* podemos observar a comparação dos fatores de risco que existem em alguns exemplos de escalas de avaliação de risco de desenvolvimento de úlceras de pressão.

FACTOR DE RISCO	NORTON	GOSNELL	KNOLL	WATERLOW	BRADEN
Mobilidade	X	X	X	X	X
Actividade	X	X	X		X
Estado Nutricional		X	X	X	X
Estado mental	X	X	X		X
Incontinência/Humidade	X	X	X	X	X
Condição física geral	X		X	X	
Estado da pele		X		X	
Medicação		X		X	X
Fricção/torção					
Peso				X	
Idade				X	
Co-morbilidades			X	X	
História de UP anterior				X	

Quadro 4 - Comparação de Fatores de Risco por Escala de Avaliação

A escala de Norton foi criada em 1962, e tratou-se da primeira escala de avaliação de risco de desenvolvimento de UP's, tendo sido desenvolvida especificamente para uma população idosa. A sua autora, Doreen Norton, em conversação com os seus colegas identificou cinco factores de risco chave, que foram posteriormente divididos em sub-divisões. Utilizando este instrumento a pontuação final pode variar entre 5 (alto risco) e 20 (baixo risco). Mais tarde, foram realizadas algumas modificações na escala sendo incluída a nutrição como factor de risco no Reino Unido. (Bell, 2001) (Anexo I). Outra escala de avaliação de risco de desenvolvimento de UP's existente é a escala de Braden. Esta foi criada a meio dos anos 80. Esta escala teve como base um esquema conceptual de factores etiológicos onde, pressão e tolerância dos tecido foram identificados como factores importantes no desenvolvimento de UP's. Outros seis parâmetros foram identificados como factores de risco que pudessem contribuir ou afectar a tolerância da pele. A pontuação final pode variar entre 6 e 23, e tal como a Escala de Norton, baixa pontuação significa alto risco. (Anexo 2 – Escala de Braden)

A grande parte das instituições de cuidados de saúde que utilizam escalas de avaliação de úlceras de pressão utilizam maioritariamente a escala de Braden ou a de Norton, sendo que a escala de Braden é a mais utilizada nos EUA. (Lyder & Ayello, 2005)

Estas duas escalas têm demonstrado um boa sensibilidade e especificidade, no caso da Escala de Braden entre 83 a 100% de sensibilidade e de 64 a 77% de especificidade. Já no caso da escala de Norton a sensibilidade encontra-se entre 73 a 92% e entre 61 a 94% de especificidade.(Lyder & Ayello, 2005)

2.4. FATORES DE RISCO

Os fatores de risco são condicionamentos que de acordo com as suas características são capazes de potenciar o desenvolvimento de uma Úlcera de Pressão.

Na bibliografia existente é possível identificar diversos fatores de risco associados ao desenvolvimento das UP's, os quais encontram-se divididos em dois grupos diferentes, os intrínsecos e os extrínsecos (Dharmarajan & Ugalino, 2002). Os fatores de risco intrínsecos traduzem-se como sendo uma patologia ou outro fator que torna o indivíduo mais vulnerável ao desenvolvimento de úlceras de pressão, enquanto os fatores extrínsecos tratam-se de fatores que na relação entre o indivíduo e o meio que o envolve colocam-no em risco de desenvolver UP's.

Rodrigues (2009) no seu estudo identificou, através de vários autores, diversas subcategorias relacionadas com os fatores de risco intrínsecos, num total de 7 subcategorias (condição física, alterações neurológicas, idade, incontinência, nutrição, medicação e patologias associadas); e extrínsecos, num total de 4 subcategorias (superfícies de apoio, humidade, pressão, fricção). No entanto, relativamente aos fatores de risco extrínsecos, a EPUAP no seu guia rápido de prevenção de úlceras de pressão identifica ainda outra subcategoria (torção).(Rodrigues, 2009 e NPUAP-EPUAP, 2009) (Quadro 5)

As *guidelines* desenvolvidas em 2001 pela Royal College of Nursing, referem como é que determinado fator de risco pode potenciar o desenvolvimento das UP's. Neste mesmo documento consta ainda que os diversos fatores de risco devem ser considerados aquando de uma avaliação do risco para o desenvolvimento de Úlceras de Pressão. (Rycroft-Malone & McInnes, 2001)

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Fatores de Risco Intrínsecos	Condição Física
	Alterações Neurológicas -
	Idade
	Incontinência
	Nutrição
	Medicação
	Patologias Associadas
Fatores de Risco Extrínsecos	Superfícies de apoio
	Humidade
	Pressão
	Fricção
	Torção

Quadro 5 - Fatores de Risco para o Desenvolvimento de Úlceras de Pressão

Mobilidade reduzida ou imobilidade – é um fator chave no desenvolvimento das úlceras de pressão. Diversos estudos identificaram a mobilidade reduzida como um fator de risco independente no desenvolvimento das UP's. Allman *et al.*, 1995, identificou a imobilidade como sendo um fator de risco significativa para o desenvolvimento de UP's. (Rycroft-Malone & McInnes, 2001)

Limitação sensorial – Por exemplo, doenças neurológicas resultam na diminuição da sensibilidade reduzida e assim à insensibilidade à dor e ao desconforto. Isto leva à redução (ou falta) de estímulos para movimentar e aliviar a pressão. Os indivíduos que sofrem de patologias como a diabetes e lesões da coluna vertebral podem experimentar insensibilidade neuropática.

Doença aguda – Estudos clínicos, observações e pesquisa emergentes sugerem que doentes agudos estão vulneráveis ao desenvolvimento de úlceras de pressão. Isto pois, insuficiência cardíaca, vasomotora, vasoconstrição devido ao choque, dor, tensão arterial baixa (Bliss, 1990) e alterações de temperatura – por exemplo durante e depois a anestesia (Scott, 2000).

Nível de consciência – Uma redução do nível de consciência pode reduzir a sensibilidade do indivíduo para a necessidade de mudar de posição. Tal como em

indivíduos anestesiados que não são independentes para se reposicionar a eles próprios.

Extremos de idade (até 65 anos e antes dos 5 anos) – A idade avançada está associada com um aumento das doenças cardiovasculares e neurológicas, bem como mudanças da resiliência e elasticidade da pele. Indivíduos com idade superior a 65 anos têm maior risco de desenvolver UP's. (Verluyzen, 1986; Bergstrom *et al.*, 1996; Bergstrom and Braden, 1992) Neonatos e crianças muito novas também apresentam alto risco, pois a sua pele ainda se encontra a maturar e existe uma desproporção entre o peso da cabeça e do corpo. Pensa-se atualmente que os fatores que colocam uma criança e um neonato em risco são os mesmos dos do adulto, mas os locais com maior risco para lesão podem ser diferentes.

História anterior de úlcera de pressão – este fator coloca os indivíduos que já possuíram UP's em relação aos que nunca tiveram (Berlowitz and Wilking, 1990; Bergstrom and Braden, 1992; Clark and Watts, 1994).

Doença vascular – reduz o fluxo sanguíneo total e prejudica a microcirculação, tornando os doentes potencialmente mais vulneráveis à lesão.

Doença severa crônica ou terminal – coloca os indivíduos em maior risco em casos de falência multi-órgãos, baixa perfusão e imobilidade.

Má-nutrição e desidratação – apesar de não estarem diretamente relacionadas com o desenvolvimento de úlceras de pressão, a má-nutrição pode aumentar o risco de falência de órgãos e doenças graves. Relacionado está o peso corporal, ambos os indivíduos magros e obesos, podem estar mais vulneráveis à lesão. A desidratação pode reduzir a elasticidade dos tecidos e assim aumentar a deformidade tecidual sob a pressão e a fricção.

Relativamente aos fatores de risco extrínsecos, estes envolvidos com a lesão tecidual e devem ser removidos ou diminuídos para prevenir a lesão.

Pressão – causa compressão e possível oclusão capilar, que quando prolongada pode conduzir à isquemia. A quão alta deve ser a pressão ou quanto tempo deve durar para

causar lesão, depende da tolerância dos tecidos do indivíduo, tratando-se de fatores chave para a lesão a intensidade e a duração da pressão.

Torção – Ocorre quando o esqueleto e a fáscia interna deslizam com a gravidade, ao mesmo tempo, a pele e a fáscia superior mantem-se no mesmo local. A necrose profunda pode ocorrer quando a torção entre duas camadas de tecido provoca o estiramento, torção e rutura dos vasos localizados no tecido subcutâneo. As forças de torção não podem ser consideradas separadamente da pressão, eles são parte integrante do efeito da pressão. A torção ocorre frequentemente quando os indivíduos deslizam ou são arrastadas na cama ou no cadeirão/cadeira.

Fricção – ocorre quando duas superfícies se deslocam uma sobre a outra. Este evento frequentemente remove camadas superficiais da pele. Lesões por fricção são resultado de fraca técnica de transferência (Defloor, 1999).

Durante a avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão, deve também ter sido em conta a medicação que o doente toma, pois existem alguns grupos de medicamentos que de acordo com os seus efeitos adversos podem potenciar o desenvolvimento de UP's e ter também em conta a humidade da pele. (Rycroft-Malone & McInnes, 2001)

Como exemplo de **medicação** potenciadora do risco para o aparecimento de UP's temos: (i) Sedativos e hipnóticos podem fazer o doente extremamente sonolento, reduzindo assim a sua mobilidade; (ii) analgésicos podem reduzir os estímulos para aliviar a pressão; (iii) inotrópicos causam vasoconstrição e hipoxia tecidual; e (iv) anti-inflamatórios não esteroides (AINES) reduzem as respostas inflamatórias à lesão da pressão.

Humidade da pele – por exemplo incontinência urinária e fecal, exsudado proveniente da ferida e suor são potenciais irritantes para a pele.

CAPÍTULO 3 - METODOLOGIA DO ESTUDO EMPÍRICO

Neste capítulo abordarei as opções metodológicas do estudo, caracterizando o local de realização do estudo e apresentando o tipo de estudo desenvolvido, a população e amostra, o instrumento de recolha de dados, os procedimentos formais e éticos e os procedimentos de recolha e análise da informação.

3.1. LOCAL DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO

O Centro de Psicogeriatría pertenceu inicialmente a uma fundação, cujo seu fundador dedicou-se durante mais de 40 anos aos problemas de demência dos idosos. Inicialmente composta por 6 Lares de Idosos, há cerca de 4 anos, 5 dessas instituições foram vendidas restando apenas o Centro, onde este estudo foi realizado. Esta instituição foi inaugurada no ano de 1998, tendo inicialmente na sua estrutura o Lar de Idosos para indivíduos com doenças do foro psicogeriátrico. Quatro anos volvidos, em 2002, após determinarem a sua necessidade foi construído uma parte hospitalar anexa ao Lar de Idosos e que apresenta ligação direta com este.

A instituição está dividida em 3 departamentos, o departamento hospitalar, o Lar de Idosos e uma Policlínica com Centro de Diagnóstico. Ainda agregado a esta está um laboratório mas num outro local. No total a instituição é constituída por 7 Sectores, sendo que do Sector 1 ao Sector 3, pertencem ao Lar de Idosos e do Sector 4 ao Sector 7, pertencem ao Hospital.

As patologias mais frequentes no PGC relacionam-se com: demência senil e vascular (ex: Alzheimer), doença de Parkinson, Síndrome de Korsakoff-Wernicke, sequelas de AVC e doenças psiquiátricas.

Os pacientes, antes da admissão, são avaliados de acordo com os critérios definidos pela instituição: calmo, desorientação, desorientação espacial, agressividade, comportamento perturbador, errância noturna, entre outros. Com base nestes critérios é determinado o Sector mais adequado para o residente. O departamento clínico é constituído por 4 unidades de cuidados:

- Sector 4 e 5 (1º piso) e Sector 6 (2º piso) juntos constituem o **Serviço de Geriatria** que conta com 92 camas (29, 24 e 39, respetivamente), onde são admitidos os pacientes em fase de reabilitação com uma média de 5 semanas de internamento. A reabilitação pode ocorrer em situações de cariz pós-operatório, doenças

cardiovasculares e neurológicas, problemas motores, demência, infeções pulmonares ou tumores.

- Sector 7 localizado no 3º piso, com lotação de 29 camas é o **Serviço Psicogeriátrico**, onde são admitidos os pacientes com problemas de comportamento devido à sua patologia, como por exemplo gritar e vaguear, sendo que após a sua reabilitação estes pacientes regressam a casa ou são admitidos num Lar de Idosos.

O Lar de Idosos é constituído por 3 Sectores, nos quais são admitidos pacientes de acordo com determinados critérios relativos ao seu comportamento. (quadro 6) No total o Hospital tem 138 camas, distribuídas por 31, 50 e 57, respetivamente.

SECTOR	CRITÉRIOS	NÃO DEVE APRESENTAR
1	Desorientação ligeira Confusão ligeira	Agitação (noturna) Entrar em quartos alheios Comportamento desconcertante Fugir Urinar/Defecar em locais inconvenientes
2	Agitação (noturna) Agressividade Abordagem física Gritar/fazer barulho Fugir Despir-se Urinar/Defecar em locais inconvenientes Sem noção de posse (entrar em quartos alheios)	
3-A	Confusão Desorientação Agitação noturna Sem noção de posse (entrar em quartos alheios) Fugir	Abordagem física Gritar/fazer barulho Despir-se Agressividade Urinar/Defecar em locais inconvenientes
3-B	Confusão Desorientação Calmo (mesmo durante a noite)	Agitação (noturna) Entrar em quartos alheios Comportamento desconcertante Fugir Urinar/Defecar em locais inconvenientes

Quadro 6 - Critérios de admissão nos Sectores do Lar de Idosos

Dos diversos Sectores existentes na instituição os Sectores 2, 3 e 6, são os que apresentam com mais frequência doentes dependentes nas suas atividades de vida diária, o qual é determinado através do preenchimento da Escala de Katz aquando da admissão do doente em cada Sector, utilizada para determinar o nível de independência nas atividades de vida diária.

Aquando da admissão, juntamente com a família, é preenchido um questionário que permite ter uma perspetiva global do paciente prestes a ser admitido, para que este seja orientado para o Sector mais adequado.

1.1 Tipo de estudo

De modo a dar resposta aos objetivos definidos, o estudo realizado foi de carácter descritivo e retrospectivo com características quantitativas.

Fortin (2009) define investigação científica como um projeto que consiste no plano lógico criado pelo investigador com o objetivo de obter respostas válidas às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas, permitindo o desenvolvimento de novos conhecimentos. Ainda para a mesma autora, a investigação descritiva visa descobrir novos conhecimentos, descrever fenómenos existentes, determinar a frequência de um fenómeno numa dada população ou categorizar a informação. Tem como principal finalidade definir as características de uma população ou de um fenómeno.

Quanto à abordagem quantitativa, esta apoia-se na crença de que os seres humanos são compostos por partes que podem ser medidas. Assim, as características fisiológicas, psicológicas e sociais podem ser medidas e controladas, abstraindo-se da situação em que se encontram os participantes.

Um estudo retrospectivo serve para determinar a ocorrência de um acontecimento ou de um problema numa população num determinado momento. (Fortin, 2009)

1.2 População e amostra

A população define-se como um conjunto de elementos (indivíduos, espécies, processos) que têm características comuns. Tratando-se também das pessoas que

correspondem aos critérios de seleção previamente definidos e que permitem realizar-se generalizações. (Fortin, 2009)

Neste estudo a população foi definida como sendo todos os pacientes internados/residentes no PGC durante o início do ano de 2007 até ao final de 2011 que possuem úlceras de pressão.

1.3 Instrumento de colheita de dados

O instrumento de colheita de dados trata-se, segundo Fortin (2009) de um enunciado que permite adquirir informações relativamente a atitudes, opiniões ou resultados de sujeitos ou colher informações junto dos sujeitos.

Neste estudo o instrumento de colheita de dados utilizado tratou-se de uma plataforma informática criada em 1995, e que ainda é utilizada atualmente no PGC. Esta ferramenta realiza uma compilação da informação que é introduzida pelos profissionais de saúde relativamente a determinados parâmetros, como a pontuação da Escala de Norton que é preenchida imediatamente no sistema informático, sempre que o doente dá entrada em qualquer um dos Sectores da instituição ou sempre que existe alguma alteração no seu estado geral.

Para além do preenchimento da escala de Norton, são dadas informações relativamente à presença ou não de uma úlcera de pressão. Em caso de presença de UP são definidas as características como localização, categoria e proveniência (do exterior, do próprio Sector ou de outro Sector) e se medidas de prevenção são realizadas, como a alteração do posicionamento ou utilização de colchões anti-escara.

1.4 Procedimentos formais e éticos

De modo a obter autorização para a realização deste estudo foi realizada uma reunião de cariz informal com a Coordenadora de Cuidados do PGC com o objetivo de apresentar o projeto de investigação. Após ter sido demonstrado o interesse na colaboração foi apresentado posteriormente uma solicitação por escrito em português, devidamente traduzida em francês para que fosse autorizada a cedência dos resultados com total consciência do que foi solicitado. (Anexos 5 e 6)

Num estudo de investigação em que a amostra em questão inclua seres humanos é imprescindível que se tenha em consideração as questões éticas contempladas na

declaração de Helsínquia. A confidencialidade dos dados e o anonimato dos participantes serão assegurados.

1.5 Tratamento dos dados

Com os dados introduzidos, o sistema automaticamente e aleatoriamente seleciona um dia no final de cada trimestre para apresentar os resultados obtidos sob a forma de tabelas e gráficos. Estes resultados são então distribuídos por cada Sector, onde constam vários parâmetros como a distribuição das UP's na população, diversos rácios, média de idades de indivíduos com UP's, bem como a idade mínima e máxima do indivíduo com UP, distribuição por género, características da pontuação da Escala de Norton dos indivíduos com UP, percentagem de localização, proveniência, categoria e cor. (Anexo 3)

No final de cada ano civil é realizado um resumo dos resultados obtidos nos 4 trimestres nos 7 Sectores que constituem a instituição, no entanto neste documento apenas são apresentadas as percentagens de indivíduos com UP, número de pacientes, percentagem de doentes com risco por Sector e percentagem de doentes com risco e que desenvolveram UP.

CAPÍTULO 4 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Os diversos dados obtidos serão seguidamente apresentados sob a forma de gráficos e tabelas, tendo em conta os dados disponibilizados pela PGC.

De acordo com os dados recolhidos foi possível determinar a prevalência média de pacientes com úlceras de pressão por Sector entre os 5 anos seleccionados para a colheita (gráfico 1), sendo que os Sectores 2 e 3 foram os que apresentaram maior prevalência, correspondendo os dois juntos a 51% da prevalência das úlceras de pressão em toda a instituição. De entre todos os Sectores, o Sector 7 foi o que apresentou menor prevalência, apenas 3%. Quanto à comparação de prevalência entre Lar e Hospital, o Lar (Sectores 1, 2 e 3) foi o que apresentou uma maior prevalência de pacientes com úlceras de pressão, correspondendo a 59%, sendo que o Hospital (Sectores 4, 5, 6 e 7) apenas teve uma prevalência de 41%.

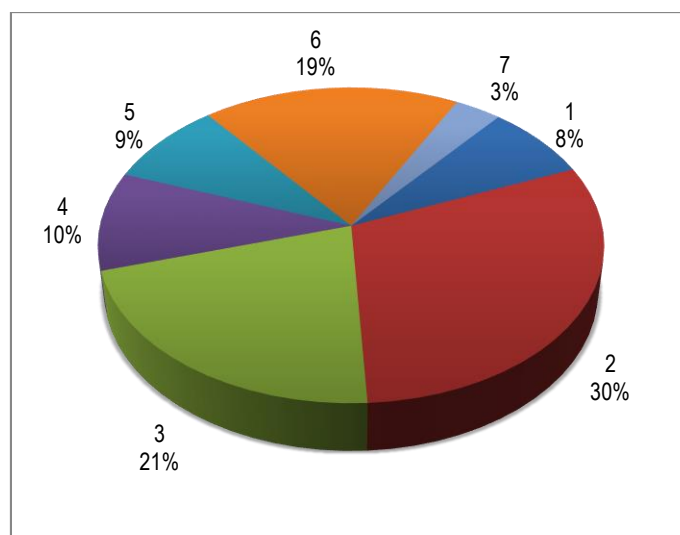


Gráfico 1 – Distribuição da prevalência média de pacientes com Úlceras de Pressão por Sector

Relativamente à prevalência média por ano em todo o Centro de Psicogeriatría (gráfico 2), o ano de 2007 foi aquele em que se registou uma menor prevalência, correspondente a 6,0%, existindo um aumento ao longo do tempo, atingindo o seu máximo em 2009. Neste ano foi determinada uma prevalência média de 11,2%, diminuindo a partir daí e em 2011 registou uma prevalência de 8,3%.

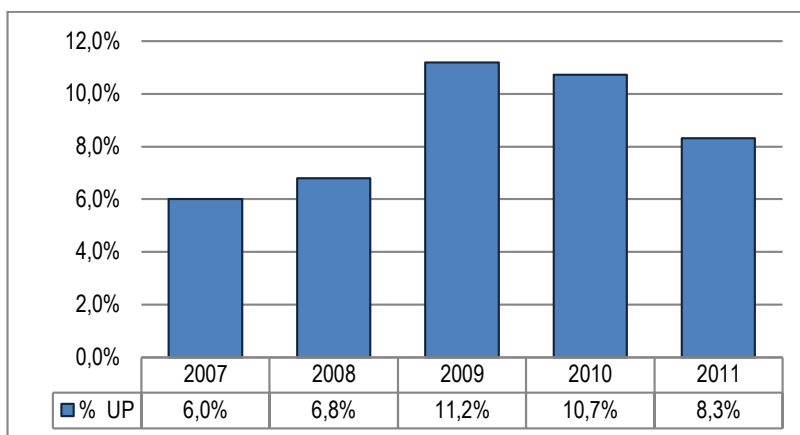


Gráfico 2 - Prevalência média de Úlceras de Pressão por ano no Centro de Psiquiatria

Comparando estas prevalências entre o Lar e o Hospital é possível verificar que a prevalência de úlceras de pressão foi sempre superior no Lar (gráfico 3) sendo que, à semelhança da prevalência média global, em 2009 teve o seu máximo com 13,3%, onde em 2007 e 2008 registaram a mesma prevalência (8,8%), apresentando uma diminuição a partir de 2009, diminuindo até 9,8% em 2011. Já no Hospital o seu máximo corresponde ao ano de 2010, com prevalência semelhante à global nesse mesmo ano, 10,7%. Esta prevalência aumentou de ano para ano iniciando-se em 3,1% em 2007, 5,2% em 2008 e 8,9% em 2009. No ano de 2011 à semelhança do Lar a prevalência no Hospital diminuiu registando um prevalência média de 7%.

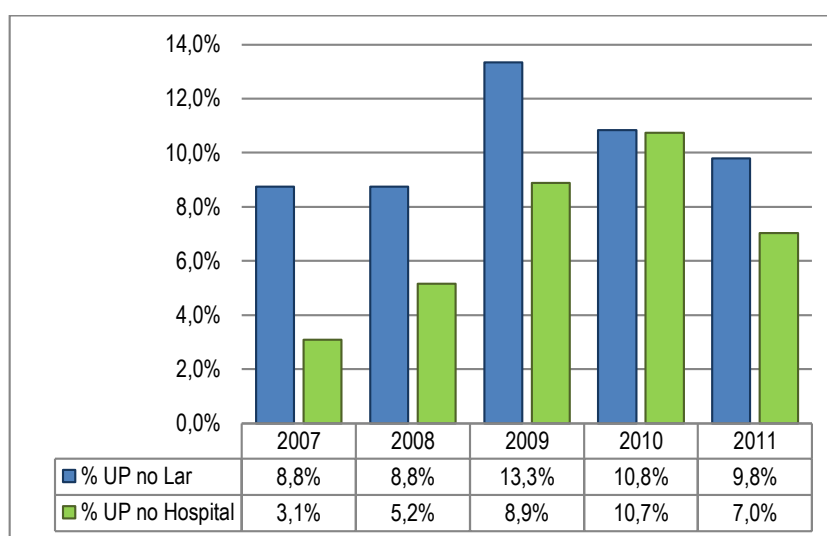


Gráfico 3 - Prevalência média de úlceras de pressão por ano no Lar e no Hospital

Relativamente aos dados obtidos quanto à prevalência de úlceras de pressão por Sector (gráfico 4), foi possível determinar que em média o Sector 7 foi o que registou uma

menor prevalência. Em sentido contrário os Sectores 2, 3 e 6 foram os que apresentaram prevalências médias superiores correspondendo a uma média de 12,9%, 10% e 13,3%, respetivamente.

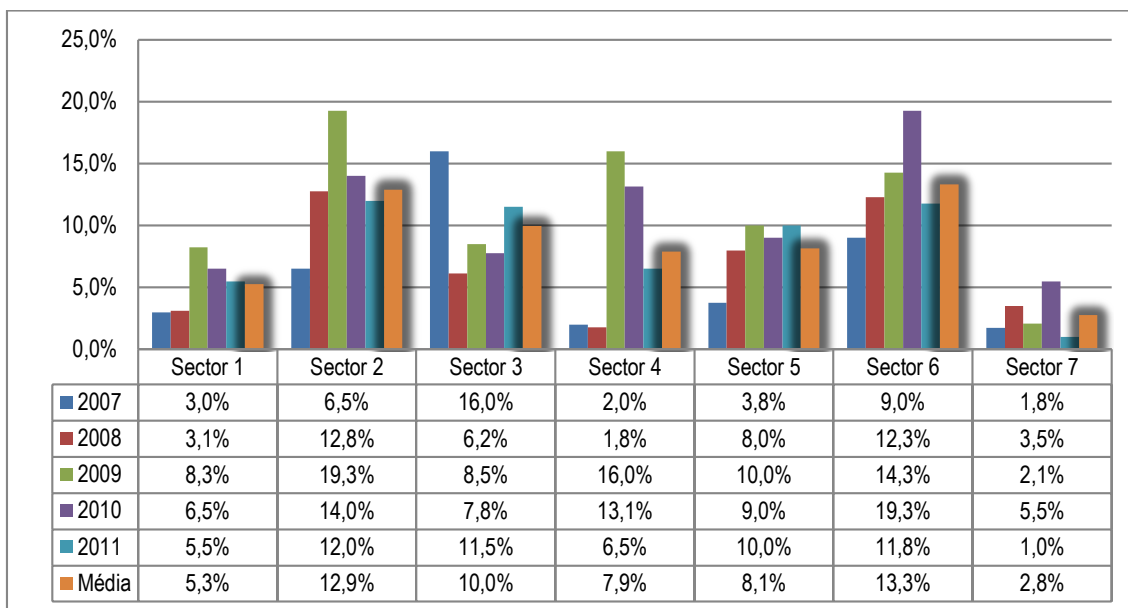


Gráfico 4 - Prevalência de úlceras de pressão por Sector

Abordando os pacientes com risco de desenvolverem úlceras de pressão (gráfico 5), de acordo com os dados obtidos é possível determinar que a percentagem dos pacientes em risco encontra-se praticamente constante, apresentando valores que variaram nos 5 anos compreendidos no estudo entre 38,5% a 43%. O ano de 2010 foi o que mostrou uma percentagem de risco de desenvolvimento de úlceras de pressão inferior (38,5%), no entanto no ano de 2011 foi se registou a percentagem mais elevada de doentes em risco (43%).

Quanto ao risco dos pacientes desenvolverem úlceras de pressão consoante o local (gráfico 6) de internamento, o Lar apresentou percentagens superiores, variando entre 44,3% e 54,8%, correspondendo ao mínimo e ao máximo registado entre os anos de 2007 e 2011, sendo que a maior percentagem de risco foi obtida no ano de 2007, e a menor percentagem em 2010. Já no Hospital as percentagens de risco obtidos encontraram-se entre 30,6% e 38,7%. Destes valores a menor percentagem de risco teve lugar em 2009 e a maior em 2011.

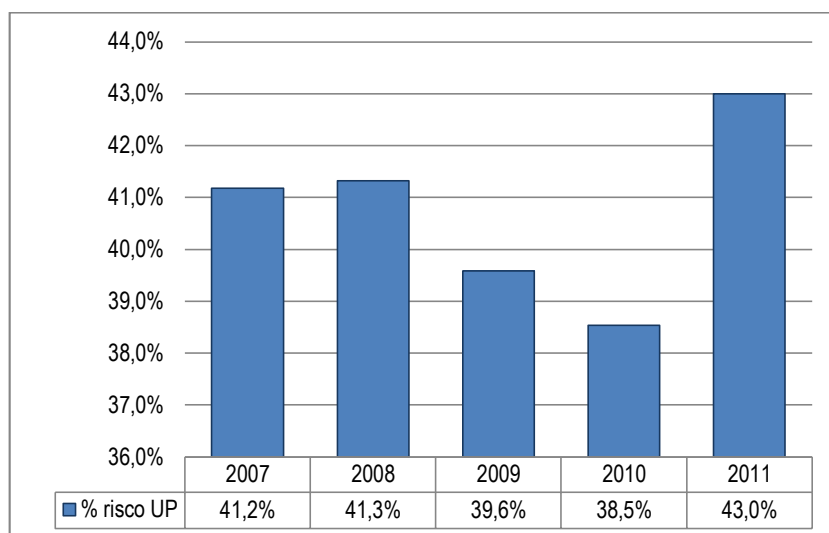


Gráfico 5 - Pacientes com risco de desenvolver úlcera de pressão no Centro de Psicogeriatria

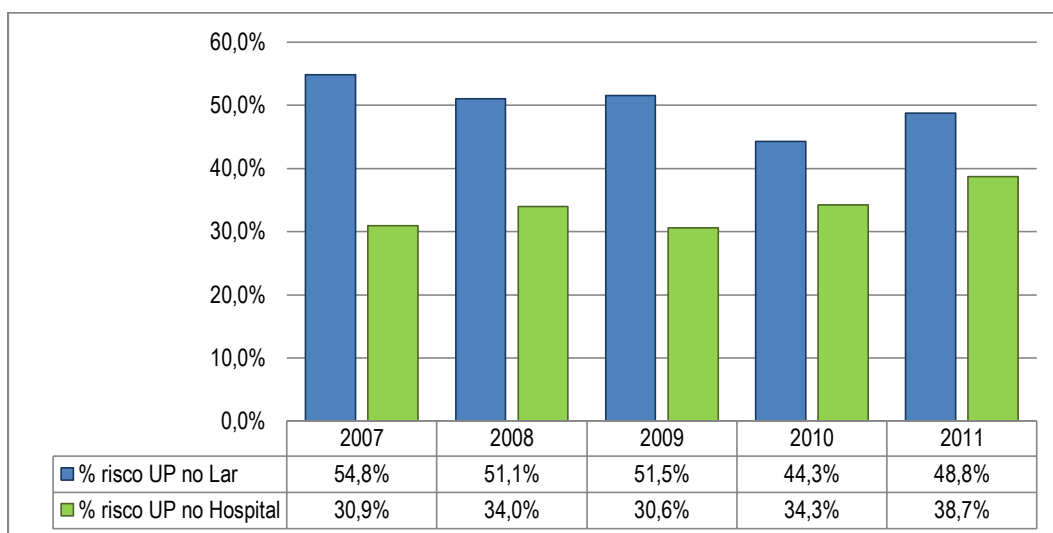


Gráfico 6 - Pacientes com risco de desenvolver úlcera de pressão no Lar e no Hospital

Dos dados colhidos é possível verificar quanto ao risco de desenvolver úlceras de pressão por Sector (gráfico 7), o Sector 2 e 3 são os que apresentam um risco maior, sendo que o seu risco médio entre 2007 e 2011 correspondeu a 57,6% e 61,7%, respetivamente. De entre os Sectores de Hospital, o Sector 6 foi o que apresentou uma percentagem de risco média superior, correspondendo a 42,4% e por sua vez o Sector 5 apresentou uma percentagem de risco média inferior (23,2%).

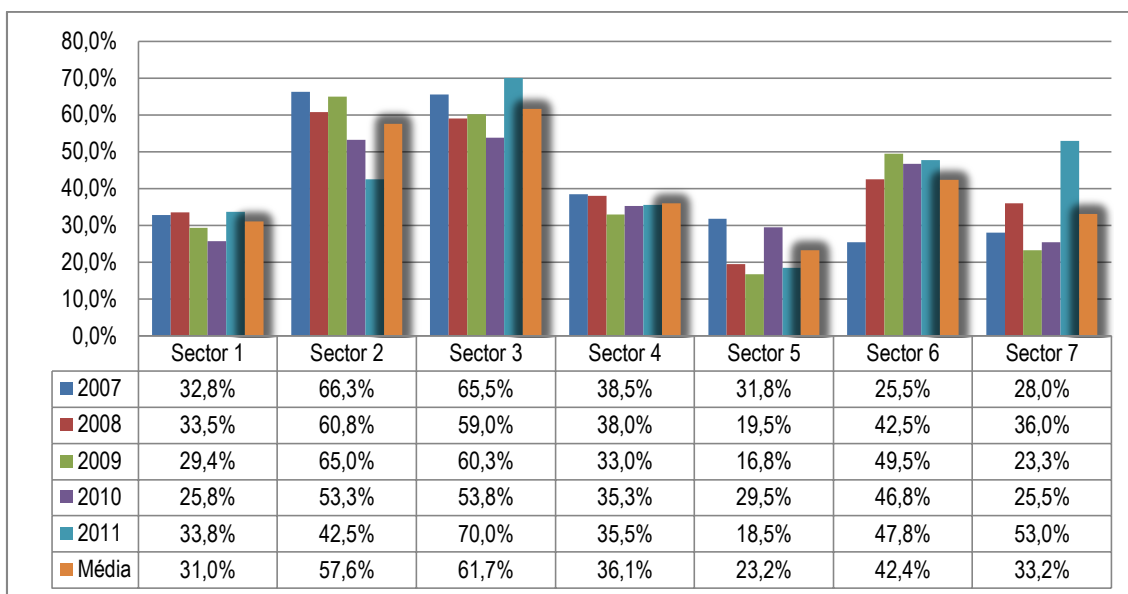


Gráfico 7 - Pacientes com Risco de desenvolver Úlcera de Pressão por Sector

Analisando a média de risco por ano é possível determinar que em todo o PGC, 40,7% dos pacientes por ano estão em risco de desenvolver UP's. Em contexto hospitalar esta percentagem diminui, sendo que por ano 33,7% dos indivíduos admitidos nos Sectores hospitalares apresenta risco de desenvolver UP's. Relativamente ao Lar, 50,1% dos pacientes internados nesses Sectores apresenta risco de desenvolver UP's, por ano. (gráfico 8)

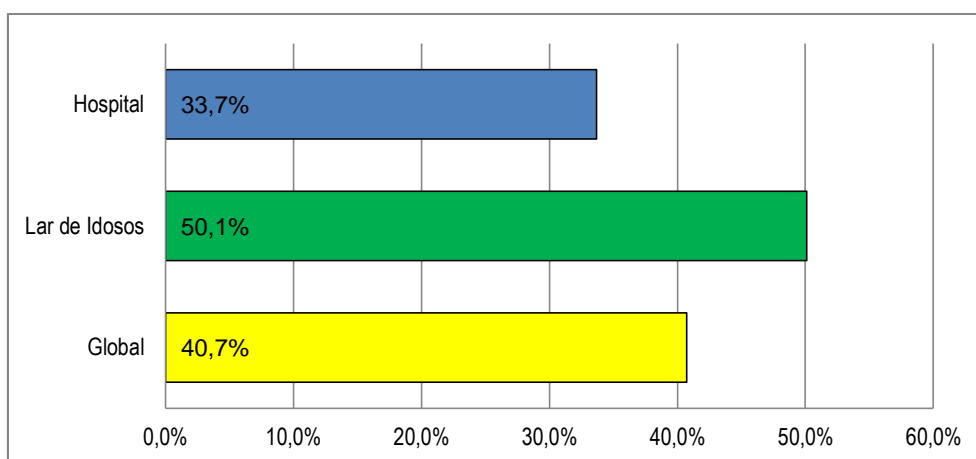


Gráfico 8 - Risco médio para o desenvolvimento de UP's por local

Quanto aos pacientes que se encontravam em risco de desenvolverem úlceras de pressão e que efetivamente desenvolveram (gráfico 9), foi possível determinar que este evento se verificou em média entre 14,3% a 25,1% dos casos, nos anos de 2011 e 2010, respetivamente.

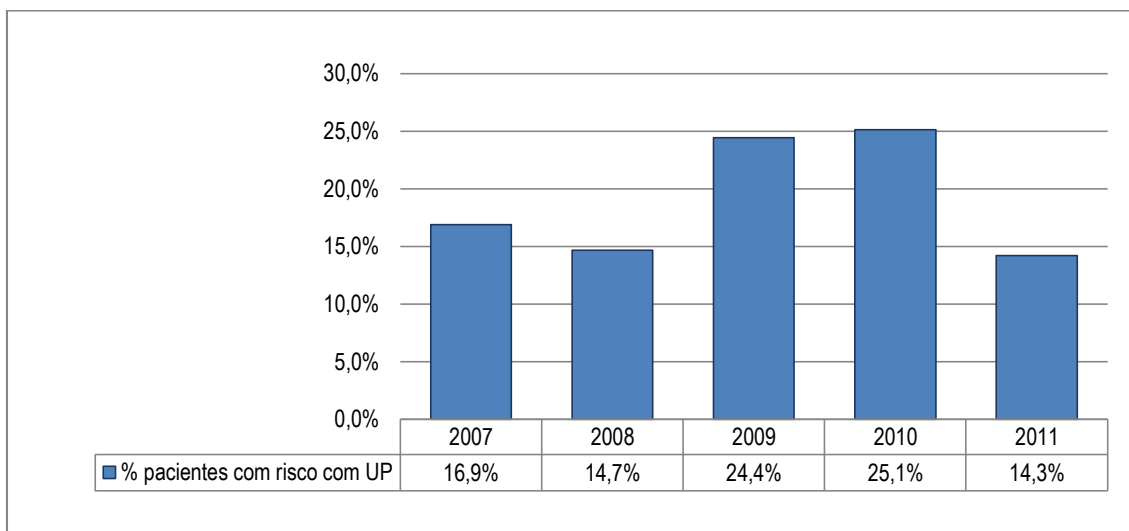


Gráfico 9 - Pacientes em risco e que desenvolveram úlceras de pressão

Neste aspeto, foi possível verificar que no Lar existiu uma variação média ligeiramente diferente, sendo que neste caso o intervalo correspondente a este evento foi inferior, encontrando-se entre 9,2%, em 2008 e 20,8% em 2010.

Já no Hospital, o intervalo médio de prevalência de utentes em risco e com úlcera de pressão teve uma variância entre 13,8% e 28,4%, apresentando um intervalo próximo ao intervalo geral. (gráfico 10)

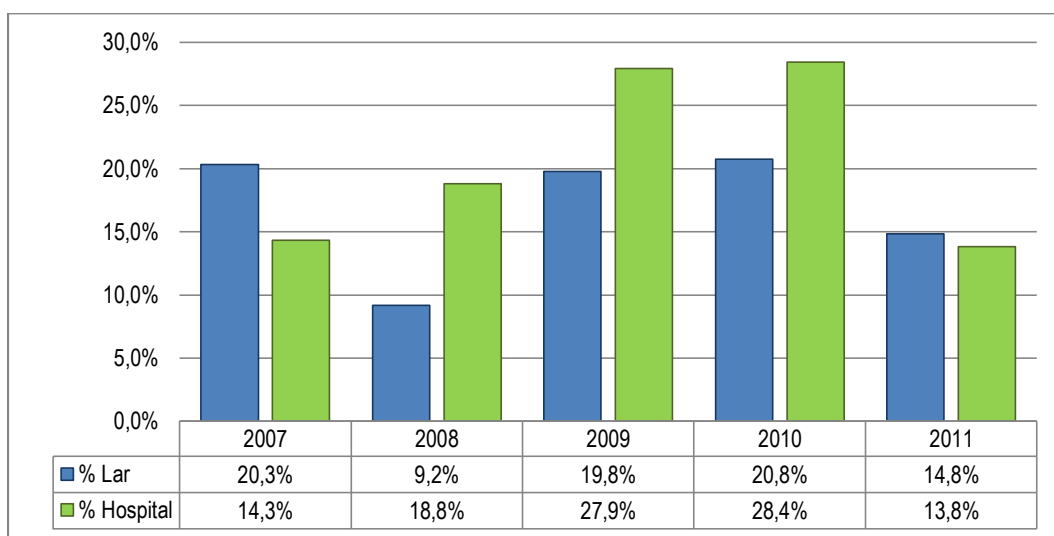


Gráfico 10 - Pacientes em Risco e que desenvolveram Úlceras de Pressão no Lar e no Hospital

Nos dados constantes do Gráfico 11 é possível determinar que de entre os 7 Sectores, o Sector 7 é o que apresenta as menores taxas de pacientes que estando em risco de

desenvolver úlceras de pressão as chegaram a desenvolver realmente. O Sector 5 e o Sector 6 são os que apresentam as maiores taxas, isto é, dos pacientes que se encontravam em risco, em média 27,6% e 28,5%, respetivamente, desenvolveram pelo menos uma úlcera de pressão.

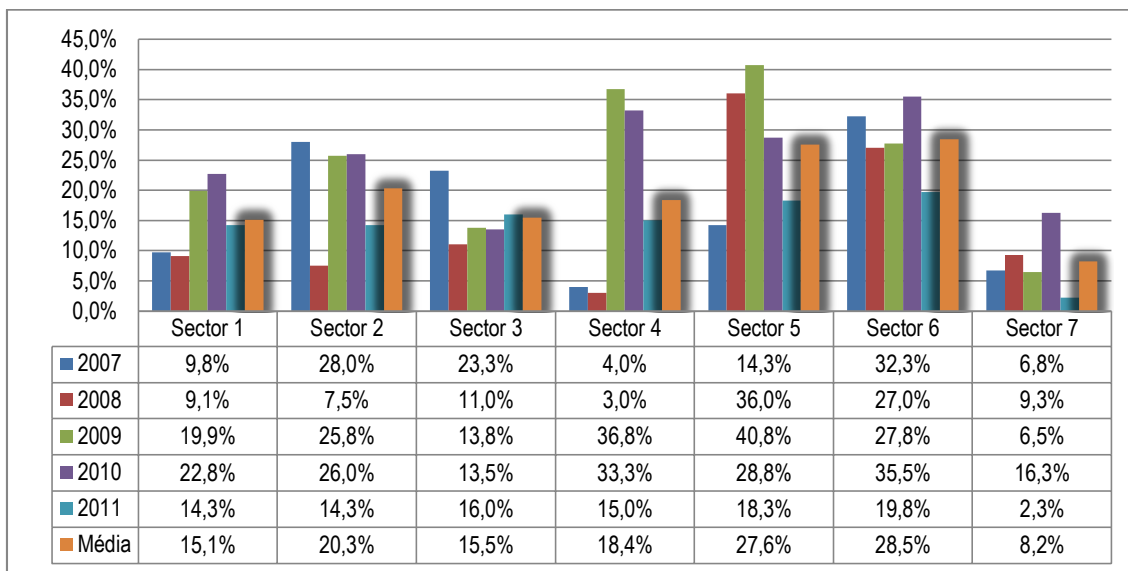


Gráfico 11 - Pacientes em risco e que desenvolveram úlceras de pressão por Sector

Tendo uma visão geral dos 5 anos incluídos no estudo, em média por ano de todos os pacientes admitidos no PGC, 19,1% dos que se encontravam em risco desenvolveram UP's. No Hospital, em média, 23% dos pacientes em risco desenvolveram UP's, por ano. O Lar apresentou, neste aspeto, uma percentagem inferior, correspondendo a 17% dos indivíduos em risco. (gráfico 12)

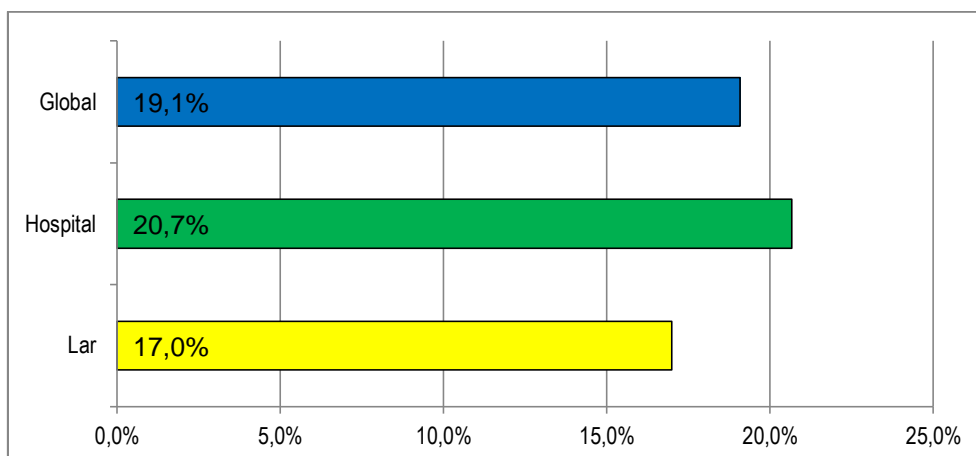


Gráfico 12 - Média de pacientes com risco e que desenvolveram UP's

CAPÍTULO 5 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Analisando os diversos dados é possível chegar a algumas conclusões. A prevalência de úlceras de pressão, entre 2007 e 2011 no Centro de Psicogeriatría, foi superior no Lar de Idosos, no entanto, Tannen (2008) no seu estudo verificou o oposto uma vez que obteve maior taxa de desenvolvimento de úlceras de pressão em contexto hospitalar. Quando feita a comparação entre os valores obtidos neste estudo com os valores de Tannen (2008), podemos verificar que a prevalência de UP's é bastante inferior no PGC, sendo que em Lar a prevalência variou entre 8,8% e 13,3% por oposição com o intervalo de 36,9% a 43,3% na Holanda, mas similar na Alemanha que apresentou valores entre 9,1% e 12,6%.

Quando comparada a prevalência de UP's com o estudo de Vanderwee *et al.* (2007) foi possível verificar que a prevalência durante os 5 anos e em todos os Sectores se encontraram sempre inferiores aos 21% obtidos pelo autor quando estudada a prevalência de UP's na Bélgica.

Nas prevalências médias de úlceras de pressão por Sector, os Sectores 2, 3 e 6, apresentaram valores de 30%, 21% e 19% respetivamente, correspondendo às maiores prevalências dos 7 Sectores, possivelmente devido às características dos doentes admitidos nestes Sectores. Pois, trata-se de doentes dependentes e que se encontram praticamente imobilizados e confinados a uma cadeira de rodas/cadeirão e/ou cama durante todo o tempo do seu internamento, com pouca ou nenhuma capacidade de deambulação, o que potencia o desenvolvimento de úlceras de pressão. A acrescentar a isto, apresentam um elevado estado de degradação físico e cognitivo, limitando-os em aspetos como a nutrição e sensibilidade de dor para que se mobilizem, indo de encontro às diversas *guidelines* desenvolvida por Rycroft-Malone e McInnes em 2001 e EPUAP-NPUAP em 2009, onde estes fatores são referidos como fatores de risco a ter em conta na prevenção e desenvolvimento das úlceras de pressão.

De um modo geral a prevalência de úlceras de pressão por Sector atingiu o seu extremo no ano de 2009, à excepção do Sector 6 que atingiu o seu máximo em 2010. De entre as prováveis justificações para estes valores, uma possível está relacionada com a introdução de colchões anti-escara em alguns Sectores da instituição, sendo que até ao final de 2011 ainda nem todas as camas tinham este tipo de colchões.

No que diz respeito ao risco de desenvolvimento de úlceras de pressão por local (Lar ou Hospital), podemos verificar que o Lar apresenta uma maior percentagem de doentes

com risco. Isto deve-se principalmente ao facto dos doentes que são admitidos nos seus Sectores permanecerem lá até ao fim da sua vida, o que propicia o aumento do risco para o desenvolvimento destas feridas, tendo em conta que com o aumento da idade, de acordo com Margolis (2003), aumenta a probabilidade de desenvolvimento desta afeção. Pelo contrário nos hospitais encontram-se pacientes que ficam internados durante curtos períodos de tempo e que posteriormente são internados nos Sectores do Lar ou então retornam ao domicílio ou para outros Lares de Idosos, o que justifica o baixo nível de risco, não esquecendo que muitos destes doentes são independentes ao nível das suas AVD o que leva a que o risco nestes pacientes seja inferior.

Relativamente à avaliação dos pacientes com risco e que desenvolveram UP's por Sector entre 2007 e 2011, foi possível determinar que em média tanto a nível geral, como a nível de Lar e Hospital, os resultados encontram-se bastante próximos uns dos outros, sendo que de todos os pacientes do PGC em risco de desenvolver UP's, 19,1% desenvolveram realmente uma ou mais afeções. Quando analisado por local, o Lar é o que apresenta uma percentagem inferior (17%), contra os 23% do Hospital. Apesar destes valores serem, em determinado aspeto, positivos em comparação com outros estudos com o mesmo objetivo deste trabalho, tenho algumas dúvidas quanto à total fidelidade dos dados. Pois, analisando mais aprofundadamente as características do sistema informático, onde são introduzidos os dados do paciente relativamente à pontuação escala de Norton, às características da ferida, e métodos de prevenção, é possível verificar que estes dados que são introduzidos manualmente; por vezes falham na reavaliação do paciente e nas devidas alterações na escala de Norton quando existe alguma alteração no estado geral do doente. Com isto podem surgir alguns vieses na altura da colheita de dados trimestral para a elaboração dos relatórios quanto à existência de úlceras de pressão nos diversos Sectores.

Dos dados obtidos, apenas no relatório anual de 2011 foi referenciado pela primeira vez o local de desenvolvimento das úlceras de pressão, tendo sido consideradas como possíveis três proveniências diferentes, do exterior, do próprio Sector e de outro Sector, apesar de este registo surgir nos relatórios trimestrais anteriormente. Este aspeto é relevante na medida em que permite justificar com melhor evidência as variações da prevalência das úlceras de pressão na instituição. No entanto, apesar da sua relevância, uma vez que apenas tive acesso aos registos anuais e denotei que as suas percentagens não estariam corretamente calculadas, pois somando os valores de cada uma das proveniências não é possível obter 100%. Acrescentar a isto, os dados existentes na instituição e nos sistemas de informação não contemplam possíveis

alterações como cicatrização da ferida, morte ou mudança do Sector do paciente, o que impossibilita uma melhor análise dos resultados obtidos, bem como da sua fundamentação.

CONCLUSÃO

Para a recolha de dados não se registaram obstáculos, uma vez que as pessoas responsáveis, na instituição onde se realizou o estudo, facilitaram o acesso aos mesmos. No entanto, as dificuldades surgiram com a falta de sistematização dos resultados anuais disponibilizados, sendo que apenas em 2007 foram divulgadas as localizações das UP's e também só a partir do ano de 2011 surge pela primeira vez a percentagem da proveniência das úlceras de pressão, o que me impediu fazer uma análise mais pormenorizada quanto a este aspeto. Ainda relativamente aos dados disponibilizados, por vezes deparei-me com erros de cálculos o que me obrigou a estar atento para possíveis alterações percentuais anuais.

Apesar da brevidade com que me foram entregues os resultados anuais, penso que teria sido mais benéfico para este estudo se tivesse obtido os dados trimestrais de cada um dos 5 anos, pois apresentavam mais informação, o que me possibilitaria a elaboração de maior número de relações e comparações dentro da instituição.

Outra das limitações que fui capaz de identificar relaciona-se com o facto do sistema informático onde são realizados os registos da pontuação da Escala de Norton e das características da ferida de cada paciente, não apresentarem um historial no que diz respeito ao preenchimento da Escala de Norton, bem como ao historial ao nível de Úlceras de Pressão que cada paciente já teve. Pois, sempre que é realizado algum tipo de alteração apenas surge a data da última modificação feita em qualquer um dos aspetos relacionados com a escala de Norton ou com as características da ferida, o que não permite compreender se os procedimentos para a melhor prevenção ou para o melhor tratamento estão a ser realizados.

Também identifiquei uma falha no sistema de registo, o qual não permite identificar mais que uma úlcera de pressão por indivíduo. Quando é colocada a localização da úlcera de pressão, não é possível assinalar mais que uma localização, nem registar as características de mais do que uma úlcera de pressão, facto que poderá, de alguma forma falsear os resultados finais relativamente à verdadeira prevalência deste tipo de feridas em toda a instituição. Perante estas observações e constatações, e no sentido de melhorar o registo das úlceras de pressão nesta instituição, bem como noutras que decidam fazer este tipo de registo, sugiro: (i) a atualização do presente sistema informático, pois em alguns aspetos o sistema utilizado na instituição não é suficientemente claro e intuitivo para que os registos sejam realizados; (ii) o acréscimo

da possibilidade de se registar mais do que uma úlcera de pressão, bem como as suas características em cada paciente; (iii) o acréscimo da função de guardar o historial de cada paciente quanto ao desenvolvimento de úlceras de pressão; (iv) que aquando do preenchimento da escala de Norton no sistema, em casos de resultados de alto risco deve surgir um lembrete ou uma opção que permita ao profissional de saúde iniciar a prevenção para o desenvolvimento de úlceras de pressão; (v) a elaboração de protocolos de atuação para prevenção e para tratamento das úlceras de pressão; e (vi) formação a todos os profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem) que estão em contacto com os doentes.

Na minha opinião, estas sugestões contribuirão para a sistematização dos registos, bem como dos cuidados, permitindo que cada caso seja abordado e resolvido da melhor maneira possível, podendo inclusivamente num futuro a médio prazo avaliar e diminuir os custos associados ao tratamento deste tipo de feridas.

Para a realização de estudos futuros sugiro que se obtenham o maior número de dados possíveis, não só relativamente às úlceras de pressão, mas também aos pacientes, isto é, procurar saber por que motivo é que a prevalência aumentou ou diminuiu, se foi devido ao falecimento dos pacientes, à mudança de setor e quantas úlceras de pressão é que cada indivíduo possui e tentar obter a melhor caracterização possível de cada uma delas e de cada caso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrews, J. (1976). Pressure Sores. *The Lancet*, 308(7986), 625. doi:10.1016/S0140-6736(76)90685-1
- Bell, J. (2001). Are pressure ulcer grading & risk assessment tools useful ?
- Bennett, G., Dealey, C., & Posnett, J. (2004). The cost of pressure ulcers in the UK. *Age and ageing*, 33(3), 230–5. doi:10.1093/ageing/afh086
- Berlowitz, D., Lukas, C., Parker, V., & Niederhauser, A. (2007). *Preventing Pressure Ulcers in Hospitals*. (Agency for Healthcare Research and Quality, Ed.).
- Bianchi, J., Gray, D., Timmons, J., & Meaume, S. (2011). Do all foam dressings have the same efficacy in the treatment of. *Wounds UK*, 7(1).
- Cesaretti. (1998). *Processo Fisiológico da Cicatrização da Ferida*. (P. Sana, Ed.).
- Clark, M. (2002). Pressure ulcers and quality of life, 16.
- Costa, D. C. (2006). *Adaptação metabólica em granulócitos humanos induzida pelo processo de envelhecimento e Diabetes Mellitus: papel das vias de sinalização cAMP/PKA, Akt/PKB, p38 MAPK e fosfoinosítídeos*.
- Dharmarajan, T. S., & Ugalino, J. T. (2002). Pressure Ulcers: Clinical Features and Management. *Hospital Physician*, (March), 64–71.
- Dictionary Merriam-Webster Online. (2012). Aging. Retrieved December 11, 2012, from <http://www.merriam-webster.com/dictionary/aging>
- Dorner, A. B., Posthauer, M. E., & Thomas, D. (2009). The Role of Nutrition in Pressure Ulcer Prevention and Treatment : National Pressure Ulcer Advisory Panel White Paper Overview of Pressure Ulcers : Prevalence , Incidence , Cost and Nutrition The Role of Nutrition in Pressure Ulcer Prevention and Treatmen, (3).
- Effective Health Care. (1995). The prevention and treatment of pressure sores, 2(1).

- Ferreira *et al.* (2007). *Risco de Desenvolvimento de Úlceras de Pressão. Implementação , Nacional da Escala de Braden.* Lusociência.
- Fortin, M., Côté, J., & Filian, F. (2009). *As Abordagens Qualitativa e Quantitativa.pdf. Fundamentos e etapas do processo de investigação.* Lusodidacta.
- Gorecki, C., Brown, J. M., Nelson, E. A., Briggs, M., Schoonhoven, L., Dealey, C., Defloor, T., *et al.* (2009). Impact of pressure ulcers on quality of life in older patients: a systematic review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(7), 1175–83. doi:10.1111/j.1532-5415.2009.02307.x
- Health Grades. (2004). Quality Study Patient Safety in American Hospitals, (July).
- Lyder, C. H., & Ayello, E. A. (2005). Chapter 12 . Pressure Ulcers : A Patient Safety Issue.
- Lyder, C. H., Ulcers, R., Com, R. A., & Page, P. (2003). CLINICIAN ' S CORNER Pressure Ulcer Prevention and Management, 289(2), 223–226.
- Margolis, D. J., Knauss, J., Bilker, W., & Baumgarten, M. (2003). Medical conditions as risk factors for pressure ulcers in an outpatient setting. *Age and ageing*, 32(3), 259–64. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12720610>
- Moore, Z. (2005). Pressure ulcer grading. *Nursing standard*, 19(52), 56–64.
- NPUAP-EPUAP. (2007). Prevalence & incidence. In NPUAP-EPUAP (Ed.), (pp. 1–8).
- NPUAP-EPUAP. (2009). *Prevenção de Úlceras de Pressão - Guia de Consulta Rápido.*
- Pini L. R. & Alves, P. J. (2012). Prevalência, risco e prevenção de úlcera de pressão em unidades de cuidados de longa duração. Tese de Mestrado em Evidência e decisão em Saúde. Faculdade de Medicina do Porto.
- Rodrigues, A. (2009). FACTORES INFLUENCIADORES DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO NO SERVIÇO DOMICILIÁRIO.

- Russo, C. A., & Elixhauser, A. (2006). STATISTICAL BRIEF # 3 Hospitalizations Related to Pressure Sores , 2003, 65(figure 1), 1–7.
- Rycroft-Malone, J., & McInnes, E. (2000). Pressure ulcer risk assessment and prevention - Clinical Practice Guidelines.
- Rycroft-Malone, J., & McInnes, E. (2001). Pressure ulcer risk assessment and prevention. *Royal College of Nursing*.
- Santamaria, N. (2009). Woundswest: Identifying the prevalence of wounds within western Australia ' s public health system. *Ewma Journal*, 9(3), 13–18.
- Strachan, V. (2006). *PUPPS 3 – Pressure ulcer point prevalence survey*.
- Tannen, A., Dassen, T., & Halfens, R. (2008). Differences in prevalence of pressure ulcers between the Netherlands and Germany--associations between risk, prevention and occurrence of pressure ulcers in hospitals and nursing homes. *Journal of clinical nursing*, 17(9), 1237–44. doi:10.1111/j.1365-2702.2007.02225.x
- Vanderwee, K., Clark, M., Dealey, C., Gunninberg, L., & Defloor, T. (2007). Pressure Ulcer Prevalence in Europe: a pilot study. *Journal Evaluation Clinical Practice*.

ANEXOS

ANEXO I
ESCALA DE NORTON (INGLÊS)

NORTON PRESSURE SORE RISK ASSESSMENT SCALE SCORING SYSTEM

To identify the Norton Rating of residents' risk, mark the number which most aptly describes your residents' condition. The total sum is the Norton Rating (NR) for the resident. This may vary from 20 (minimum risk) to 5 (maximum risk).

PHYSICAL CONDITION	GOOD	4	
	FAIR	3	
	POOR	2	
	VERY BAD	1	
MENTAL CONDITION	ALERT	4	
	APATHETIC	3	
	CONFUSED	2	
	STUPOROUS	1	
ACTIVITY	AMBULANT	4	
	WALKS WITH HELP	3	
	CHAIRBOUND	2	
	BEDRIDDEN	1	
MOBILITY	FULL	4	
	SLIGHTLY IMPAIRED	3	
	VERY LIMITED	2	
	IMMOBILE	1	
INCONTINENCE	NONE	4	
	OCCASIONAL	3	
	USUALLY URINARY	2	
	URINARY AND FECAL	1	

Add up residents' scores, and evaluate their risk according to this table:

OVER 18	LOW RISK
BETWEEN 18 AND 14	MEDIUM RISK
BETWEEN 14 AND 10	HIGH RISK
LESS THAN 10	VERY HIGH RISK

ANEXO II
ESCALA DE BRADEN (INGLÊS)

Braden Risk Assessment Scale

NOTE: Bed and chairbound individuals or those with impaired ability to reposition should be assessed upon admission for their risk of developing pressure ulcers. Patients with established pressure ulcers should be reassessed periodically.

Patient Name: _____ Room Number: _____ Date: _____

Sensory Perception	1. Completely Limited	2. Very Limited	3. Slightly Limited	4. No Impairment	Indicate Appropriate Numbers Below
Ability to respond meaningfully to pressure-related discomfort	Unresponsive (does not moan, flinch or grasp) to painful stimuli, due to diminished level of consciousness or sedation. OR limited ability to feel pain over most of body surface.	Responds only to painful stimuli. Cannot communicate discomfort except by moaning or restlessness. OR has a sensory impairment which limits the ability to feel pain or discomfort over 1/2 of body.	Responds to verbal commands, but cannot always communicate discomfort or need to be turned. OR has some sensory impairment which limits ability to feel pain or discomfort in 1 or 2 extremities.	Responds to verbal commands. Has no sensory deficit which would limit ability to feel or voice pain or discomfort.	
Moisture	1. Constantly Moist	2. Very Moist	3. Occasionally Moist	4. Rarely Moist	
Degree to which skin is exposed to moisture	Skin is kept moist almost constantly by perspiration, urine, etc. Dampness is detected every time patient is moved or turned.	Skin is often, but not always, moist. Linen must be changed at least once a shift.	Skin is occasionally moist, requiring an extra linen change approximately once a day.	Skin is usually dry. Linen only requires changing at routine intervals.	
Activity	1. Bedfast	2. Chairfast	3. Walks Occasionally	4. Walks Frequently	
Degree of physical activity	Confined to bed.	Ability to walk severely limited or non-existent. Cannot bear own weight and/or must be assisted into chair or wheelchair.	Walks occasionally during day, but for very short distances, with or without assistance. Spends majority of each shift in bed or chair.	Walks outside the room at least twice a day and inside room at least once every 2 hours during waking hours.	
Mobility	1. Completely Immobile	2. Very Limited	3. Slightly Limited	4. No Limitations	
Ability to change and control body position	Does not make even slight changes in body or extremity position without assistance.	Makes occasional slight changes in body or extremity position but unable to make frequent or significant changes independently.	Makes frequent though slight changes in body or extremity position independently.	Makes major and frequent changes in position without assistance.	
Nutrition	1. Very Poor	2. Probably Inadequate	3. Adequate	4. Excellent	
Usual food intake pattern	Never eats a complete meal. Rarely eats more than 1/3 of any food offered. Eats 2 servings or less of protein (meat or dairy products) per day. Takes fluids poorly. Does not take a liquid dietary supplement. OR is NPO and/or maintained on clear liquids or I.V.'s for more than 5 days.	Rarely eats a complete meal and generally eats only about 1/2 of any food offered. Protein intake includes only 3 servings of meat or dairy products per day. Occasionally will take a dietary supplement. OR receives less than optimum amount of liquid diet or tube feeding.	Eats over half of most meals. Eats a total of 4 servings of protein (meat, dairy products) each day. Occasionally will refuse a meal, but will usually take a supplement if offered. OR is on a tube feeding or TPN regimen which probably meets most of nutritional needs.	Eats most of every meal. Never refuses a meal. Usually eats a total of 4 or more servings of meat and dairy products. Occasionally eats between meals. Does not require supplementation.	
Friction and Shear	1. Problem	2. Potential Problem	3. No Apparent Problem		
	Requires moderate to maximum assistance in moving. Complete lifting without sliding against sheets is impossible. Frequently slides down in bed or chair, requiring frequent repositioning with maximum assistance. Spasticity, contractures or agitation lead to almost constant friction.	Moves feebly or requires minimum assistance. During a move, skin probably slides to some extent against sheets, chair restraints, or other devices. Maintains relatively good position in chair or bed most of the time, but occasionally slides down.	Moves in bed and in chair independently and has sufficient muscle strength to lift up completely during move. Maintains good position in bed or chair at all times.		
<p>NOTE: Patients with a total score of 16 or less are considered to be at risk of developing pressure ulcers. (15 or 16 = low risk; 13 or 14 = moderate risk; 12 or less = high risk)</p> <p>© Copyright Barbara Braden and Nancy Bergstrom, 1988</p>					<p>Total Score:</p>

ANEXO III
SOLICITAÇÃO PARA CEDÊNCIA DOS DADOS RELATIVOS ÀS ÚLCERAS DE
PRESSÃO DO CENTRO DE PSICOGERIATRIA
(PORTUGUÊS)

Exma Senhora Coordenadora dos Cuidados
do Centro de Psicogeriatría

Eu, Tiago Miguel Resende Pereira, aluno do 3º Curso de Mestrado de Feridas e Viabilidade Tecidual, do Instituto Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Porto, solicito a Vossa prestimosa colaboração no meu estudo intitulado "Prevalência de Úlceras de Pressão em Centro de Psicogeriatría na Bélgica", através da disponibilização dos registos referentes às úlceras de pressão existentes na Instituição durante o período compreendido entre os anos de 2007 a 2011.

Mais informo que estes dados serão utilizados apenas com fins pedagógicos, sendo mantido sempre o anonimato da Instituição, bem como dos indivíduos implicados no estudo.

Agradecendo desde já a colaboração de V. Ex cia. fico a aguardar resposta tão breve quanto possível, manifestando a minha disponibilidade para outros esclarecimentos.

Com os meus melhores cumprimentos

Bélgica, 15 de Outubro de 2012

Assinatura


Tomei conhecimento e disponibilizo os documentos necessários para que o aluno Tiago Miguel Resende Pereira possa elaborar o trabalho de mestrado intitulado "Prevalência de Úlceras de Pressão em Centro de Psicogeriatría na Bélgica"

A Coordenadora de Cuidados


Hanyke Tark

ANEXO IV
SOLICITAÇÃO PARA CEDÊNCIA DOS DADOS RELATIVOS ÀS ÚLCERAS DE
PRESSÃO DO CENTRO DE PSICOGERIATRIA
(FRANCÊS)

Honorable Madame Coordonnatrice des Soins
du Centre de Psychogériatrie

Moi, Tiago Miguel Resende Pereira, élève du 3^{ème} cours de mastère de "Plaies et Viabilité de Tissue" du Instituto de Ciências da Saúde de la Universidade Católica Portuguesa, Porto, je demande votre précieuse collaboration dans mon étude intitulée "Prévalence des Ulcères par Pression au Centre de Psychogériatrie en Belgique", à travers de la disponibilité des registres relatifs aux Ulcères par Pression existant dans l'institution pendant la période comprise entre les années 2007 à 2011.

Je vous informe que les registres seront utilisées à des fins éducatives seulement, et toujours maintenu l'anonymat de l'institution et les individus impliqués dans l'étude.

Je remercie en avance de la collaboration de V. Excellence en attente de réponse le plus tôt possible, manifestant ma disponibilité pour des éclaircissements supplémentaires.

Avec mes meilleures salutations

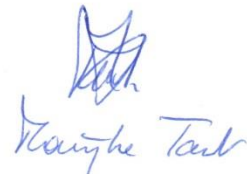
Belgique, 15 Octobre, 2012

Signature



J'ai pris connaissance et je disponibilizes les documents necessaires de sorte que l'élève Tiago Miguel Resende Pereira puisse effectuer la thèse de maîtrise intitulée "Prévalence des Ulcères par Pression au Centre de Psychogériatrie en Belgique"

La Coordinatrice de Soins



ANEXO V
EXEMPLAR DE RESULTADOS TRIMESTRAIS

Geografie **Scheutbos**
 Verpleegeenheid **sector 5**
 Datum registratie ##### 11/03/10

Karakteristieken van de verpleegeenheid

verpleegeenheid 8440
 aantal bedden 24
 aantal bestudeerde patiënten 21
 bezettingsgraad 87,50%

Verdeling van de populatie

<i>absolute waarden</i>	met decubituswonde(n)	zonder decubituswonde(n)	totaal
met risico	3	1	4
zonder risico	0	17	17
totaal	3	18	21

<i>Percentages</i>	met decubituswonde(n)	zonder decubituswonde(n)	totaal
met risico	14,29%	4,76%	19,05%
zonder risico	0,00%	80,95%	80,95%
totaal	14,29%	85,71%	100,00%

Ratio's

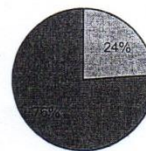
aantal geregistreerde patiënten/aantal aanwezige patiënten 87,50%
 risicopatiënten/gehospitaliseerde patiënten 19,05%
 decubituspatiënten/ gehospitaliseerde patiënten 14,29%
 decubituspatiënten/risico- en decubituspatiënten 75,00%

Leeftijd

gemiddeld 82,29 min 66
 standaarddev 7,46 max 94

Geslacht

	aantal	verhouding
mannen	5	23,81%
vrouwen	16	76,19%



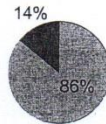
□ mannen
 ■ vrouwen

Nortonscore van alle patiënten

	aantal	gemiddeld	stand dev	min	max
totaal resultaat	21	16,10	1,81	12,00	19,00
zonder risico zonder decubitus	17	16,82	1,01	15,00	19,00
zonder risico met decubitus	0				
met risico zonder decubitus	1	14,00	#DIV/0!	14,00	14,00
met risico met decubitus	3	12,67	0,58	12,00	13,00

Aantal gevallen

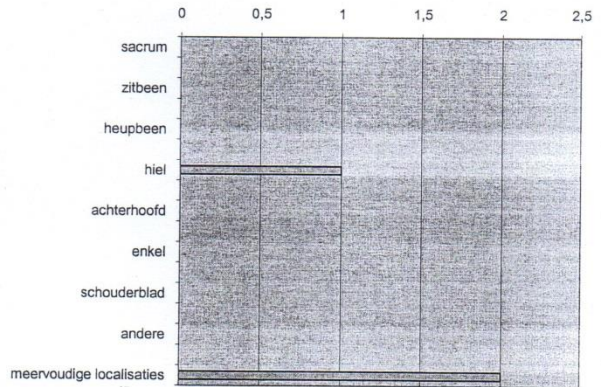
zonder decubitus	18
met decubitus	3



zonder decubitus
 met decubitus

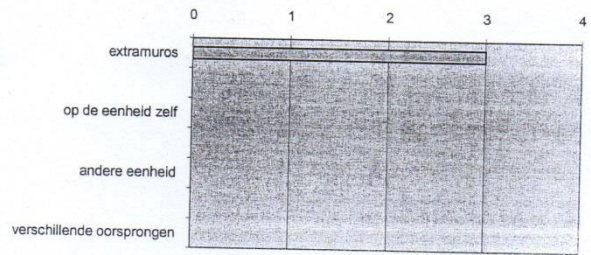
Localisatie

sacrum	0	0,00%
zitbeen	0	0,00%
heupbeen	0	0,00%
hiel	1	33,33%
achterhoofd	0	0,00%
enkel	0	0,00%
schouderblad	0	0,00%
andere	0	0,00%
meervoudige localisaties	2	66,67%



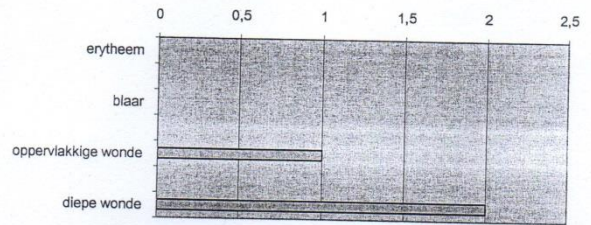
Oorsprong

extramuros	3	100,00%
op de eenheid zelf	0	0,00%
andere eenheid	0	0,00%
verschillende oorsprongen	0	0,00%



Beschrijvingen

erytheem	0	0,00%
blaar	0	0,00%
oppervlakkige wonde	1	33,33%
diepe wonde	2	66,67%



Kleur (oppervlakkige en diepe wonden)

rood	0	0,00%
geel	1	33,33%
zwart	0	0,00%
gemengd	2	66,67%

