



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

**PREVALÊNCIA DE ÚLCERAS POR PRESSÃO NUM CENTRO HOSPITALAR
DA REGIÃO CENTRO**

Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Feridas e Viabilidade Tecidual

Por:

JOANA CORREIA MOURÃO

Porto, setembro, 2017



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

**PREVALÊNCIA DE ÚLCERAS POR PRESSÃO NUM CENTRO HOSPITALAR
DA REGIÃO CENTRO**

PREVALENCE OF PRESSURE ULCERS IN THE MIDDLE CENTER

Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Feridas e Viabilidade Tecidual

Por:

JOANA CORREIA MOURÃO

Sob orientação de Doutor Paulo Alves

Porto, 2017

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador Professor Doutor Paulo Alves, que tornou este percurso possível, que me motivou, apoiou e se encontrou sempre disponível.

Ao Hugo, a pessoa que contribuiu de uma forma inexplicável para que o desenvolvimento deste trabalho fosse possível. Pelas horas despendidas, pelos momentos mais difíceis, pela compreensão, pelo companheirismo e pelo amor.

Aos meus familiares e em especial aos meus pais, responsáveis por quem sou e por quem me tornei. Que acreditaram, acompanharam, apoiaram e incentivaram, demonstrando sempre o seu orgulho em mim.

Aos amigos próximos e colegas de trabalho, pelo apoio, pelo orgulho que demonstraram e por tudo o que me ensinaram.

Muito obrigada a todos.

RESUMO

O principal objetivo desta investigação foi estimar a prevalência de úlceras por pressão de um Centro Hospitalar da região centro de Portugal, bem como a caracterizar os doentes com úlceras por pressão, tendo em conta as suas características demográficas e clínicas.

Este estudo de prevalência foi desenvolvido em três unidades de um Centro Hospitalar, compondo uma amostra total de 1.064 indivíduos com úlcera por pressão, durante 1 de janeiro a 31 de dezembro de 2015.

Os resultados deste estudo apontam para uma taxa de prevalência global de 6.4% de doentes com úlcera por pressão. Numa tentativa de caracterizar os doentes verificámos que a maioria eram do sexo feminino, com intervalo de idade entre os 80 e os 89 anos, estavam internados no serviço de Medicina Interna, apresentavam como diagnóstico principal doença respiratória e apresentavam em média cerca de duas úlceras por pressão, o que variou desde apenas uma até a um máximo de seis úlceras por pressão. Estas úlceras são na sua maioria de categoria 2 e estão localizadas, sobretudo, na região sagrada.

A taxa de prevalência encontrada neste estudo apresenta-se consideravelmente inferior daquela que é apresentada em estudos anteriores, quer a nível nacional como a nível internacional. Conforme estudos anteriores, as úlceras por pressão mantêm-se como um problema grave para a população hospitalizada. O presente estudo possibilitou conhecer os resultados da prevalência de doentes com úlcera por pressão neste Centro Hospitalar, revelando ser uma importante ajuda no planeamento de intervenções eficazes na prevenção de úlcera por pressão, assumindo um contributo para futuros trabalhos de investigação nesta temática.

Palavras-chave: Úlcera por pressão, Prevalência, Prevenção, Nutrição.

ABSTRACT

The main objective of this investigation was to estimate the prevalence of pressure ulcers in a Hospital Center in the central region of Portugal, as well as to characterize patients with pressure ulcers, taking into account their demographic and clinical characteristics.

This prevalence study was developed in three units of a Hospital Center and the sample was composed of 1.064 individuals with pressure ulcer, during the period from January 1st to December 31st of 2015.

The results of this study showed an overall prevalence rate of 6.4% of patients with pressure ulcer. In an attempt to characterize these patients with pressure ulcer, we found that the majority of patients were female, with ages ranging from 80 to 89 years old, were hospitalized in the Internal Medicine service, presented a main diagnosis of respiratory disease, and had an average of about two pressure ulcers, ranging from one to a maximum of six pressure ulcers. These ulcers are mostly of category 2 and are located mostly in the sacral region.

The prevalence rate found in this study is considerably lower than that reported in previous studies, both nationally and internationally. According to previous studies, pressure ulcers remain a serious problem for the hospitalized population. The present study made it possible to identify the prevalence of patients with pressure ulcers in this Hospital Center, proving to be an important asset in planning of effective interventions in the prevention of pressure ulcer, making a contribution to future research on this subject.

Keywords: Pressure ulcer, Prevalence, Prevention, Nutrition.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	1
2. ESTADO DA ARTE.....	3
2.1 Contextualização Histórica.....	3
2.2 Úlcera por Pressão.....	5
2.2.1 Epidemiologia	9
2.2.2 Prevenção	11
3. MATERIAL E MÉTODOS	15
3.1 Objetivos	16
3.2 Amostra.....	16
3.3 Instrumentos.....	17
3.4 Procedimentos	18
3.5 Análise dos dados.....	18
4. RESULTADOS.....	20
5. DISCUSSÃO.....	34
6. CONCLUSÃO	39
7. REFERÊNCIAS	41

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. <i>Descrição das idades dos participantes por faixas etárias e sexo</i>	20
Tabela 2. <i>Descrição dos doentes com úlcera por pressão por serviços</i>	22
Tabela 3. <i>Descrição do número de úlceras por pressão por serviço</i>	23
Tabela 4. <i>Descrição do diagnóstico principal dos doentes com úlcera por pressão</i>	24
Tabela 5. <i>Descrição da localização anatómica das úlceras por pressão</i>	25
Tabela 6. <i>Teste de associação entre as categorias das úlceras por pressão e sexo dos participantes</i>	27
Tabela 7. <i>Descrição das categorias das úlceras por pressão por serviço</i>	29
Tabela 8. <i>Descrição das categorias das úlceras por local anatómico</i>	30

ÍNDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1.</i> Ilustração das categorias das úlceras por pressão.....	8
<i>Figura 2.</i> Frequência de doentes por número de úlceras por pressão.	21
<i>Figura 3.</i> Frequência de úlceras por pressão por cada categoria.....	26
<i>Figura 4.</i> Descrição das idades dos participantes em função das categorias.	28
<i>Figura 5.</i> Descrição da duração do internamento (em dias) por categoria.....	31
<i>Figura 6.</i> Descrição do destino após alta por categoria.	32
<i>Figura 7.</i> Descrição da Escala de Braden por categoria.....	32

ÍNDICE DE SIGLAS

EPUAP- European Pressure Ulcer Advisory Panel

NPUAP- Nacional Pressure Ulcer Advisory Panel

PPPIA- Pan Pacific Pressure Injury Alliance

PQCE- Programa de Qualidade de Cuidados em Enfermagem

UPP- Úlcera por Pressão

PUPP- Prevalência de Úlcera por Pressão

1. INTRODUÇÃO

Segundo os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2015), o envelhecimento demográfico contribuiu para alterações substanciais na distribuição das diferentes faixas etárias da população portuguesa, resultando numa pirâmide etária com uma proporção mais alargada nas idades mais avançadas e menor nas idades da infância e adolescência. Estas alterações são uma consequência direta dos processos de declínio da natalidade, quer pela emancipação da mulher ao nível profissional, pelo aumento de idade do nascimento do primeiro filho ou pelo aumento da longevidade, traduzindo assim as tendências demográficas do século XXI.

Na União Europeia, Portugal ocupa o 5º lugar como um dos países com o valor mais elevado do índice de envelhecimento, surgindo em 3º lugar com um dos valores mais baixos no índice de natalidade. Consequentemente, este dado é traduzido por um aumento do índice da dependência da população idosa, tendo em conta as doenças crónicas inevitáveis do envelhecimento e a perda de autonomia. Dados mostram que, comparativamente com o ano de 1970 em que se estimava a existência de 16 idosos por cada 100 habitantes, no ano de 2014 os números apontam para uma prevalência de 31% de idosos (INE, 2015), o que reflete bem o aumento do índice de envelhecimento.

Em 2012, um estudo revelou através de um estudo transversal quantitativo, realizado em Unidades de Cuidados Continuados de longa duração de Portugal, uma prevalência de 23% de úlceras por pressão. (Pini & Alves, 2012). Por sua vez, Das e Baker (2016) referem dados que estimam no mínimo 300 milhões de feridas agudas; 100 milhões de feridas traumáticas e 20 milhões de feridas crónicas. Em Portugal calcula-se que a prevalência de feridas crónicas com resposta em cuidados de saúde, nomeadamente em ambulatório, corresponda a cerca de 1.42 indivíduos por cada 1000 habitantes (Pina, Furtado, Franks & Moffatt, 2004).

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2008) a longevidade está diretamente associada a doenças crónicas que conduzem ao aumento da dependência nas atividades de vida diárias, tendo um importante impacto, não só a nível individual como ao nível comunitário. Para além deste fator, a OMS (2008) considera que os custos

associados ao tratamento das feridas têm um impacto financeiro considerável, não descurando o sofrimento, o isolamento social, a dor e por vezes a morte.

Assadian, Oswald, Leistein, Hinz, Daeschlein e Kramer (2011), referem que o tratamento de feridas pode tornar-se um risco major na economia de um país, não só pelo seu tratamento, mas também pelo prolongamento dos internamentos nas unidades de saúde por complicações associadas às feridas, nomeadamente infeção. Assim, definem que o objetivo do tratamento adequado de feridas envolve um cuidado eficaz mantendo o menor orçamento possível despendido, garantindo o tratamento eficaz da ferida e o bem-estar do doente. Neste estudo Alemão, os autores referem que a prevalência das úlceras por pressão em unidades de reabilitação é entre 10 a 25 %, estimando um total de custos despendidos, entre 1 a 2.3 biliões de euros.

No presente estudo iremos analisar a prevalência das úlceras por pressão num Centro Hospitalar da região Centro de Portugal e caracterizar os doentes com úlceras por pressão nos diversos serviços das três unidades A,B e C, calculando a sua prevalência.

Desta forma, este estudo torna-se importante para que possamos compreender onde existe uma maior prevalência de úlceras por pressão nos diferentes serviços, bem como compreender o seu impacto no sistema nacional de saúde, o que vai permitir definir propostas de melhoramento de cuidados no futuro.

2. ESTADO DA ARTE

2.1 Contextualização Histórica

Desde a pré-história são conhecidas complicações associadas às feridas, as quais se acredita terem resultado através da construção de habitações, na disputa de território ou mesmo na caça. A necessidade destas atividades constituíram uma preocupação constante para o Homem, uma vez que era colocada em risco a sua integridade física e mesmo a sua vida, devido a surgirem por vezes hemorragias e infeções (Jones, 2009).

Os primeiros registos de feridas podem ser encontrados em gravuras que remontam à Idade da Pedra. Nestas gravuras pode perceber-se uma grande preocupação na cicatrização das feridas, revelando a utilização de materiais naturais à base de extratos de plantas para esse fim. Na mesopotâmia, as feridas eram lavadas com água ou leite, sendo colocado posteriormente no leito da ferida mel ou resina, folhas de árvores e lã para a sua cobertura. Já no Egito, foi encontrada uma múmia que remonta à XXI, Dinastia que apresentava pessoas com diversas úlceras por pressão (Rowling, 1961). Acreditava-se que a ferida cicatrizava mais rapidamente quando coberta por tiras de pano e uma vez que os bordos da ferida se mantinham unidos e os mais entendidos perceberam que ao cauterizar feridas conseguiam um controlo da hemorragia mais eficaz, colocando óleos e resinas para o controlo do odor (Broughton, Janis, & Attinger, 2006). Por outro lado, na civilização Chinesa, os “médicos das úlceras”, como eram retratados, promoviam a limpeza da ferida e colocavam ervas para obter uma cicatrização adequada. A importância do bem-estar físico da pessoa era considerado relevante, sendo aconselhando o doente a beber vinho em pó efervescente, quando sentia dor, o que proporcionava uma sensação de anestesia, possibilitando a remoção de tecidos mortos ou inviáveis de forma ao tratamento se tornar menos doloroso para a pessoa (Jones, 2009).

No contexto ocidental, Hipócrates (460 AC-360 AC) surge como o primeiro defensor na higienização das mãos e dos materiais, bem como da limpeza adequada do leito da ferida. Ao constatar que as feridas dos pescadores raramente infetavam, reconheceu a água do mar, o vinho e o vinagre como agentes de limpeza eficazes. A este seguem-se Cornelius Celsus (14 AC-50 DC) que descreveu pela primeira vez os sinais de

inflamação (i.e., rubor, tumefação, calor e dor), distinguiu a cicatrização de feridas agudas e crônicas, e estabeleceu como prioridade o controlo da hemorragia decorrente da lesão na pele, utilizando esponjas embebidas em vinagre. (Forrest, 1982). Galeno, “médico” de gladiadores, é responsável pela teoria do pus louvável, defendendo a necessidade das feridas permanecerem abertas para que os seus tecidos inflamassem e infetassem posteriormente e assim produziram pus que, por sua vez, purificariam a ferida. Teodorico e Hugo de Lucca refutaram a teoria do pus louvável, defendendo que as feridas deviam ser mantidas secas e protegidas (Jones, 2009).

Com a evolução dos tempos, dos materiais e das armas, também as feridas evoluíram. As batalhas em que surgem os primeiros canhões produziram ferimentos de grande magnitude nos combatentes, surgindo também a necessidade de cauterização dos vasos sanguíneos lesados, através da colocação de água ou óleo a ferver nas feridas. Mais tarde, Paré (1510- 1590), um cirurgião francês militar, defendeu técnicas que incluíam uma mistura de clara de ovo, óleo de rosa e resina, tendo resultados mais eficazes que o anterior (Cohen, 2007). Além disso, introduz o conceito de que uma nutrição adequada seria imprescindível para a cicatrização das feridas, aconselhando aos seus doentes caldos de carne e medicação para o alívio da dor, surgindo a valorização do alívio da pressão continua (Ferreira, Miguéns, Gouveia, & Furtado, 2007). No século XIX, Jean-Martin Charcot introduziu o conceito que fatores tróficos neurológicos contribuíam para o processo de aparecimento de úlceras por pressão (Levine, 2005). A revolução industrial volta a revelar-se como um evento histórico com impacto nos cuidados das feridas através do surgimento materiais inovadores e mais acessíveis monetariamente, tais como os apósitos, que eram constituídos maioritariamente por gaze até ao final do século XIV. Posteriormente, Gamgee (1828-1886), desenvolve o primeiro apósito absorvente (i.e., uma combinação de lã e gaze (Jones, 2009).

Florence Nightingale (1829-1910), juntamente com um grupo de enfermeiras, foram destacadas para a Guerra de Crimeia onde o número crescente de doenças infetocontagiosas e as feridas de guerra constituíam uma preocupação de relevo. Foi aqui que percebeu que um ambiente limpo e arejado, roupa lavada e uma alimentação e repouso adequados contribuíam para uma melhoria do estado geral de saúde da pessoa e, conseqüentemente, para uma mais rápida cicatrização das feridas (Jones, 2009).

Durante a primeira guerra mundial, alguns soldados feridos viam-se forçados a permanecer nos campos de batalha até que pudessem ser resgatados em segurança, e, embora as feridas estivessem impregnadas por larvas, pôde constatar-se que estes soldados apresentavam o leito das feridas limpo, o que conduziu à percepção de que a infeção poderia ser prevenida pelo facto das larvas se alimentarem dos tecidos mortos e infetados, diminuindo assim a mortalidade. Já na segunda guerra mundial, com a descoberta de penicilina utilizada em casos de feridas infetadas e o violeta de genciana aplicado em queimaduras foi possível um decréscimo ao nível da mortalidade, revolucionando o tratamento de feridas que passou a ser baseado na utilização de antissépticos e agentes tópicos com ação antimicrobiana (Jones, 2009).

Hoje em dia existe uma forte motivação e preocupação por parte dos profissionais de saúde e dos investigadores desta área que têm em vista melhorar o tratamento de feridas de forma mais eficaz, tanto ao nível dos custos como na melhoria da qualidade de vida da pessoa com ferida. Assim realizam-se estudos exaustivos com o recurso a protocolos, procedimentos, instrumentos de recolha de dados, estudos de caso e técnicas inovadoras que permitem o tratamento da ferida tendo em conta a pessoa, a fase de vida em que se encontra, bem como o seu meio envolvente, existindo cada vez mais uma preocupação com o custo-eficácia do tratamento de feridas.

2.2 Úlcera por Pressão

As úlceras por pressão são responsáveis por um número bastante elevado de morbidade e conseqüentemente mortalidade que, mesmo com as novos conhecimentos e técnicas dos profissionais de saúde, conduzem a um custo elevado para o seu tratamento e assumem um impacto considerável na qualidade de vida do indivíduo. (Ferreira et al., 2007).

Morison (2004) descreve que as úlceras por pressão são causadas por um processo fisiopatológico que advém da oclusão do fluxo sanguíneo ao nível dos tecidos, com repercussão na microcirculação devido a forças de rotura e de deslizamento, bem como da oclusão dos vasos sanguíneos através de um período prolongado de pressão, o que vai ter como resultado a morte celular.

Para Fink e Langer (2014), a pressão afeta o metabolismo celular através da redução da circulação sanguínea nos tecidos, causando conseqüentemente isquemia. Desta forma, para o autor, doentes com alterações ao nível da mobilidade têm um maior risco de desenvolver uma úlcera por pressão.

Cardozo (2003), no sentido de proporcionar ao doente os melhores cuidados possíveis, define que é fulcral que tenhamos em conta não só o processo de tratamento da ferida ou da úlcera por pressão, mas também a necessidade de uma abordagem holística que integra os fatores físicos inerentes, os aspetos psicossociais e ainda a nutrição como um fator que assume um papel fundamental para o tratamento de uma úlcera por pressão. Assim, há necessidade de repor um tecido lesado por um novo tecido, tornando imprescindível um aporte nutricional adequado a cada pessoa. Este processo deve ser visto pelos profissionais de saúde como parte integrante do tratamento da ferida e deve ser incluído no plano de cuidados do paciente, onde é essencial que todas as etapas do processo de Enfermagem sejam tidas em conta (Dorner, 2008).

Na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, a úlcera por pressão encontra-se definida como um dano, inflamação ou ferida da pele ou ainda outras estruturas que são resultantes de um conjunto de fatores como a compressão tecidual e uma inadequada perfusão dos tecidos (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2011).

Definidas ao longo do tempo por escaras e por úlceras de decúbito, conceito que é designado pelo ato de estar deitado, surgiu uma nova designação, que é utilizada atualmente após variados estudos que apontaram para que as Úlceras por Pressão podem ocorrer nas diversas posições corporais, como na posição de sentado (Monaham, Sands, Neighbors & Mareck, 2010).

Segundo a European Pressure Ulcer Advisory Panel (1998) para que o tratamento da úlcera por pressão seja adequado, é necessário que o profissional de saúde tenha o conhecimento científico da sua etiologia, das diferentes categorias, da sua prevenção, dos fatores intrínsecos e extrínsecos que as influenciam e qual o tratamento mais adequado.

Para Dealey (2006), a correta classificação e caracterização das úlceras por pressão são o que vai permitir avaliar a sua gravidade, e se for o caso, o seu agravamento. Salienta que as suas dimensões, as características do leito da ferida, o exsudado, os bordos da ferida

e a sua localização são fatores imprescindíveis no curso do seu tratamento e na sua evolução cicatricial.

Desta forma, tanto a Nacional Pressure Ulcer Advisory Panel, como a European Pressure Ulcer Advisory Panel, definiram através de guidelines internacionais um sistema de categorização comum para as diferentes quatro categorias das úlceras por pressão. (EPUAP/NPUAP/PPPIA, 2014).

Na categoria 1 encontram-se áreas de pressão numa área localizada, sobre uma proeminência óssea de rubor não branqueável. Podem constituir uma zona dolorosa, com alteração do seu tónus e da sua temperatura. É necessário ter em conta que em indivíduos com uma pigmentação mais escura, a sua avaliação pode ser dificultada. (EPUAP/NPUAP/PPPIA, 2014).

A categoria 2 é caracterizada por perda da espessura dos tecidos, nomeadamente da derme. Pode apresentar-se como uma solução de continuidade superficial, em que o leito da ferida pode conter tecido rosado, uma flictena preenchida de exsudado seroso, sero-hemático ou purulento, podendo ainda se apresentar como uma equimose que revela existir uma lesão profunda. É importante referir que as úlceras por pressão desta categoria não devem ser confundidas com fissuras na pele, escoriações e dermatites de humidade associadas a incontinência. (EPUAP/NPUAP/PPPIA, 2014).

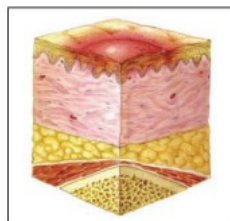
Quando surge perda total de espessura tecidular, falamos da categoria 3. O tecido adiposo subcutâneo pode encontrar-se visível, mas não estão expostas outras estruturas como o osso, tendão ou músculo. Nesta categoria que é definida pela profundidade dos tecidos lesados, é necessário ter em conta que locais anatómicos como a asa do nariz, o pavilhão auricular e os maléolos, que, não detendo tecido subcutâneo, são automaticamente consideradas úlceras por pressão de categoria 3, podendo ser superficiais, o que facilmente se confunde com úlceras por pressão de categoria 2. De outra forma, em zonas adiposas profundas podem desenvolver-se úlceras por pressão desta categoria, não sendo visíveis osso, tendões ou músculo. (EPUAP/NPUAP/PPPIA, 2014).

Na categoria 4 surge exposição óssea, tendões e/ou dos músculos, diretamente palpáveis por perda total da espessura dos tecidos. São úlceras por pressão que podem

conter fistulas ou cavitações e em que podem estar presentes tecido desvitalizado e /ou necrótico. Tal como as úlceras por pressão de categoria 3, estas variam com a localização anatômica, podendo mesmo atingir estruturas de suporte com a fáscia, tendões ou cápsulas articulares, tornando iminente o surgimento de osteomielite e osteíte. (EPUAP/NPUAP/PPPIA, 2014).

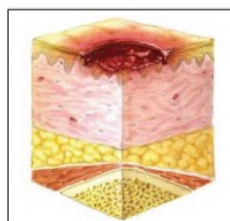
Categoria 1:

Eritema não branqueável



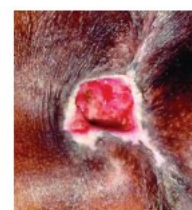
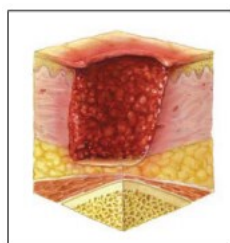
Categoria 2:

Perda parcial da espessura da pele



Categoria 3:

Perda total da espessura da pele



Categoria 4:

Perda total da espessura dos tecidos

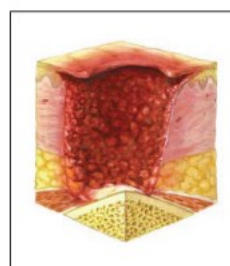


Figura 1. Ilustração das categorias das úlceras por pressão. Adaptada de EPUAP - European Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009, Prevention and treatment of pressure ulcers: Quick reference guide, p.12-13.

Com uma segunda edição de guidelines elaboradas pela NPUAP, EPUAP e PPPIA, foram consideradas úlceras por pressão não graduáveis ou inclassificáveis, em que surge uma perda total de pele ou de tecidos com uma profundidade indeterminada que está sobreposta por tecido necrótico. Desta forma, para apurar a categoria da úlcera por pressão é necessário destacar o tecido necrosado suficiente, tendo em conta o método de desbridamento mais eficaz, para que seja possível expor o leito da ferida e assim a poder determinar e posteriormente proceder ao seu tratamento (EPUAP/NPUAP/PPPIA, 2014).

Quando existe uma área de coloração purpura ou vermelho escuro ou uma flictena com exsudado hemático, em pele que se encontra sem solução de continuidade que é provocada por danos nos tecidos causados pela pressão e /ou forças de torção, pode ser difícil de caracterizar, uma vez que pode evoluir rapidamente expondo outras camadas de tecido ou ficando coberta por uma camada de tecido necrosado, mesmo que o tratamento seja o adequado. (EPUAP/NPUAP/PPPIA, 2014).

2.2.1 Epidemiologia

A epidemiologia tem como ponto de partida a ciência que estuda e dá enfoque aos padrões da ocorrência de doenças em populações humanas e os seus fatores determinantes. (Lilienfeld, 1980). Enquanto a prática clínica aborda a doença num nível pessoal e individual, a epidemiologia é foca o processo saúde-doença em grupos sociais.

Quanto às definições de incidência e prevalência, podemos dizer que, para Fortin (1999), a prevalência de uma doença vai depender diretamente da incidência da mesma, ou seja, quantos mais novos casos surgirem, maior será o número de casos existentes, o que conduzirá a um consequente aumento da duração da patologia em causa. A prevalência pode ainda ser afetada pela velocidade da incidência, mas também pela alteração do período de tempo de duração da doença.

Os estudos de prevalência são estudos descritivos populacionais que vão permitir que o investigador adquira associações entre fatores de risco e doença, sendo estes amplamente difundidos. Conhecidos também como estudos transversais ou de corte-transversal, vão possibilitar a obtenção da frequência da ocorrência dos eventos do nosso

problema de estudo numa determinada população alvo, num determinado período de tempo, que o investigador considere importante para o seu estudo. Torna-se também importante referir que a investigação, com este tipo de estudo é analítica, o que permite uma análise dos dados com bastante fiabilidade.

Para (Aguiar, 2007), a taxa de prevalência permite que exista uma representação da proporção de pessoas com um determinado resultado de saúde num determinado espaço de tempo e ainda permite reproduzir a porção de uma determinada população com uma doença ou sintoma, ou ainda que apresente uma determinada característica individual de saúde.

Podemos ainda referir que, para o mesmo autor, a determinação da taxa de prevalência está diretamente associada ao estudo transversal na observação, sendo este estudo adequado a condições de saúde com alguma cronicidade, como acontece, por exemplo, nas úlceras por pressão.

Pini e Alves (2012) revelam elevadas taxas de prevalência de úlceras por pressão, apesar da evolução científica ao nível da sua etiologia e da sua prevenção, o que pode ser traduzido como uma incongruência entre a tradução clínica dos dados e o conhecimento científico.

No Canadá foram realizados estudos que traduziram uma taxa de prevalência ao nível hospitalar de 26% (Woodbury, 2004).

VanGuilder (2008) realizou um estudo nos Estados Unidos da América, em que concluiu que 5% das úlceras por pressão são adquiridas em unidades de internamento hospitalares, nomeadamente 11,9% em situações agudas.

A EPUAP desenvolveu em conjunto com 5 países europeus, um estudo de prevalência de úlceras por pressão em hospitais gerais e hospitais universitários, em que o resultado apontou para uma prevalência de 18,1%. Relativamente à região anatómica de maior incidência de úlcera por pressão, a região sagrada e os calcanhares foram os locais de maior número de registo de úlceras. (Vanderwee, 2007).

Um estudo realizado em Portugal, descreve taxas de prevalências consoante os serviços em que os doentes estão internados. Apresenta então valores de uma prevalência

de 17,4 % em serviços de Medicina Interna, 16,6% em serviços de Cuidados Intensivos, 15,3% no serviço de Urgências e 7,1% no serviço de Cirurgia (Costeira, 2006).

Em Espanha a prevalência aponta para 13,2% ao nível dos serviços de Cuidados Intensivos, 9,2% nos serviços de Medicina Interna e 4,4 % em internamentos de serviços Cirúrgicos (Soldevilla, 2004).

Cardoso et al. (2007) desenvolveu um estudo em Portugal, nos arquipélagos da Madeira e dos Açores e nas Canárias (i.e. Espanha), que traduzem taxas de prevalência de 22,7% na primeira, 9% no segundo e por fim 12,4% no último.

Cowman et al. (2012) realizaram um estudo na Republica da Irlanda que distingue a prevalência de úlceras por pressão por categoria. Relativamente à categoria I, apontam para 28%, na categoria II 33%, na categoria III 15% e na categoria IV 24%. Tal como descreve Vanderwee (2007), o local anatómico com maior frequência de úlceras por pressão situa-se ao nível da região sagrada e dos calcanhars.

Pini e Alves (2012) descrevem uma taxa de prevalência de 23 % em unidades de cuidados continuados.

2.2.2 Prevenção

Para Dantas e Jorge (2005), a úlcera por pressão baseia-se numa lesão da pele e/ou do tecido subjacente, que usualmente se encontra numa zona de proeminência óssea, entre as quais, mais frequentemente, nas zonas maleolares, trocântéricas, zona sacrococcígea, calcanhars, entre outras, que vão causar pressão nos tecidos moles. A pressão exercida juntamente com forças de torção pode levar à úlcera por pressão. Desta forma, é necessário ter em conta que para o desenvolvimento de uma úlcera por pressão existem fatores extrínsecos, como as forças de fricção e de cisalhamento, e intrínsecos, como a idade do doente ser superior a 80 anos, o sexo, limitações na mobilidade, incontinência urinária e fecal, e o estado nutricional, que se tem demonstrado como um dos fatores mais significativos para o risco do desenvolvimento de uma úlcera por pressão e por conseguinte demonstra-se um agente dificultador no tratamento de uma úlcera por pressão (Campos, Chagas, Costa, França & Jasen, 2010) e ainda que quando sujeito ao

peso corporal do próprio indivíduo, é possível o desenvolvimento de uma úlcera por pressão Alves, Mota, Ramos e Vale (2013).

Existe um número considerável de úlceras por pressão que são causadas por dispositivos médicos que são constituídos por materiais de plástico, silicone ou borracha, e que quando não são corretamente utilizados ou adaptados causam lesões, que muitas vezes resultam em úlceras por pressão Assim sendo, segundo um estudo de (Fletcher, 2012), as úlceras por pressão que são causadas pelos dispositivos médicos estão situadas na sua maioria na região da cabeça e do pescoço, associadas a mascarar faciais de oxigénio por exemplo, e ao contrario das úlceras por pressão causadas pela pressão nas proeminências ósseas, são na sua maioria situadas na parte inferior do corpo, como na região sagrada, trocântérica e dos calcanhares, que poderá ser resultantes de um inadequado reposicionamento no leito. Entre os dispositivos médicos mais comumente utilizados em unidades de internamento encontram-se associadas a sondas vesicais, máscaras de ventilação não invasiva, sistemas de soros e torneiras de três vias e máscaras de oxigénio.

Segundo a EPUAP (2009), as úlceras por pressão são causadas por diversos fatores, entre os quais pela incapacidade das pessoas se posicionarem no leito e assim aliviarem as zonas de pressão. Desta forma devem ser realizadas intervenções de enfermagem que diminuam o desenvolvimento de uma úlcera por pressão, não só através de um alívio de pressão adequado, mas também através de um aporte nutricional adaptado a cada pessoa e ao seu estado de saúde, dispositivos de alívio de zonas de pressão e a manutenção da pele hidratada.

É ainda importante ter em conta que um dos indicadores de qualidade dos cuidados de Enfermagem vai ao encontro com a presença, ou não, de úlcera por pressão, tendo uma consequência direta na sua qualidade de vida e um impacto significativos nos custos para o seu tratamento. (Clark, 2001). Este autor refere também ser de grande importância estratégias de prevenção individualizadas que sejam eficazes, como, programas multidisciplinares e educacionais para os profissionais de saúde, para os doentes e para os seus cuidadores.

A NPUAP/EPUAP/PPIA (2014) elaborou continuamente estratégias preventivas que têm em conta o risco de desenvolvimento de úlcera por pressão, observação da pele,

a importância da alteração de posicionamento no leito de acordo com a necessidade da pessoa, os materiais de prevenção que se encontrem disponíveis, a redução de fricção e de forças de cisalhamento, os cuidados de higiene e hidratação da pele, tendo em conta a redução da humidade e por fim a importância da nutrição, não só na prevenção como no tratamento da úlcera por pressão.

Como estratégias de prevenção de desenvolvimento de uma úlcera por pressão, a NPUAP (2014), define quatro objetivos como a importância de avaliar e identificar os indivíduos que se encontrem em risco, como o estado geral de saúde do doente. Os fatores que contribuem para o risco, como a humidade, eritemas, escoriações, temperatura e o desenvolvimento de hiperémia, encontram-se contemplados na avaliação da pele e dos tecidos e devem ser avaliados sempre que necessário. Já a manutenção da tolerância dos tecidos é realizada através de dispositivos de alívio de pressão de forma a minimizar o apoio sobre proeminências ósseas. E por fim as terapias emergentes de prevenção de úlceras por pressão devem ser operacionalizadas através da utilização de pensos profiláticos, controlo de microclima, como a humidade e a temperatura, e utilizar materiais macios que reduzam a fricção e o deslizamento.

Num estudo desenvolvido por Langer e Fink (2014), doentes com peso inferior a 54 kg tem um risco diminuído de desenvolvimento de uma úlcera por pressão, enquanto quando o peso surge como superior a 95 kg o risco aparece como acrescido. Os autores referem ainda que uma alimentação hipocalórica, desidratação e níveis séricos baixos em albumina podem levar ao comprometimento dos tecidos e assim a uma diminuição da sua resistência perante as forças de pressão e fricção.

Existem fatores que devem ser tidos em conta, de uma forma holística, quando falamos do tratamento das úlceras por pressão como a limpeza e hidratação da pele, o controlo eficaz da dor, opções terapêuticas adequadas e controlo da infeção e ainda, devem ser considerados os diversos aspetos na avaliação nutricional do utente, como os critérios antropométricos, que devem considerar a avaliação do peso, da altura e o perímetro abdominal. A avaliação clínica deve ser assumida pela equipa multidisciplinar, verificando se o doente tem disfagia, como é o caso de doentes que tenham sofrido acidente vascular cerebral, o que irá dificultar a ingestão de alimentos, líquidos e sólidos,

bem como de proteínas e dos demais nutrientes e conseqüentemente conduzir à perda de peso.

Existem certos nutrientes que têm uma importância acentuada na evolução das úlceras por pressão e na sua cicatrização, entre os quais, as proteínas. São indispensáveis para a manutenção e reparação dos tecidos e necessitam da sua síntese para repor as perdas proteicas pelo exsudado da ferida, assim a dieta ingerida pelo paciente deve passar pelo consumo de 1.2g a 1.5 g de proteína /kg. (Schols, 2014).

3. MATERIAL E MÉTODOS

Para Fortin (1999), um problema de investigação é uma situação em que é necessária uma solução válida, uma melhoria da mesma ou ainda a sua reformulação. Surge do interesse do investigador, de uma situação problemática, como dito anteriormente, sendo necessário o total domínio do tema, o que vai implicar uma construção adequada da questão de investigação e permite que seja possibilitado o tipo de investigação que o problema requer. Torna-se importante referir que para o problema de investigação seja corretamente formulado, a questão de investigação deve ser precisa e definir os conceitos em estudo, através de uma progressão lógica de argumentos e factos relativos à situação, bem como a população dita em questão.

Sendo a metodologia uma parte fulcral do trabalho de investigação, onde o investigador vai identificar o material e métodos utilizados para obter as respostas às questões de investigação (Fortin, 1999), quanto mais especificada e detalhada for a metodologia de um determinado estudo, vai permitir que a sua replicação se torne posteriormente possível, o que possibilita a outros investigadores a oportunidade de desenvolver os seus estudos, individualmente ou em grupo, existindo desta forma a generalização dos dados. Neste âmbito, pretende-se elaborar um estudo de prevalência das úlceras por pressão de um Centro Hospitalar da região centro de Portugal.

Para Barros e Hirakata (2003), os estudos transversais ou de prevalência caracterizam-se inicialmente por não termos conhecimento da exposição ou desfecho e neste caso em particular, o estudo as úlceras por pressão. Desta forma, o investigador define a sua população, num dado período de tempo, ao que chamamos amostra. Depois retira a informação de cada indivíduo sobre existência ou não de exposição e de agravamento de saúde, que pode ser a partir de bases de dados, questionários, inquéritos ou entrevistas. Finalmente analisa e quantifica a exposição e da doença na população, de uma forma geral ou segundo alguma característica. É ainda possível adquirir as associações entre a exposição do indivíduo à doença e relacionar através de variáveis que o investigador defina previamente. A existência de associação entre exposição e doença não indica, necessariamente, a existência de relação causal.

3.1 Objetivos

Partindo da variabilidade dos fatores de risco que podem conduzir ao desenvolvimento de úlcera por pressão, pretendemos enunciar como objetivo geral:

- Estimar a taxa de prevalência de úlcera por pressão neste Centro Hospitalar.

Como objetivos específicos:

- Caracterizar os dados sociodemográficos da população internada com úlcera por pressão (i.e., idade e sexo);
- Identificar os dados clínicos da população internada com úlcera por pressão (i.e., diagnóstico principal, serviço, tempo de internamento e destino da alta).

3.2 Amostra

Um conjunto de elementos, tanto indivíduos, como espécies ou um processo, com características comuns, designa-se de população. A amostra é uma porção da população sobre a qual se efetua a investigação, que permite uma representação da mesma (Fortin, 1999).

Integrou este estudo um Centro Hospitalar em que se encontram inseridos três Hospitais. Dado que estes Hospitais se encontram em três cidades diferentes, os utentes são internados por área de residência.

No Hospital A existem o serviço de Urgência Médico-Cirúrgica, Bloco Operatório, Cirurgia de Ambulatório, Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, Cardiologia, Unidade de Cuidados Intensivos Coronários, Medicina Interna (1, 2 e 3), Ortopedia, Cirurgia, Ginecologia, Obstetrícia e Neonatologia. O Hospital B é constituído pelos serviços de Urgência Básica, Medicina Interna (5), Pneumologia, Nefrologia, Hemodialise e Pediatria. Por último, no Hospital C encontram-se os serviços de Urgência

Básica, Bloco Operatório, Unidade de Cuidados pós Cirúrgicos, Cirurgia (1, 2 e 3), Urologia, Oftalmologia e Medicina Interna (4).

A colheita de dados será realizada durante um ano civil, no período temporal compreendido entre dia 1 de janeiro de 2015 a 31 de dezembro de 2015.

3.3 Instrumentos

No presente trabalho, integraram a amostra os doentes com úlcera por pressão registados na plataforma informática PQCE. Este registo é efetuado informaticamente pelo enfermeiro responsável pelo doente, na sua admissão, durante as primeiras seis horas de internamento e sempre que surja uma nova úlcera por pressão, através do programa de registos informático SClínico. Foi através da base de dados nesta plataforma que tivemos acesso à informação dos casos de doentes com úlcera por pressão, nomeadamente o número de doentes com úlceras, a sua idade, sexo, serviço de internamento, duração do internamento, destino do doente após alta e o diagnóstico principal, o número total de úlceras, o local anatómico das úlceras e a sua categoria. Estas categorias classificam a gravidade das úlceras por pressão segundo o sistema de categorização internacional, que distingue quatro níveis de gravidade tal como descrito anteriormente (EPUAP & NPUAP, 2014).

O risco de desenvolvimento de úlcera por pressão foi avaliado através da escala de Braden que foi adaptada para a população adulta portuguesa por Ferreira, Minguéns, Gouveia & Furtado (2007). Para a população pediátrica foi utilizada a escala de Braden Q, adaptada por Minguéns & Ferreira (2009). Esta escala é preenchida informaticamente pelo enfermeiro responsável na admissão do doente, que realiza uma avaliação do risco de desenvolvimento de úlcera por pressão respondendo a itens que incluem a “Perceção sensorial”; “Humidade”, “Atividade”, “ Mobilidade”, “Nutrição” e “Fricção e forças de deslizamento”. Para os doentes pediátricos acresce ainda o item “Perfusão tecidual e oxigenação”. Esta avaliação é cotada num score total que pode variar entre 6 e 23 para a população adulta, e entre 7 e 28 para a população pediátrica. Quanto menor o score final, maior a probabilidade de desenvolvimento de úlcera por pressão.

3.4 Procedimentos

O presente projeto de mestrado foi ainda avaliado e autorizado pela Comissão de Ética do Centro Hospitalar. O Enfermeiro Diretor do Centro Hospitalar foi posteriormente contactado no sentido de obter acesso aos dados para este estudo, que foram acedidos através da Plataforma informática PQCE. Foi através desta plataforma que acedemos aos dados neste estudo, tal como referido acima, que se referiam aos doentes internados com úlceras por pressão durante o ano de 2015.

A recolha dos dados foi realizada nos dias 10, 11 e 12 de maio e a 20, 21 e 22 de setembro do ano de 2016, através de um computador da sala de formação do Centro Hospitalar. Na plataforma informática selecionaram-se as úlceras por pressão de acordo com a sua categoria e com o serviço. Ao exportarmos a pesquisa, o documento surge numa folha de cálculo do Excel e são apresentados os principais diagnósticos clínicos, bem como os dados demográficos de cada doente com úlcera por pressão.

É importante salientar que é o enfermeiro que formula o diagnóstico de úlcera por pressão e o insere do processo de enfermagem quando o doente é admitido no serviço no sistema SClínico, caracterizando a sua categoria e o seu local anatómico e posteriormente, os dados são colocados na plataforma por um técnico de informática.

3.5 Análise dos dados

A análise dos dados foi realizada através do *software IBM SPSS statistics v.22*, considerando, para todas as análises, uma probabilidade de erro de tipo I de 5% ($\alpha = .05$). Recorremos a técnicas de estatística descritiva para descrever a amostra de doentes com úlceras por pressão no Centro Hospitalar. Foram ainda realizados testes estatísticos: 1) Qui-Quadrado com testes Z com correção de Bonferroni para testar a associação das úlceras por pressão entre o sexo dos participantes; 2) testes t-student e ANOVA (post-hoc de Tukey) para testar diferenças na média de algumas variáveis (e.g., idade) em função de variáveis nominais dicotómicas e variáveis com mais de duas categorias (e.g., Categorias das úlceras por pressão), respetivamente; 3) coeficiente de correlação de

Pearson para testar a associação entre variáveis quantitativas (e.g., idade, duração do internamento) e teste de correlação de Spearman para variáveis pelo menos ordinais (e.g., Categorias das úlceras por pressão).

4. RESULTADOS

Como referido anteriormente, durante o período de observação considerado (i.e., ano de 2015) estiveram internados um total de 24694 doentes num Centro Hospitalar da região centro de Portugal. A totalidade de doentes com úlcera por pressão correspondeu a um total de 1.064 doentes, o que representa uma prevalência global de 6.4% de doentes com, pelo menos, uma úlcera por pressão durante o internamento hospitalar.

A maioria dos participantes deste estudo são do sexo feminino (55.1%, $n = 586$) enquanto 44.9% ($n = 478$) são do sexo masculino (Tabela 1). Quantos às idades dos participantes integram a amostra doentes recém-nascidos (i.e., 0 anos de idade) até doentes com 109 anos de idade, atingindo assim uma idade média de 74.46 anos ($DP = 19.86$). Tal como ilustra a Tabela 1, a faixa etária mais prevalente corresponde aos idosos após os 80 anos de idade que corresponde a 55.8% da amostra ($n = 593$).

Tabela 1

Descrição das idades dos participantes por faixas etárias e sexo

Idade	Sexo		n	%
	Feminino	Masculino		
0 -19	8	0	8	.8%
20 - 39	116	5	121	11.4%
40 - 59	22	38	60	5.6%
60 - 79	122	160	282	26.5%
80 - 89	212	208	420	39.5%
90 - 109	106	67	173	16.3%
Total	586	478	1064	100%

Quanto à frequência das úlceras por pressão, a nossa amostra em estudo apresentou uma média de 2.02 ($DP = 1.32$; $min. = 1$; $máx. = 6$) úlceras por pressão por cada doente, o que corresponde a um total de 2.146 úlceras. Cerca de metade dos elementos da amostra apresentou apenas uma úlcera por pressão ($n = 523$, 49.2%), um

quarto da amostra apresentava 2 úlceras ($n = 266$, 25.0%), 10.4% apresentou 3 úlceras ($n = 111$), 8.8% apresentava 4 úlceras ($n = 94$), 3.6% 5 úlceras ($n = 38$) e, por último, 3.0% dos participantes apresentaram 6 úlceras por pressão ($n = 32$) durante o período em questão.

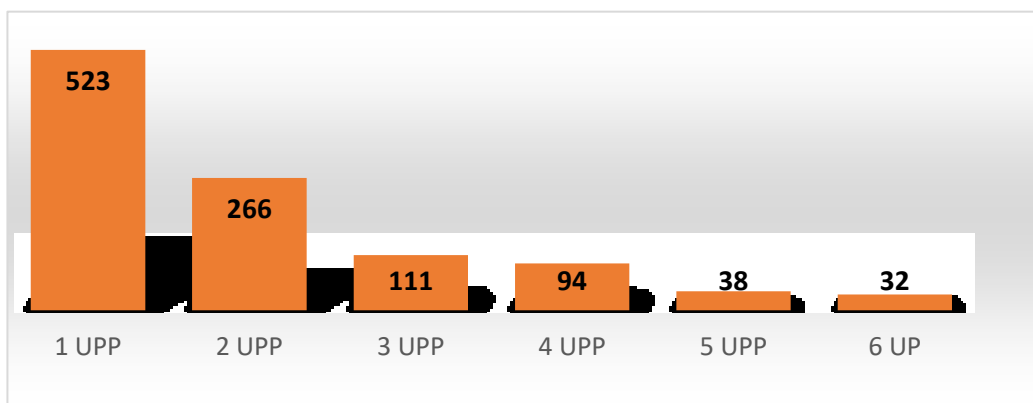


Figura 2. Frequência de doentes por número de úlceras por pressão.

Como vimos no capítulo anterior, a nossa amostra é constituída maioritariamente por participantes do sexo feminino ($n = 586$, 55%). Não obstante, os homens ($M = 2.16$, $DP = .063$) apresentaram uma média de úlceras por pressão por doente, superior estatisticamente, que as mulheres ($M = 1.90$, $DP = 1.38$) ($t_{(1062)} = -3.222$, $p < .01$). Ainda assim, em números brutos, as mulheres continuam a ser responsáveis pela maioria das úlceras por pressão (mulheres $n = 1113$, 51.9%; homens, $n = 1033$, 48.1%)

No que respeita aos diferentes serviços, verificamos que os doentes em amostra são provenientes de 15 unidades de internamento. Tal como descreve a Tabela 2, a maioria dos doentes são provenientes dos serviços de Medicina ($n = 646$, 60.7%), seguido dos serviços de Obstetrícia ($n = 127$, 11.9%), Cirurgia ($n = 79$, 7.4%), Ortopedia ($n = 54$, 5.1%) e Nefrologia ($n = 47$, 4.4%). Os restantes serviços (i.e., Cuidados Paliativos, Urologia, Psiquiatria, Cardiologia, Urgência, Oftalmologia, Pediatria, Pneumologia, UCIC, UCIP) são responsáveis pelos restantes 10.4% ($n = 111$) dos doentes com úlcera por pressão.

Os serviços com maior frequência de doentes com úlcera por pressão do sexo feminino são os serviços de Medicina Interna ($n = 328$), seguido dos serviços de Obstetrícia ($n = 127$), Ortopedia ($n = 39$) e Cirurgia ($n = 32$). Já os serviços hospitalares com maior frequência de doentes masculinos com úlcera por pressão são os serviços de Medicina Interna ($n = 318$), seguido dos serviços de Cirurgia ($n = 47$), Nefrologia ($n = 31$) e UCIP ($n = 18$). Quanto à idade destes doentes, o serviço de oftalmologia apresentou o doente com úlcera por pressão mais idoso ($M = 88$ anos), ao que se seguiram os serviços de Medicina ($M = 82.63$), Urgência ($M = 82.00$) e Ortopedia ($M = 80.50$). Por outro lado, e por razões evidentes, o serviço de Pediatria apresentou os doentes com úlcera por pressão mais jovens ($M = 6.67$), seguindo-se os serviços de Obstetrícia ($M = 31.35$), Psiquiatria ($M = 65.80$) e Urologia ($M = 70.50$), com os doentes mais jovens

Tabela 2

Descrição dos doentes com úlcera por pressão por serviços

Serviços	n total de doentes	n doentes com UP (%)	Prevalência %	Sexo		Idade (Média)
				Feminino	Masculino	
Cuidados Paliativos	31	13 (1.2%)	41,9%	6	7	71.15
Cirurgia	4422	79 (7.4%)	1.78%	32	47	76.35
Ortopedia	1571	54 (5.1%)	3,43%	39	15	80.50
Urologia	1126	22 (2.1%)	1.95%	8	14	70.50
Psiquiatria	571	10 (.9%)	1.75%	7	3	65.80
Obstetrícia	992	127 (11.9%)	12.80%	127	0	31.35
Cardiologia	787	14 (1.3%)	1.77%	6	8	77.00
Urgência	8245	1 (.1%)	0.01%	0	1	82.00
Medicina	4041	646 (60.7%)	15.99%	328	318	82.63
Nefrologia	458	47 (4.4%)	10.26%	16	31	77.30
Oftalmologia	73	1 (.1%)	1.37%	1	0	88.00
Pediatria	895	3 (.3%)	0.34%	3	0	6.67
Pneumologia	234	12 (1.1%)	5.13%	2	10	73.58
UCIC	677	7 (.7%)	1.03%	1	6	76.14
UCIP	571	28 (2.6%)	4.90%	10	18	72.75
Total	24663	1064 (100%)	4.30%	586	478	74.46

Nota: UCIC – Unidade de Cuidados Intensivos Coronários; UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente.

Ainda no que respeita aos serviços considerados neste estudo, o serviço de Urgência foi aquele que apresentou a média de úlceras por pressão por doente mais elevada ($M = 8$), embora apresente apenas 1 sujeito. Desta forma, dos serviços com múltiplos doentes com úlceras, o serviço UCIC apresenta-se como aquele com a média de úlceras mais elevada com cerca de 2.86 úlceras por doente, seguindo-se dos serviços de Cuidados Paliativos, com uma média de 2.85 úlceras, e UCIP com uma média de 2.82 úlceras por pressão por cada doente. Daqueles serviços que apresentaram doentes com úlceras por pressão, os serviços de Obstetrícia ($M = 1.11$) e Pediatria ($M = 1.33$) foram os que apresentaram médias mais baixas (Tabela 3). Se considerarmos os números brutos, os serviços de Medicina e de Cirurgia foram os que apresentaram uma maior incidência deste problema, com 1414 e 156 úlceras por pressão, respetivamente.

Tabela 3

Descrição do número de úlceras por pressão por serviço

Serviços	<i>n</i> (sujeitos)	<i>n</i> (UPs)	<i>M</i> (UPs por doente)
Urgência	1	8	8.00
UCIC	7	20	2.86
Cuidados Paliativos	13	37	2.85
UCIP	28	79	2.82
Medicina	646	1414	2.19
Nefrologia	47	102	2.17
Oftalmologia	1	2	2.00
Cirurgia	79	156	1.97
Urologia	22	42	1.91
Pneumologia	12	21	1.75
Cardiologia	14	22	1.57
Ortopedia	54	83	1.54
Psiquiatria	10	15	1.50
Pediatria	3	4	1.33
Obstetrícia	127	141	1.11
Total	1064	2146	2.02

Nota: UCIC – Unidade de Cuidados Intensivos Coronários; UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente.

Tal como ilustra a Tabela 4, os doentes com úlcera por pressão considerados neste estudo deram entrada no Centro Hospitalar por diversas patologias, sendo que apenas 3 sujeitos apresentaram as úlceras por pressão como o seu diagnóstico principal. De notar que a maioria dos participantes apresentaram como diagnóstico principal doenças respiratórias ($n = 344$), seguido de infeção ($n = 127$) e doenças obstétricas ($n = 98$)

Tabela 4

Descrição do diagnóstico principal dos doentes com úlcera por pressão

Diagnóstico	<i>n</i> (sujeitos)	Diagnóstico	<i>n</i> (sujeitos)	Diagnóstico	<i>n</i> (sujeitos)
Doença Respiratória	344	DM2	10	Gangrena	4
Infeção	127	Doença Vascular	9	GAE	4
Doença Obstétrica	98	Anemia	8	Convulsões	3
Neoplasia	79	Desidratação	8	Diverticulite	3
Outro	57	Abcesso	7	Úlcera por Pressão	3
Doença Cardíaca	55	Doença Psiquiátrica	7	Artrite	2
Fraturas	44	Cirroze	6	Diarreia	2
Doença Renal	36	Feridas (exceto gangrena)	6	Esclerose	2
AVC	35	Alteração ritmo cardíaco	5	Abstinência Alcoólica	1
Doença Abdominal	33	Hérnia	5	Histerectomia	1
Hemorragia	15	Doença Vascular	5	Asfíxia	1
Doença Urinária	15	Aterosclerose	4	Coma Hipoglicémico	1
Cistite	14	Demência	4	DHC	1
Total					1064

Nota: DM2 – Diabetes Mellitus Tipo-2; AVC – Acidente Vascular Cerebral; GAE – Gastroenterite; DHC – Doença Hepática Crónica.

Passando agora para uma descrição da localização anatómica das úlceras por pressão, podemos verificar que a região sagrada (i.e., sacro) foi o local em que o maior número de doentes apresentou úlcera ($n = 245$, 23%). A este, seguiram-se 15.3% dos doentes com úlcera por pressão no(s) calcanhar(es) ($n = 163$), 9.9% dos doentes com

úlceras na(s) anca(s) ($n = 105$) e 9.1% no(s) pé(s) ($n = 97$). A cabeça e o nariz foram os locais anatómicos com menor incidência de úlceras por pressão correspondendo a um total de .2% cada ($n = 2$). É importante referir ainda que 32.8% das úlceras por pressão ($n = 349$) não foram classificadas no momento de inserção de dados no sistema clínico, por não ter sido atribuída categoria ou por não se encontrar descrito o local anatómico da úlcera. (Tabela 5).

Da mesma forma, quando consideramos o número total de úlceras por pressão (contrariamente ao número de doentes) verificamos que a região sagrada foi também aqui o local com maior incidência de úlceras por pressão ($n = 457$, 21.3%), seguido do(s) calcanhar(es) ($n = 376$, 17.5%) e da(s) anca(s) ($n = 257$, 12%). Os locais com menor incidência de úlceras por pressão foram a cabeça ($n = 4$, .2%) e o nariz ($n = 4$, .2%). Destes, uma percentagem correspondente a 26.7% ($n = 572$) do total de úlceras por pressão não foram devidamente classificadas (Tabela 5).

Tabela 5

Descrição da localização anatómica das úlceras por pressão

Local das UPs	n (sujeitos)	n (UPs)	Local das UPs	n (sujeitos)	n (UPs)
Sacro	245 (23%)	457 (21.3%)	Tronco	25 (2.3%)	66 (3.1%)
Calcanhar	163 (15.3%)	376 (17.5%)	Pavilhão Auricular	21 (2%)	37 (1.7%)
Anca	105 (9.9%)	257 (12%)	Braço	13 (1.2%)	36 (1.7%)
Pé	97 (9.1%)	222 (10.3%)	Cabeça	2 (.2%)	4 (.2%)
Perna	42 (3.9%)	115 (5.4%)	Nariz	2 (.2%)	4 (.2%)
Não-Classificado	349 (32.8%)	572 (26.7%)	Total	1064 (100%)	2146 (100%)

Nota: UPs – úlceras por pressão.

Passando agora para a análise das categorias das úlceras por pressão, como vimos, estas categorias incluem 4 distintos níveis de categorização. Como ilustra a Figura 3, a maioria das úlceras por pressão foram classificadas na categoria 2 ($n = 805$, 37.5%),

seguido da Categoria 1 ($n = 737$, 34.3%), Categoria 3 ($n = 455$, 21.2%) e Categoria 4 ($n = 149$, 6.9%).

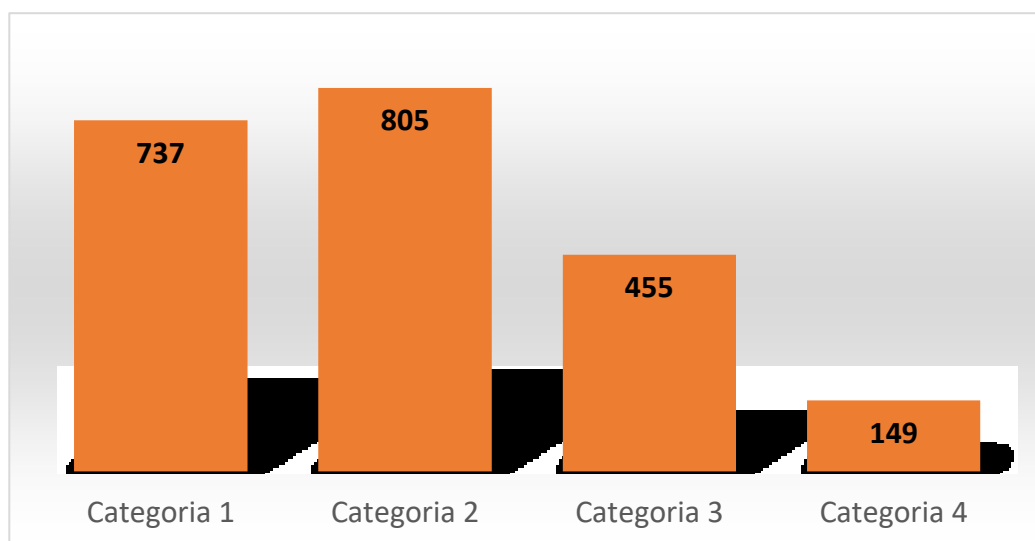


Figura 3. Frequência de úlceras por pressão por categoria.

Uma análise das categorias das úlceras por pressão em função do sexo dos participantes revela uma associação estatisticamente significativa entre estas variáveis ($\chi^2_{(4)} = 10.40$, $p < .05$). Segundo os testes Z com correção de Bonferroni, verificamos que os participantes do sexo feminino ($n = 412$, 37.0%) apresentaram uma maior proporção no número total de úlceras de categoria 1 que os do sexo masculino ($n = 325$, 31.5%). Por outro lado, os participantes do sexo masculino ($n = 414$, 40.1%) apresentaram proporções significativamente superiores que os participantes do sexo feminino ($n = 391$, 35.1%), na Categoria 2. Nas Categorias de maior gravidade, 3 e 4, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nas proporções de ambos os sexos (Tabela 6).

Tabela 6

Teste de associação entre as categorias das úlceras por pressão e sexo dos participantes

Categorias	Sexo			
	Feminino		Masculino	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Categoria 1	412a	37.0	325b	31.5
Categoria 2	391a	35.1	414b	40.1
Categoria 3	226a	20.3	229a	22.2
Categoria 4	84a	7.5	65a	6.3
Total	1113	100	1033	100

Nota: As letras subscritas representam os testes Z. Quando as letras na mesma linha são iguais, as proporções (por “sexo”) não apresentam diferenças estatisticamente significativas.

Numa análise das idades dos participantes em função das categorias das úlceras por pressão, verificámos a presença de efeitos estatisticamente significativo ($F_{(3)} = 60.861$, $p < .001$). Segundo o teste *post hoc* de Tukey, tal como ilustra a Figura 4, verificamos que os doentes com úlceras por pressão de Categoria 1 ($M = 70.90$, $DP = 22.50$) eram significativamente mais novos que os doentes das restantes categorias. Nas restantes categorias, a categoria 2 apresentou a média de idades mais alta ($M = 81.06$, $DP = 11.66$), seguido da categoria 3 ($M = 80.79$, $DP = 11.42$) e Categoria 4 ($M = 79.01$, $DP = 10.56$), embora que estas diferenças não atinjam o nível de significância estatística.

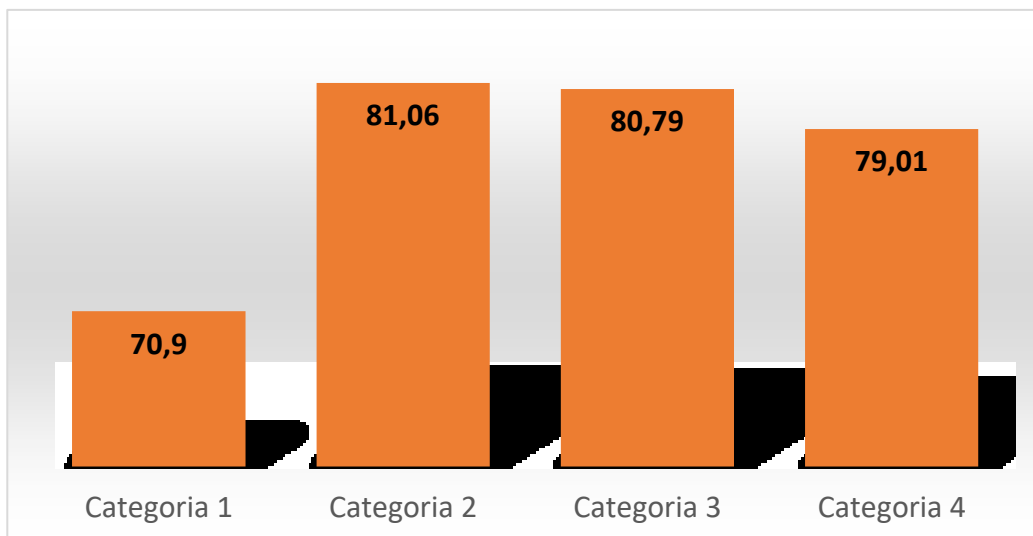


Figura 4. Descrição das idades dos participantes em função das categorias das UPP.

Como vimos atrás, a maioria das úlceras por pressão (independentemente da sua categoria) estão associadas aos serviços de Medicina Interna. Nas úlceras por pressão de Categoria 1, após os serviços de Medicina Interna ($n = 403$, 54.7%), segue-se o serviço Obstetrícia ($n = 130$, 17.6%) e Cirurgia ($n = 55$, 7.5%). Nas úlceras por pressão de Categoria 2, posteriormente aos serviços de Medicina Interna ($n = 571$, 70.9%), segue-se o serviço de Cirurgia ($n = 65$, 8.1%) e Nefrologia ($n = 43$, 5.3%). Já no respeitante às úlceras de Categoria 3, depois serviços de Medicina Interna ($n = 323$, 71.0%), segue-se o serviço UCIP ($n = 38$, 8.4%) e Cirurgia ($n = 25$, 5.5%). Por último, as úlceras mais graves (i.e., Categoria 4), seguido aos serviços de Medicina ($n = 117$, 78.5%), segue-se o serviço de Cirurgia ($n = 11$, 7.4%) e Nefrologia ($n = 7$, 4.7%) (Tabela 7).

Tabela 7

Descrição das categorias das úlceras por pressão por serviço

Serviços	Categoria 1		Categoria 2		Categoria 3		Categoria 4	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Cuidados Paliativos	18	2.4	16	2.0	3	.7	-	-
Cirurgia	55	7.5	65	8.1	25	5.5	11	7.4
Ortopedia	24	3.3	39	4.8	16	3.5	4	2.7
Urologia	21	2.8	14	1.7	6	1.3	1	0.7
Psiquiatria	3	.4	2	.2	6	1.3	4	2.7
Obstetrícia	130	17.6	6	.7	4	.9	1	0.7
Cardiologia	9	1.2	8	1.0	5	1.1	-	-
Urgência	2	.3	2	.2	3	.7	1	0.7
Medicina	403	54.7	571	70.9	323	71.0	117	78.5
Nefrologia	30	4.1	43	5.3	22	4.8	7	4.7
Oftalmologia	1	.1	1	.1	-	-	-	-
Pediatria	3	.4	1	.1	-	-	-	-
Pneumologia	10	1.4	9	1.1	2	0.4	-	-
UCIC	8	1.1	10	1.2	2	0.4	-	-
UCIP	20	2.7	18	2.2	38	8.4	3	2.0
Total	737	100	805	100	455	100	149	100

Nota: UCIC – Unidade de Cuidados Intensivos Coronários; UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente.

Tal como ilustra a Tabela 8, uma nova análise revela que a maioria das úlceras por pressão que integram a Categoria 1 estavam localizadas no(s) calcanhar(es) ($n = 144$, 19.5%), seguido da região sagrada ($n = 116$, 15.7%) e da(s) anca(s) ($n = 87$, 11.8%). As úlceras por pressão de Categoria 2 localizavam-se com maior frequência na região sagrada ($n = 205$, 25.5%), seguido do(s) calcanhar(es) ($n = 116$, 14.4%) e da(s) anca(s) ($n = 95$, 11.8%). Na Categoria 3, a região sagrada revelou a maior frequência de úlceras por pressão ($n = 101$, 22.2%), seguido do(s) calcanhar(es) ($n = 89$, 19.6%) e do(s) pé(s) ($n = 51$, 11.2%). Por fim, a localização anatômica mais frequente para as úlceras por pressão de Categoria 4 foi a região sagrada ($n = 35$, 23.5%), seguido de calcanhar(es) (n

= 27, 18.1%) e anca(s) ($n = 27, 18.1\%$). De notar que existe uma grande percentagem de úlceras por pressão em todas as categorias de que não dispomos de classificação quanto à sua localização anatómica (Categoria 1 - 34.7%; Categoria 2 – 20%; Categoria 3 - 28.6%; Categoria 4 - 16.8%).

Tabela 8

Descrição das categorias das úlceras por local anatómico

Serviços	Categoria 1		Categoria 2		Categoria 3		Categoria 4	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%
Calcanhar	144	19.5	116	14.4	89	19.6	27	18.1
Sacro	116	15.7	205	25.5	101	22.2	35	23.5
Anca	87	11.8	95	11.8	48	10.5	27	18.1
Pé	58	7.9	91	11.3	51	11.2	22	14.8
Perna	40	5.4	53	6.6	20	4.4	2	1.3
Tronco	22	3.0	35	4.3	5	1.1	4	2.7
Braço	11	1.5	22	2.7	3	.7	-	-
Pavilhão Auricular	3	.4	21	2.6	7	1.5	6	4.0
Nariz	-	-	4	.5	-	-	-	-
Cabeça	-	-	2	.2	1	.2	1	.7
Não-Classificado	256	34.7	161	20.0	130	28.6	25	16.8
Total	737	34.3	805	37.5	455	21.2	149	6.9

No que concerne ao internamento hospitalar verificamos uma correlação positiva estatisticamente significativa entre as categorias das úlceras por pressão e a duração do internamento ($r_s = .105, p < .001$). No sentido de que, quanto mais grave a categoria maior o período de internamento. Numa análise mais fina da relação entre estas variáveis, procedemos ao teste ANOVA ($F_{(3)} = 5.88, p < .01$) e verificamos que a duração das categorias 1, 2 e 3 não se distinguem significativamente entre si. Apenas a Categoria 4 se distingue significativamente de todas as outras, ou seja, doentes com úlcera por pressão de Categoria 4 apresentam uma duração de internamento significativamente superior, atingindo uma média de 19.79 dias.

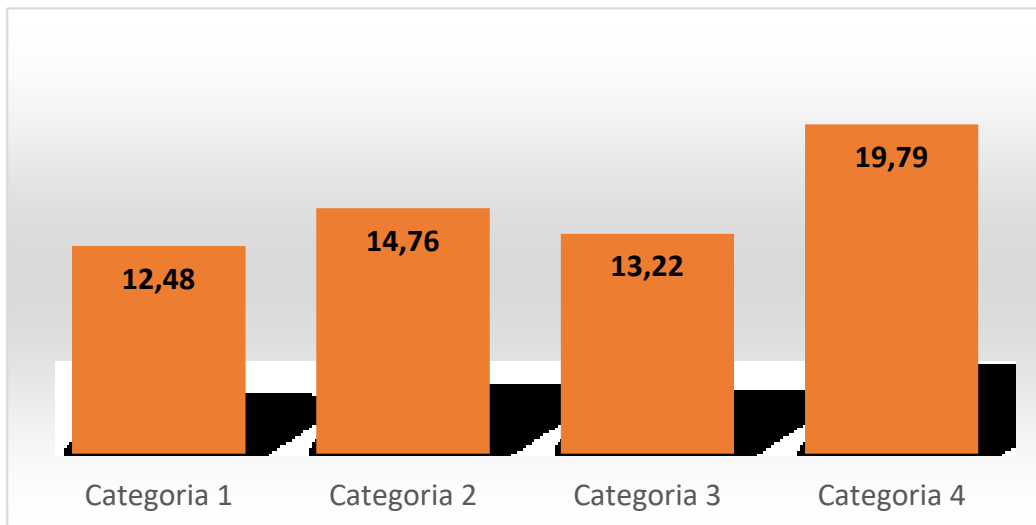


Figura 5. Descrição da duração do internamento (em dias) por categoria.

Ainda no que respeita à duração do internamento, verificamos ainda que os doentes do sexo masculino com úlcera por pressão ($M = 15.64$, $DP = 23.62$) apresentam uma média superior estatisticamente significativa do que os doentes do sexo feminino ($M = 12.48$, $DP = 17.21$) ($t_{(2144)} = -3.57$, $p < .001$). Por outro lado, verificamos ainda que a duração do internamento e a idade dos doentes com úlcera por pressão não estabelecem qualquer correlação estatisticamente significativa ($r = .027$, $p = .203$).

Passando agora para uma análise referente ao destino após alta dos doentes com úlcera por pressão (Figura 6), observamos que, independentemente da Categoria da úlcera por pressão, a maioria destes doentes são encaminhados para o Centro de Saúde ($n = 434$, 40.8%). De assinalar que, cerca de 29.8% ($n = 317$) dos doentes faleceram durante o período de internamento. Os restantes 29,4% da amostra tiveram como destino após alta a Consulta Externa ($n = 169$, 15.9%), Outros ($n = 114$, 10.7%), Transferência hospitalar ($n = 19$, 1.8%) e Cuidados Continuados ($n = 11$, 1%).

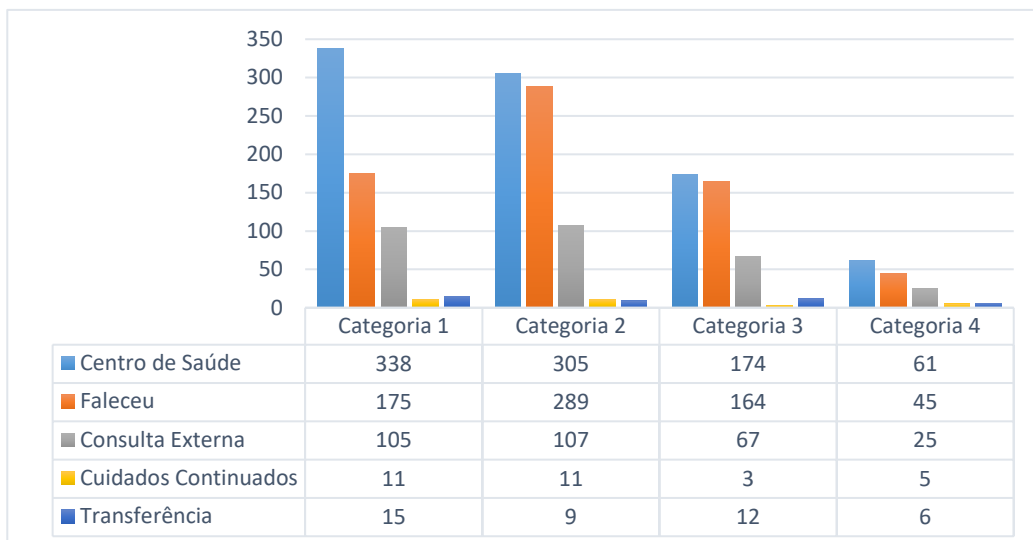


Figura 6. Descrição do destino após alta por categoria.

Já no respeitante à Escala de Braden, a nossa amostra apresentou uma avaliação média de 14.00 ($DP = 3.20$). Importa referir que não dispomos de avaliação para 2.3% ($n = 49$) dos doentes em estudo. Numa análise da relação entre o score da Escala de Braden e as Categorias das úlceras por pressão, verificamos uma correlação negativa estatisticamente significativa ($r_s = -.175, p < .001$), no sentido de que, quanto mais grave a categoria, menor o score da Escala de Braden (i.e., maior a probabilidade de desenvolvimento destas úlceras por pressão), e vice-versa (Figura 7).

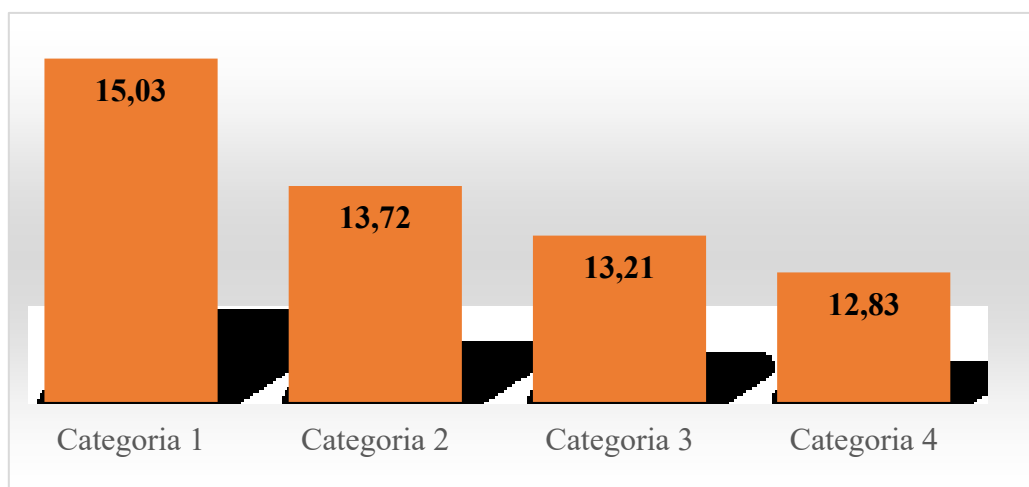


Figura 7. Descrição da Escala de Braden por categoria.

Por último, e ainda no respeitante à escala de Braden, verificamos que os doentes do sexo feminino ($M = 14.25$, $DP = 3.62$) apresentam uma média significativamente superior de risco de desenvolvimento de úlcera por pressão que os doentes do sexo masculino ($M = 13.73$, $DP = 2.63$) ($t_{(2112)} = 3.799$, $p < .001$). Por outro lado, verificámos uma correlação negativa estatisticamente significativa entre o Score da Escala de Braden e a idade dos participantes, no sentido de que à medida que a idade dos doentes aumenta, o risco de desenvolvimento de úlceras por pressão diminui, e vice-versa ($r = -.581$, $p < .001$).

5. DISCUSSÃO

Este capítulo tem como objetivo a interpretação e a discussão dos resultados obtidos no presente estudo.

Durante o período que decorreu entre 1 de Janeiro de 2015 e 31 de Dezembro de 2015, foram recolhidos dados relativos a úlceras por pressão referentes a uma população total de 16.263 doentes com internamento num Centro Hospitalar da região centro de Portugal, com principal objetivo de calcular a taxa de prevalência. Na amostra, como referido anteriormente, constaram 1.064 doentes com, pelo menos, uma úlcera por pressão, o que corresponde a uma taxa de prevalência total de 4,3%. Considerando que no período de tempo correspondente ano de 2015, o serviço de urgência deste Centro Hospitalar, procedia à realização de registos de enfermagem em formato papel, não é possível caracterizar de forma fidedigna a sua taxa de prevalência. Desta forma, retirando à amostra o número de doentes internados no serviço de urgência, ficamos com uma taxa de prevalência de 6.4%. Vanderwee, Clark, Dealey, Gunningberg e Defloor (2007) desenvolveram um estudo piloto acerca da prevalência das úlceras por pressão na Europa. Neste estudo foram considerados 5 países, i.e. Bélgica (prevalência de úlceras por pressão, PUPP = 21.1%), Itália (PUPP = 8.3%), Portugal (PUPP = 12.5%), Suécia (PUPP = 23%) e Reino Unido (PUPP = 21.9%). Mais ainda, Vanderwee (2007) desenvolveu um estudo na Irlanda onde demonstrou uma prevalência de úlceras por pressão de 9%.

Cardoso et al. (2007), por sua vez, descreve dados de prevalência relativos às Regiões Autónomas da Madeira, com aproximadamente 22 úlceras por pressão em cada 100 doentes, dos Açores com uma taxa de prevalência de 9% e, por último, das Ilhas Canárias com 12,4%. Um estudo nos Estados Unidos, publicado em 2008, aponta para uma taxa de prevalência de úlceras por pressão de 12.3% (VanGilder, 2008). Neste contexto, os resultados no presente estudo referentes ao Centro Hospitalar apresentam uma prevalência de úlceras por pressão (i.e., 6.4%) relativamente inferior às taxas de prevalência dos Centros Hospitalares dos restantes países, incluindo os anteriores resultados portugueses (Vanderwee et al., 2007; Cardoso et al., 2007).

Relativamente à frequência das úlceras por pressão por doente internado no Centro Hospitalar, pudemos constatar que, em média, os doentes apresentaram cerca de 2 úlceras por pressão na amostra em estudo, o que se traduz num total de 2.146 úlceras.

Muito embora aproximadamente metade da amostra, ou seja 523 doentes, apresenta com uma úlcera por pressão. Os doentes com duas úlceras por pressão correspondem a um quarto da amostra, o que representa um universo de 266 doentes. O máximo de úlceras por pressão por doente corresponde a seis úlceras, o que corresponde a cerca de 3 por cada 100 doentes da nossa amostra. Um dado interessante refere-se ao facto de cerca de um quarto dos participantes (25.85%) com 3 ou mais úlceras, representam mais de metade do total das úlceras por pressão ($n = 1091$, 50.84%) deste Centro Hospitalar, pelo que dirigir intervenções eficazes para estes casos com maiores números de úlceras por pressão, bem como prevenir os casos de risco de múltiplas úlceras por pressão, pode ter um impacto significativa nos doentes que sofrem deste problema.

Relativamente à distribuição de doentes com úlcera por pressão por serviço, pudemos verificar uma frequência mais elevada no serviço de Medicina Interna, com um número total de 646 úlceras por pressão, seguindo-se o serviço de Obstetrícia com 127 úlceras e o serviço de Cirurgia com 54. O facto de estes serviços apresentarem as taxas mais elevadas de úlceras por pressão pode ficar a dever-se ao facto de serem serviços em que existem períodos de internamento mais prolongados, com doentes de uma faixa etária mais avançada e consequentemente doentes com maior número de comorbilidades. De notar que são também serviços de internamento com um número elevado de camas, o que pode explicar parte da elevada taxa de úlceras por pressão nestes serviços, sem que isso signifique necessariamente que se tratam de serviços com maior prevalência de úlceras por pressão por doente internado.

Quanto ao sexo dos doentes em estudo, os dados apontam para um número ligeiramente superior de mulheres com úlcera por pressão, com um total de 586, que corresponde a aproximadamente 55% da amostra. Quando falamos do sexo masculino, encontramos 478 indivíduos com úlcera por pressão, que se traduz por 44,9% da nossa amostra. Por outro lado, a análise dos dados demonstrou que os homens apresentam, em média, mais úlceras por pressão do que as mulheres. Este dado encontra-se de acordo com um estudo realizado por Primiano et al. (2011), em que os autores revelam que os doentes do sexo masculino têm uma maior probabilidade para o desenvolvimento de úlceras por pressão comparativamente com o sexo feminino.

No referente à idade dos doentes em estudo notamos uma grande dispersão, sendo apresentada uma idade média do serviço de Oftalmologia, Medicina e Urgência acima dos 80 anos. Pelo contrário, o serviço de Pediatria apresenta uma média de cerca de 6 anos e o serviço de Obstetrícia cerca de 31 dias de idade. Se considerarmos intervalos de idade constatamos mais de metade da amostra (55.8%) tem entre os 80 e os 109 anos, ou seja, aproximadamente metade dos indivíduos da amostra com úlcera por pressão tem idade igual ou superior a 80 anos, o que pode ser fundamentado através de um estudo de Silva, Barbosa, Araújo, Oliveira e Melo (2011), em que perceberam que indivíduos de idade mais avançada, com uma maior dependência nas atividades de vida diárias, aumenta a sua permanência na cama ou em cadeira de rodas, o que contribui diretamente para o desenvolvimento de úlceras por pressão. Jaul (2010), acrescenta que condições como a imobilidade, deficiências nutricionais e doenças crónicas, bem como, o envelhecimento da pele, são fatores que contribuem para o desenvolvimento das úlceras por pressão. Mais ainda, para Gist (2009), cerca de 70% das úlceras por pressão, encontram-se na população idosa. Os resultados no presente estudo ultrapassam ainda este dado, sendo que 82.3% das úlceras por pressão tratam de doentes com idade igual ou superior a 60 anos.

Em relação ao diagnóstico principal que levou ao internamento dos doentes, pudemos verificar que o diagnóstico mais frequente dizia respeito a Doença Respiratória. Este resultado vai ao encontro de dados prévios que apontam para uma maior incidência de úlceras por pressão em doentes com doenças respiratórias, sendo assim considerado um fator de risco para o seu desenvolvimento (Lumbley, Ali & Tchokouani, 2014). Adicionalmente, considerando que no diagnóstico principal de Doença Respiratória, constam: pneumonia, broncopneumonia, infeção respiratória e insuficiência respiratória, é possível compreender que indivíduos que apresentem cansaço fácil, ortopneia, necessidade de aporte de oxigénio, entre outros, estejam mais confinados ao leito, o que por sua vez constitui um maior risco para o desenvolvimento de úlcera por pressão. Um estudo realizado por Rocha et al. (2006) aponta também para a existência de uma maior prevalência de úlceras por pressão em indivíduos com insuficiência respiratória e que sofrem um acidente vascular cerebral.

A localização anatómica das úlceras por pressão mais frequente foi na região sagrada (23%), seguido de úlceras no(s) calcanhar(es) ($n = 163$) e na região trocântérica ($n = 105$). Em concordância, Andrade et al. (2010) realizaram um estudo de prevalência,

em que a zona anatómica com mais registos de úlcera por pressão foi a região sagrada (62%), seguindo-se os calcanhares (48%) e a região trocantérica (46%), ao que os autores associam as referidas localizações anatómicas como as mais suscetíveis face às forças de cisalhamento e de pressão local.

Relativamente ao destino do doente após a alta, tendo em conta a necessidade de realização do penso da úlcera por pressão, percebemos que, independentemente da categoria, os indivíduos são encaminhados maioritariamente para os cuidados de saúde primários (40.8%). Será importante ter em conta os custos associados à realização dos pensos, tendo em conta, o material despendido e o tempo necessário para a sua realização. Estudos revelam que 17% dos custos no tratamento de uma úlcera por pressão está associada ao material de penso (Vowden, & Posnett, 2009), já outro estudo (Gottrup, Henneberg, Trangbæk, Bækmark, Zøllner, & Sørensen, 2013) revela que 70% do custo total está associado ao tempo médio que o enfermeiro dispõe na realização do penso e 21% do custo direto no material de penso utilizado.

Para Rocha et al. (2009), a escala de Braden é um instrumento válido que permite perceber o risco que existe para o desenvolvimento de uma úlcera por pressão. No nosso estudo, os doentes do sexo feminino apresentaram maior de risco de desenvolvimento de úlcera por pressão que os doentes do sexo masculino, o que pode ser explicado pelo facto das mulheres em estudo apresentarem uma idade mais avançada em relação aos homens, podendo estar presentes efeitos associados a comorbilidades existentes e aumento da sua dependência nas atividades de vida diárias.

Por último, podem ser apontadas algumas limitações a este estudo. Em primeiro lugar, este estudo trata apenas de um período de observação que se limitou ao ano de 2015, e seria importante compreender estes resultados num período de tempo mais extenso. Quanto aos dados que nos foram disponibilizados, verificamos alguns lapsos no preenchimento dos registos relacionados com as úlceras por pressão, nomeadamente quanto aos locais anatómicos das feridas verificamos que mais de um quarto das úlceras (26.7%) não tinham sido devidamente classificadas. Por outro lado, verificamos potenciais limitações relacionadas com o próprio instrumento de registo destas lesões, no sentido de que para registo local anatómico, a úlcera por pressão é registada com o local

de maior proximidade sugerida no programa informático o que pode resultar em registos menos precisos, tal como na distinção entre pé e calcanhar.

6. CONCLUSÃO

São afetadas milhões de pessoas com feridas, que tem como consequências não só o impacto na qualidade de vida do doente, mas também um grande impacto económico. Conhecendo a importância que as evidências ao nível científico representam, propus-me a elaborar um estudo de prevalência de úlceras por pressão.

O principal objetivo desta investigação foi estimar a prevalência de úlceras por pressão num Centro Hospitalar da região centro de Portugal, bem como a caracterização dos doentes com úlceras por pressão nos diferentes serviços Hospitalares, tendo em conta as suas características demográficas (e.g., sexo, idade, etc.) e clínicas (e.g., diagnóstico principal do internamento, o destino após a alta, etc.). Participaram neste estudo as três unidades deste Centro Hospitalar, ou seja, o Hospital A, B e C, compondo uma amostra total de 1064 indivíduos com úlcera por pressão.

Os resultados deste estudo apontam para uma taxa de prevalência global de 6.4% de doentes com, pelo menos, uma úlcera por pressão durante o internamento hospitalar. Uma taxa que se apresenta consideravelmente mais baixa daquela apresentada em estudos anteriores, quer a nível internacional como a nível nacional. Não obstante, em conformidade com os estudos anteriores, as úlceras por pressão mantêm-se como um problema circunstancial para a população, quer a nível biopsicossocial, quer ao nível do prolongamento do internamento e aos seus custos associados, que neste estudo compreendeu um total de 1.064 doentes durante o ano de 2015. Uma taxa que se torna ainda mais representativa se considerarmos apenas os doentes idosos e com dificuldades de mobilidade.

Após a elaboração deste estudo, torna-se importante ter em conta os resultados encontrados relativamente à importância das úlceras por pressão durante o período de tempo em que o doente se encontra internado, assumindo um compromisso ao nível da equipa multidisciplinar e sensibilizar os doentes e os seus cuidadores, quando necessário, para a importância da prevenção das úlceras por pressão, ao nível dos cuidados à pele e aos posicionamentos no leito. Mais ainda, é de extrema importância a realização de ações de formação, quer ao nível interno como externo, acerca da temática em questão, de forma a manter os profissionais atualizados nas práticas atuais e recomendadas.

Para concluir, consideramos que este estudo assume um papel importante, na medida em que permite perceber o fenómeno em causa e ainda possibilita a adequação de novas estratégias que sejam eficazes nesta temática, a um nível epidemiológico, contribuindo, por sua vez, na realização de futuros trabalhos de investigação.

7. REFERÊNCIAS

- Aguiar, P. (2007). Qual o significado das medidas epidemiológicas taxa de prevalência, taxa de incidência cumulativa e taxa de incidência em unidades pessoa/tempo? *Gauss*, 10. Retrieved from <https://www.yumpu.com/pt/document/view/14479960/qual-o-significado-das-medidas-epidemiologicas-taxa-de-eurotrials>
- Alves, P., Mota, F., Ramos, P. & Vales, L. (2013). Epidemiologia das Úlceras de Pressão: Interpretar dados epidemiológicos como indicador de qualidade. *Servir*, 58, 10-18.
- Andrade, P., Pereira, F. S., Santos, L., & Saldanha, M. H. (2010). Úlceras de pressão: Casuística de um Serviço de Medicina Interna. *Artigos Originais*, 17(1), 13-20.
- Assadian, O., Oswald, J. S., Leisten, R., Hinz, P., Daeschlein, G., & Kramer, A. (2011). Management of leg and pressure ulcer in hospitalized patients: Direct costs are lower than expected. *GMS Krankenhaushyg Interdiszip*, 6(1), 1-7.
- Barros, A.J. & Hirakata, V. N. (2003). Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Medical Research Methodology*, 3(21), 1-13.
- Biesalski, H. (2010). Micronutrients, wound healing, and prevention of pressure ulcers. *Nutrition*, 26(9), 858.
- Braden, B. J. (2001). Risk assessment in pressure ulcer prevention. In D. Krasner, G. Rodeheaver & R. G. Sibbald (Eds.), *Chronic wound care: A clinical source book for healthcare professionals* (3rd ed., pp. 641-651). Wayne, PA: HMP Communications.
- Broughton, G., Janis, J. E., & Attinger, C. E. (2006). A brief history of wound care. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 117(7), 6S-11S.

- Campos, S. F., Chagas, A. C., Costa, A. B., França, R. E., Jasen, A. K. (2010). Factors associated with the development of pressure ulcers: The impact of nutrition. *Revista de Nutrição*, 23(5), 703-714.
- Cardoso, L. et al. - Grupo ICE. (2010). Estudo de Prevalência de Úlceras por Pressão - Açores, Madeira e Canárias. In Grupo ICE - Investigação Científica em Enfermagem (Eds.), *Enfermagem e Úlceras por Pressão: Da Reflexão sobre a Disciplina às Evidências nos Cuidados* (pp. 298-339). Gran Canaria, Imprenta Pelayo, S. L.
- Cardozo, M. (2003). A case of study of holistic wound management in intensive care. *British Journal of Nursing*, 12(11), S35-S42.
- Clark, M. (2001). Prevenção de úlceras de pressão. In Morinson M.J., *Prevenção e tratamento de úlceras de pressão*. Lisboa: Lusociência.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2011). *CIPE Versão 2 - Classificação internacional para a prática de enfermagem*. Loures: Lusodidacta.
- Cohen, I. K. (2007). Lessons from the history of wound healing. *Clinics in Dermatology*, 25(1), 3-8.
- Costeira, A. (2006). Importância da nutrição para o tratamento das úlceras de pressão. *Atheneu*, 165-171.
- Cowman, S., Gethin, G., Clarke, E., Moore, Z., Craig, G., & Jordan-O'Brien, J. (2012). An international eDelphi study identifying the research and education priorities in wound management and tissue repair. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 344-353.
- Dantas, S. & Jorge, S. (2005). *Feridas e Estomas*. São Paulo: Edição do autor.
- Das, S. & Baker, A. B. (2016). Biomaterials and Nanotherapeutics for Enhancing Skin Wound Healing. *Frontiers in Bioengineering and Biotechnology*, 4(82), 1-20.
- Dealey, C. (2006). *Tratamento de feridas: Guia para enfermeiros*. Birmingham: Climepsi.

- DGS (2011). *Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q)*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Dorner, B. (2008). Nutrition therapy and pressure ulcer prevention: New NPUAP-EPUAP guidelines, nutrition white paper cast new light on wound care. *Long-Term Living: For the Continuing Care Professional*, 58(8), 18.
- EPUAP - European Pressure Ulcer Advisory Panel. (1998). *Guide to Pressure Ulcer Grading*. Available on line at: www.epuap.org
- EPUAP - European Pressure Ulcer Advisory Panel. (2003). Guideline on nutrition in pressure ulcer prevention and treatment. *EPUAP Review*, 5(3), 80-82.
- EPUAP - European Pressure Ulcer Advisory Panel. (2009). *Prevention and treatment of pressure ulcers: Quick reference guide*. Washington, DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel.
- Ferreira, P. F., Miguéns, C., Gouveia, J., & Furtado, K. (2007). *Risco de desenvolvimento de úlceras de pressão: Implementação nacional da Escala de Braden*. Lisboa: Lusociência.
- Fletcher, J. (2012). Device related pressure ulcers. *Wounds UK*, 8(2), 1-4..
- Forrest, R. (1982). Early history of wound treatment. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 75(3), 198-205.
- Fortin, M. F. (1999). *O processo de investigação: Da concepção à realização*. Loures: Lusociência
- Gist, S., Tio-Matos, I., Falzgraf, S., Cameron, S., & Beebe, M. (2009). Wound care in the geriatric client. *Clinical Interventions in Aging*, 4, 269-287.
- Gottrup, F., Henneberg, E., Trangbæk, R., Bækmark, N., Zøllner, K., & Sørensen, J. (2013). Point prevalence of wounds and cost impact in the acute and community setting in Denmark. *Journal of Wound Care*, 22(8), 413-414.

- Instituto Nacional de Estatística. (2015). *Destaque: Informação à Comunicação Social*. Retrieved from https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUE_Sdest_boui=224679354&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt
- Jaul, E. (2008). Prevention of pressure ulcers -- Review of the evidence. *Harefuah*, 147(10), 804-808.
- Jones, M. L. (2009). Wound care: A brief history. *British Journal of Healthcare Assistants*, 3(4), 186–188.
- Jonston, E. (2007). The role of nutrition in tissue viability. *Wound Essentials*, 2, 10-21.
- Langer, G. & Fink, A. (2014). Nutritional interventions for preventing and treating pressure ulcers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6, 1-2.
- Levine, J. M. (2005). Historical perspective on pressure ulcers: the decubitus ominosus of Jean-Martin Charcot. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(7),1248-1251.
- Lilienfeld, A. M., & Lilienthal, D. E. (1980). *Foundations of Epidemiology*. New York, NY: Oxford University Press.
- Lumbley, J., Ali, S., & Tchokouani, L. (2014). Retrospective review of predisposing factors for intraoperative pressure ulcers development. *Journal of Clinical Anesthesia*, 26, 368-374.
- Miguéns, C. & Ferreira, P. L. (2009). Avaliação do risco de desenvolver úlceras de pressão na população pediátrica: Validação da versão portuguesa da Escala de Braden Q. *Nursing*, 21, 12-16.
- Monahan, F. D., Sands, J. K., Neighbors, M., Marek, J. F., & Green, C. J. (2010). *Phipps' Enfermagem Médico-Cirúrgica: Perspectivas de saúde e doença*. Loures: Lusodidacta.

- Morison, M. J. (2004). *Prevenção e tratamento de úlceras de pressão*. Loures: Lusociência.
- NPUAP/EPUAP/PPPIA. (2014). *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide*. Osborne Park, Western Australia: Cambridge Media.
- Organização Mundial de Saúde, (2008). *Best practice recommendations for wound and lymphedema management*. Retrieved from http://www.woundsinternational.com/media/issues/210/files/content_175.pdf
- Pina, E., Furtado, K., Franks., P. J., Moffatt, C. J. (2004). Úlceras de perna em Portugal: Um problema de saúde subestimado. *Revista Portuguesa de Cirurgia Cardio-Torácica e Vasculuar*, 11(4), 217-221.
- Pini, L. & Alves, P. (2012). Prevalência, risco e prevenção de úlcera de pressão em unidades de cuidados de longa duração (Master's thesis). Available from Repositório Aberto da Universidade do Porto. (<http://hdl.handle.net/10216/63858>)
- Rocha, J. A., Miranda, M. J., & Andrade, M. J. (2006). Abordagem terapêutica das úlceras de pressão - Intervenções baseadas na evidência. *Acta Médica Portuguesa*, 19, 29-38.
- Rowling, J. T. (1961). Pathological changes in mummies. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 54,17-23.
- Schols, J. (2014). Promising effects of arginine-enriched oral nutritional supplements on wound healing. *EWMA Journal*, 14(1), 31-35.
- Silva, D., Barbosa, M., Araújo, D., Oliveira, L., & Melo, A. (2011). Úlcera por pressão: Avaliação de factores de risco em doentes internados em um hospital universitário. *Revista Electrónica de Enfermagem*, 13(1), 118--123.
- Soldevilla, J., Torra, J. (2004). *Atencion Primária de las heridas crónicas*. Madrid: António Lopez.

- Stratton, R. J., Ek, A. C., Engfer, M., Moore, Z., Rigby, P., Wolfe, R., & Elia, M. (2005). Enteral nutritional support in prevention and treatment of pressure ulcers: A systematic review and meta-analysis. *Ageing Research Reviews, 4*(3), 422-450.
- Vangilder, C., Macfarlane, G. D., & Meyer, S (2008). Results of nine international pressure ulcer prevalence surveys: 1989 to 2005. *Ostomy Wound Management, 54*(2), 40-54.
- Vanderwee, K, Clark, M., Dealey, C., Gunningberg, L., & Defloor, T. (2007). Pressure ulcer prevalence in Europe: A pilot study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice, 13*(2), 227-235.
- Watters, C. A., & Tredget, E. E. (2002). Nutrition and wound healing. *The Canadian Journal of CME, 65*-74.
- Wild, T., Rahbarnia, A., Kellner, M., Sobotka, L., & Eberlein, T. (2010). Basics in nutrition and wound healing. *Nutrition, 26*(9), 862-866.
- Woodbury, M. G. & Houghton, P. E. (2004). Prevalence of pressure ulcers in Canadian healthcare settings. *Ostomy Wound Management, 50*(10), 22-38.
- Woodward, M., Sussman, G., Rice, J., Ellis, T., & Fazio, V. (2009). *Expert Guide for Healthcare Professionals: Nutrition and Wound Healing*. Retrieved from http://www.woundsaustralia.com.au/publications/2009_vic_expert_guide_nutrition_wound_healing.pdf