

Sandra Pinto

Prevalência e Factores Determinantes de Desenvolvimento de Úlcera por Pressão

IPV - ESSH | 2015



Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Maio de 2015

Sandra Cristina da Silva Pinto

Prevalência e Factores Determinantes de
Desenvolvimento de Úlcera por Pressão

Sandra Cristina da Silva Pinto

Prevalência e Factores Determinantes de
Desenvolvimento de Úlcera por Pressão

Tese de Mestrado

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Trabalho efectuado sob a orientação de
Professora Doutora Rosa Martins



Maio de 2015

Agradecimento

À Escola Superior de Saúde de Viseu por oferecer um ensino de qualidade e tratamento sempre atencioso aos alunos.

À Mesa Administrativa da Santa Casa da Misericórdia de Seia pela autorização para a colheita de dados, contribuindo para a pesquisa académica e consequentemente a realização desta investigação.

À Professora Coordenadora Rosa Martins – Orientadora desta tese de Mestrado pela paciência e disposição para me auxiliar em todas as etapas.

Aos familiares, colegas e amigos que direta ou indiretamente participaram nesta caminhada.

Resumo

As Ulceras de Pressão (UP) podem ocorrer em todos os níveis de cuidados particularmente em situações de mobilidade reduzida e actividade diminuídas e a sua prevalência crescente constitui um problema significativo de saúde pública já que tem repercussões importantes na qualidade de vida dos doentes e suas famílias para além da sobrecarga financeira para os mesmos e para os sistemas de saúde. Pode definir-se UP como uma lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea, em resultado da pressão ou de uma combinação entre esta e forças de torção.

Objectivou-se determinar a prevalência e os factores determinantes de desenvolvimento de ulceras de pressão no momento da admissão e alta em utentes institucionalizadas numa UMDR integrada na RNCCI.

Estudo retrospectivo, de natureza quantitativa, realizado numa instituição de média duração, sendo a amostra constituída por 300 participantes. Para a colheita de dados elaborou-se um questionário que foi aplicado no período de 1 de Setembro a 31 de Outubro de 2014. Para a análise dos resultados, utilizou-se o programa estatístico SPSS.

Na admissão registou-se 34% de prevalência de UP, 16,7% dos casos foi adquirida no domicílio e em 42,0% dos casos a UP é de Grau III, e em 11,7% das situações a UP mais grave localiza-se no sacro. Na alta observaram-se 24% de casos de UP, em que 12,0% das situações a UP é de Grau IV e em 10,0% de Grau III e em 7,7% das situações a UP mais grave se localiza no trocânter e em 6,7% no sacro. Constatou-se que 50% dos utentes são do sexo masculino e 50% do sexo feminino, com uma média de 74,82 anos de idade. Apresentam uma média de tempo de permanência na UMDR de 92,36 dias. 66,3% dos utentes ingressam na UMDR para reabilitação funcional e 29% para tratamento de feridas/UP.

A maioria dos utentes revelou perda de autonomia para a realização das actividades de vida diária, com a sua dependência funcional comprometida quer na admissão, quer na alta. Os participantes na admissão apresentam 78,7% de alto risco para desenvolver úlceras de pressão e na alta este valor desceu para 54%.

Como conclusão poderá inferir-se que a idade avançada, incontinência urinária e fecal, a presença de sonda vesical, o alto risco de desenvolvimento de UP e a presença de incapacidade aumenta o risco de desenvolver ulceras de pressão.

Descritores: Ulceras de Pressão, Factores de Risco, Epidemiologia

Abstract

The Pressure Ulcers may occur at all levels of care particularly in limited mobility situations and diminished activity and its increasing prevalence is a significant public health problem as it has significant impact on the quality of life of patients and their families in addition to the financial burden for them and for health systems. Pressure Ulcers can be defined as a localized lesion of the skin and / or underlying tissue, usually over a bony prominence, as a result of pressure or a combination of these and torsional forces.

This study as the objective of analyze the prevalence and determinants of pressure ulcers development at the time of loosening materials and high in institutionalized users an integrated UMDR in RNCCI.

To get the results of this retrospective study, was made in one average institution with a sample of 300 participants. For data collection was conducted a questionnaire that was applied during the period 1 September till 31 of October 2014. For the analysis of the results we used the statistical program SPSS.

On admission is registered 34% prevalence of Pressure Ulcers, 16.7% of cases was acquired at home and in 42.0% of cases the Pressure Ulcers is Grade III, and in 11.7% of cases the most serious Pressure Ulcers if located in the sacrum. In high were observed 24% of cases of Pressure Ulcers, in which 12.0% of the situations the Pressure Ulcers is Grade IV and 10.0% Grade III and 7.7% of the most serious situations of Pressure Ulcers is located at trochanter and 6.7% in the sacrum. It was found that 50% of users are male, and 50% females with an average age of 74.82 years. They have an average residence time of the UMDR of 92.36 days. 66.3% of users join the UMDR for functional rehabilitation and 29% for treatment of wounds or Pressure Ulcers.

Most users revealed loss of autonomy to perform activities of daily life, with its compromised functional dependence either on admission or discharge. Participants present at admission 78.7% high risk for developing Pressure Ulcers and high this figure dropped to 54%.

As a conclusion can be inferred that advanced age, urinary and fecal incontinence, presence of urinary catheter, as one high risk of development Pressure Ulcers and the presence of disability increases the risk of developing Pressure Ulcers.

Keywords: Pressure Ulcers, Risk Factors, Epidemiology

Sumário

Pág.

Lista de Tabelas

Lista de Gráficos

Lista de Quadros

Lista de Figuras

Lista de Abreviaturas e Siglas

Introdução 21

1ª PARTE - Enquadramento Teórico

1 - Úlceras de Pressão 25

1.1 – Fisiopatologia 25

1.2 – Epidemiologia 27

1.3 – Classificação 28

1.4 – Avaliação do Risco 31

1.5 – Prevenção 31

1.6 – Tratamento 36

2 - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados 39

2ª PARTE - Estudo Empírico

3 – Metodologia 43

3.1 – Tipo de estudo 43

3.2 – Participantes 45

3.3 – Instrumento e Procedimento de Colheita de Dados 45

3.4 – Questões éticas 50

4 – Apresentação dos Resultados 51

4.1 – Análise Descritiva 51

4.2 – Análise Inferencial 73

5 – Discussão dos Resultados 87

6 – Conclusões 97

Lista de Referências 99

Anexos

Anexo I – Instrumento de Colheita de Dados 109

Anexo II – Autorização para Colheita de Dados pela Mesa Administrativa da Santa Casa da Misericórdia de Seia 115

Lista de Tabelas

Tabela 1. Estatísticas descritivas da idade (anos)	51
Tabela 2. Caracterização sociodemográfica da amostra em relação ao género, estado civil, habilitações e situação profissional.....	52
Tabela 3. Dados relativos ao internamento em relação à proveniência dos participantes.	53
Tabela 4. Estatísticas descritivas do tempo de permanência (dias)	53
Tabela 5. Dados relativos ao internamento no que diz respeito às causas de solicitação e à existência de doenças crónicas com episódios de agudização.....	54
Tabela 6. Dados relativos ao internamento no que se refere aos diagnósticos principal e secundário.....	54
Tabela 7. Dados relativos ao internamento no que diz respeito à dor (escala visual analógica).....	56
Tabela 8. Dados relativos ao internamento no que se refere à frequência e tipo de incontinência.....	56
Tabela 9. Dados relativos ao internamento: Sonda Vesical	57
Tabela 10. Estado nutricional na data da admissão.....	57
Tabela 11. Estado nutricional na data da alta.	58
Tabela 12. Equipamento de prevenção e reposicionamento.....	58
Tabela 13. Periodicidade de reposicionamento.....	58
Tabela 14. Presença e número de UPs na admissão.	59
Tabela 15. UP mais grave na data da admissão.....	60
Tabela 16. Localização das UPs na admissão.....	60
Tabela 17. Presença e número de UPS na data da alta.	61
Tabela 18. Grau e localização da UP mais grave na data da alta.	61
Tabela 19. Estatísticas descritivas da Escala de Braden - Admissão.....	62
Tabela 20. Estatísticas descritivas da Escala de Braden - Alta.....	62
Tabela 21. Escala de Braden - Admissão	63
Tabela 22. Escala de Braden - Alta.....	65
Tabela 23. Estatísticas descritivas do índice de Katz na admissão e na alta	67
Tabela 24. Avaliação da autonomia nas atividades da vida diária. Índice de Katz – Admissão e da alta.....	68
Tabela 25. Presença de UP na data da admissão por género.	73
Tabela 26. Presença de UP na data da alta por género.....	73
Tabela 27. Idade segundo a presença de UP na data da admissão	74
Tabela 28. Idade segundo a presença de UP na data da alta.....	74
Tabela 29. Presença de UP na data da admissão por estado civil.....	74

Tabela 30. Presença de UP na data da alta por estado civil.	75
Tabela 31. Presença de UP na data da admissão em relação às habilitações literárias.	75
Tabela 32. Presença de UP na data da alta em relação às habilitações literárias.	76
Tabela 33. Presença de UP na data da admissão em relação à situação profissional.	76
Tabela 34. Presença de UP na data da alta em relação à situação profissional.	77
Tabela 35. Presença de UP na data da admissão em rela. à Frequência da Incontinência.	78
Tabela 36. Presença de UP na data da alta em relação à Frequência da Incontinência.	78
Tabela 37. Presença de UP na data da admissão em relação ao tipo de incontinência.	79
Tabela 38. Presença de UP na data da alta em relação ao tipo de incontinência.	79
Tabela 39. Presença de UP na data da admissão em relação à sonda vesical.	80
Tabela 40. Presença de UP na data da alta em relação à sonda vesical.	80
Tabela 41. Presença de UP na data da admissão de acordo com o diagnóstico principal. ..	80
Tabela 42. Presença de UP na data da alta de acordo com o diagnóstico principal.	81
Tabela 43. Presença de UP na data da admissão em relação ao Risco na admissão.	82
Tabela 44. Presença de UP na data da alta em relação ao Risco na alta.	82
Tabela 45. Presença de UP na data da admissão em relação à Incapacidade na admissão.	83
Tabela 46. Presença de UP na data da alta em relação à Incapacidade na alta.	83
Tabela 47. Presença de UP na data da admissão em relação ao IMC na admissão.	84
Tabela 48. Presença de UP na data da alta em relação ao IMC na alta.	84
Tabela 49. Correlações de Spearman- Risco vs. Incapacidade.	85
Tabela 50. Correlações Phi - Risco vs. UP.	86

Lista de Gráficos

Gráfico 1. Risco nas datas da admissão e da alta	67
Gráfico 2. Tomar Banho	69
Gráfico 3. Vestir-se	70
Gráfico 4. Higiene	70
Gráfico 5. Deslocar-se	71
Gráfico 6. Continência	72
Gráfico 7. Alimentar-se	72

Lista de Quadros

Quadro 1 – Classificação da úlceras de pressão.....	29
Quadro 2 – Dispositivos de redução de pressão.....	36
Quadro 3 – Escala de Braden.....	49

Lista de Figuras

Figura 1 – Modelo concetual do estudo.....	44
--	----

Lista de Abreviaturas e Siglas

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde

DGS – Direção Geral de Saúde

EPUAP – European Pressure Ulcer Advisory Panel

EUA – Estados Unidos da América

IMC – Índice de Massa Corporal

NPUAP – National Pressure Ulcer Advisory Panel

PPPIA - Pan Pacific Pressure Injury Alliance

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SCM - Santa Casa da Misericórdia

SPSS – Statistical Packedge for the Social Sciences

UC – Unidade de Convalescença

UCCI – Unidade de Cuidados Continuados Integrados

ULDM – Unidade de Longa Duração e Manutenção

UMCCI – Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados

UMDR – Unidade de Média Duração e Reabilitação

UP – Ulcera de Pressão

Introdução

De acordo com o International Council of Nurses (2006, p.57), no âmbito da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), a Úlcera por Pressão (UP), consiste num foco de atenção para a prática dos enfermeiros, sendo definida como uma «*úlceras com as características específicas: dano, inflamação ou ferida da pele ou estruturas subjacentes como resultado da compressão tecidual e perfusão inadequada*». Considerar a úlcera como foco de atenção implica adoptá-la como área de atenção privilegiada dos enfermeiros, sendo que, no caso particular das úlceras de pressão, estas são assumidas como tendo grande sensibilidade aos cuidados de enfermagem, na medida em que é possível produzir ganhos em saúde a este nível que resultem das intervenções autónomas dos enfermeiros.

Na perspectiva da European Pressure Ulcer Advisory Panel e National Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP/ NPUAP) (2009, p.9), a UP pode definir-se como “uma lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea, em resultado da pressão ou de uma combinação entre esta e forças de torção”.

As UP podem ocorrer em todos os níveis de cuidados particularmente em situações de mobilidade e actividade diminuídas e a sua prevalência crescente constitui um problema significativo de saúde pública já que tem repercussões importantes na qualidade de vida dos doentes e suas famílias para além da sobrecarga financeira para os mesmos e para os sistemas de saúde.

A prevalência de UP em Hospitais Gerais em todo o mundo é de 3% a 15%, em pacientes crónicos é de 15% a 25%, em pacientes sob cuidados domiciliários é de 7% a 12% (EPUAP/NPUAP, 2009).

As UP em Portugal, assumem números muito importantes, embora não existam indicadores oficiais para as mesmas. Os dados epidemiológicos portugueses mais recentes, segundo Ferreira e colaboradores (2007), são relativos aos cuidados hospitalares, onde a prevalência média de UP é de cerca de 11,5%. Estratificando por serviços específicos, como os serviços de Medicina, a prevalência média sobe para 17,5%.

No Relatório de Monitorização do Desenvolvimento e da Actividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) do 1º semestre de 2014, a prevalência de UP na RNCCI, foi de 13%, mas significando que 75% das úlceras de pressão já existiam na admissão.

As UP são um indicador da qualidade dos cuidados (DGS, 2011), sendo também um problema de saúde pública que acarreta sofrimento e diminuição da qualidade de vida dos doentes e seus cuidadores (Russo & Elixhauser, 2006), (Vangilder et al., 2008), podendo mesmo levar à morte.

Neste sentido, a procura da qualidade de assistência nos serviços de saúde enfatiza a necessidade de conhecimento científico dos profissionais de enfermagem, relacionado com a prevenção e tratamento de UP, já que, frequentemente, a prática não é baseada em evidências, mas sim em mitos, tradições e experiências.

Para o incremento da qualidade de vida de idosos institucionalizados acredita-se que diversos fatores devem ser monitorizados, entre eles a capacidade funcional, que na maioria das vezes é deficiente. Esses idosos podem apresentar capacidade funcional bastante prejudicada e conseqüente risco para desenvolver UP, apresentando-se bastante vulneráveis à formação dessas lesões. No entanto, não se conhece a quantificação do risco para o desenvolvimento de UP, nem a correlação existente entre este risco e a capacidade funcional apresentada por esses idosos.

Assim, no sentido de contribuir para o conhecimento validado e evidenciado na prevenção de UP, pensamos que o presente trabalho se torna útil e, necessário para continuidade de estudos posteriores.

Destes pressupostos emerge a seguinte questão de investigação: Qual a prevalência de UP em idosos internados em Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI)?.

O objetivo geral do estudo consiste em determinar a prevalência e os factores determinantes de desenvolvimento de UP aquando a admissão e alta dos utentes internados na Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR) da Santa casa da Misericórdia (SCM) de Seia integrada na RNCCI.

Deste modo, o corpo do trabalho é constituído por duas partes, o Enquadramento Teórico e o Estudo Empírico. A primeira parte é reservada à fundamentação teórica, onde se abordam conceitos relativos às UP, incluindo a estrutura e orgânica da RNCCI. Na segunda parte referente ao estudo empírico, descreve-se a investigação desenvolvida, designadamente, o tipo de estudo, desenho da investigação, os participantes, o instrumento de recolha de dados, os procedimentos e a análise dos dados. Segue-se a apresentação dos resultados e a sua análise estatística. Tem lugar ainda a apresentação e discussão dos resultados obtidos da análise descritiva e inferencial, terminando com as conclusões mais relevantes e que dão resposta aos objectivos do trabalho.

1ª PARTE – Fundamentação Teórica

1 – Úlceras de Pressão

A UP constitui um sério problema de saúde que traz várias implicações na vida do indivíduo que a possui, dos seus familiares e da instituição onde se encontra, quando este está institucionalizado.

Neste sentido torna-se imprescindível o conhecimento por parte dos profissionais de saúde, tanto ao nível da etiologia e fisiopatologia das UP, para uma correta avaliação de risco, como no sentido de garantir intervenções para a prevenção nos doentes sob seus cuidados, bem como, uma classificação e selecção das opções terapêuticas adequadas que visem a cicatrização destas feridas.

1.1 - Fisiopatologia das Úlceras de Pressão

Apesar dos mecanismos fisiopatológicos subjacentes ao desenvolvimento das UP ainda não estarem totalmente esclarecidos, existem diversas variáveis já descritas que podem ser consideradas (Pini & Alves, 2012). A própria definição da EPUAP & NPUAP (2009) reflete essa incerteza, evidenciando a natureza multifatorial que envolve a sua etiologia.

Sabe-se que as UP ocorrem frequentemente em pessoas com diversas morbilidades, especialmente nas que estão perto do fim da vida, ainda que recebam bons cuidados (Warriner & Cárter, 2011). Para Jaul (2010) a imobilidade, a deficiência nutricional, a pele idosa e doenças crónicas, aumentam a vulnerabilidade para o desenvolvimento destas feridas.

As UP ocorrem por forças de pressão e deformação tecidual sobre proeminências ósseas com maior frequência nas regiões sacrococcígea, trocantérica, escapular, occipital, maleolar e nos calcâneos, mas também sobre tecidos moles que sofram pressão continua. De facto a pressão é o principal responsável pela isquemia e necrose dos tecidos, e resulta da aplicação da força exercida perpendicularmente pelo peso do indivíduo contra uma superfície de apoio (Fleck, 2012). Para Review (2010, p.2), “a pressão é a quantidade de força aplicada perpendicularmente a uma superfície por unidade de área de aplicação”. A relação entre a quantidade de força e a área de distribuição é inversamente proporcional, isto é, uma força aplicada é tanto maior quanto menor for a superfície de aplicação.

Fatores como a fricção e as forças de torção e deslizamento agravam os efeitos da pressão. Investigações recentes afirmam que a fricção, a torção e o microclima desempenham um papel importante no desenvolvimento deste tipo de lesão.

As forças de torção e forças tenses constituem os denominados “stresses internos”. Estas forças surgem mesmo quando só é aplicada a pressão, causando deformação (torção) e alongamento (tênsil) da pele e tecidos moles, em especial junto às proeminências ósseas onde estas forças são mais intensas e os tecidos mais frágeis (Review, 2010).

A fricção pode acontecer quando o levantamento do utente não é adequado e deslizam no leito, provocando dano endotelial das arteríolas e da microcirculação, provocando abrasões na pele. Quando duas superfícies se movem em direção opostas causam fricção (Duque, 2009).

Outro fator de risco contribuinte para o desenvolvimento de UP é o denominado microclima. Este é descrito pela influência da temperatura, humidade da pele e pela circulação do ar na interface entre a superfície de apoio e a pele (Review, 2010).

Consequentemente, controlando os níveis de calor e de humidade da superfície da pele, estamos perante intervenções de prevenção de UP, pois impedimos o aumento da temperatura da pele, reduzindo o consumo metabólico, assim como, ao impedirmos a acumulação de humidade na pele aumentamos a resistência da mesma.

Por último, nos factores de risco intrínsecos estão incluídos o estado geral do utente, a idade, a mobilidade, o estado de consciência, o estado nutricional, o peso corporal, a incontinência de esfíncteres, o baixo fornecimento sanguíneo por baixa tensão capilar, o motivo de internamento, o número de cirurgias e o tipo de cuidados prestados vão ter impacto na forma como os diversos factores de risco intrínsecos e extrínsecos intervêm no desenvolvimento das UP.

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

Estas ocorrem, frequentemente, em áreas de proeminências ósseas e os locais de pressão, mais comuns para o desenvolvimento da lesão, são as regiões sacrais, ísquios, trocânteres, calcâneos, maléolos, região occipital, dorso do pé e região patelar. Cerca de 60% das UP desenvolvem-se na região da proeminência sacral e 15% no ísquio, trocânter e calcanhares (Gomes e Magalhães, 2008). Essas áreas são mais acometidas por UP porque são áreas em que o peso do corpo da pessoa mais se concentra durante o repouso prolongado. No entanto, outras áreas do corpo que sofram excesso de pressão, poderão desenvolver igualmente UP, como os glúteos, por exemplo (EPUAP/ NPUAP, 2009).

Similarmente, de acordo com Ribeiro (2008), os locais onde é mais frequente surgirem UP são a região sagrada, a região trocantérica e a nível dos calcâneos. Qualquer zona do corpo que esteja sujeita a uma pressão não aliviada é passível de desenvolver UP (cabeça, orelhas, braços, pernas).

1.2- Epidemiologia das Úlceras de Pressão

Apesar da crescente tomada de consciência da incidência e prevalência de UP e de feridas crónicas nos cuidados de saúde, dos progressos na avaliação do risco e da investigação extensiva sobre prevenção e opções de tratamento, estas são ainda uma das complicações mais comuns e onerosas nos cuidados de saúde.

De acordo com Pina et al. (2010), embora se tivesse chegado a pensar que todas as UP eram evitáveis, sabe-se hoje que, não só isso não corresponde à realidade, como ainda em muitos casos se têm vindo a verificar o seu aumento. Isto verifica-se, em parte, porque alguns dos factores de risco como incontinência fecal, mobilidade, nível de consciência ou mesmo a nutrição não são geralmente modificáveis. As taxas de prevalência e incidência variam conforme as instituições, o tipo de utentes tratados e ainda do tipo de medidas de prevenção adoptadas. Estima-se que cerca de 95% das UP são evitáveis através da identificação precoce do grau de risco. O conhecimento da etiologia e factores de risco associados ao desenvolvimento de UP são a chave para o sucesso das estratégias de prevenção.

Vários estudos relacionados com a prevalência das UP têm vindo a ser desenvolvidos em diversos países. Por exemplo no Canadá, um estudo realizado em 2003 que abrangia diversos níveis de assistência revelou valores de prevalência de 26%, variando de 15% a 30% (Woodbury, 2003). De forma similar, também num hospital universitário da Turquia, a prevalência calculada foi de 11,6% (Tan, 2008). Já nos Estados Unidos, em 2009, foi determinada uma prevalência de UP em cuidados combinados de 12,3%; adquiridas nas instituições de 5%; nos serviços de cuidados agudos de 11,9% (VanGilder et al, 2009).

Em contrapartida, apresentando valores muito diferentes dos estudos realizados no Ocidente, está o primeiro estudo de prevalência realizado na China que apresenta valores de 1,8% (Zhao, 2010).

A nível da Europa, temos um estudo que se destaca e que foi desenvolvido com o apoio da EPUAP, em que participaram hospitais gerais e universitários de 5 países (Portugal, Bélgica, Itália, Reino Unido e Suécia). Obteve-se como resultado, uma prevalência de UP (categoria I-IV) de 18,1%, e, excluídas as úlceras de categoria I, uma

prevalência de 10,5% (Vanderwee, 2007). O sacrum e os calcânhares foram os locais mais afetados. Dos pacientes que requeriam medidas preventivas, apenas 9,7% receberam cuidados preventivos completamente adequados.

O Grupo de Investigação Clínica em Enfermagem (ICE), com o objetivo de determinar a prevalência de UP e fatores de risco associados, realizou em 2006 uma investigação nos arquipélagos de Açores, Madeira e Canárias. A amostra foi constituída por 1186 pessoas que representam estatisticamente as três regiões. A prevalência global encontrada foi de 14,8%. As prevalências por Regiões obtiveram os valores de 12,4% nas Canárias, 9% nos Açores e 22,7% na Madeira.

Em Portugal pensa-se que as UP assumem números muito importantes, embora não existam indicadores oficiais para as mesmas. Os dados epidemiológicos portugueses, segundo Ferreira et al (2007), são relativos aos cuidados hospitalares, onde a prevalência média de UP é de cerca de 11,5%. Estratificando por serviços específicos, como os serviços de Medicina, a prevalência média sobe para 17,5%.

Ainda em Portugal, Costeira (2011) divulga que os estudos de referência apontam para valores de prevalência de UP de 17,4% em Medicinas, 7,1% em Cirurgias, 16,6% em Unidades de Cuidados Intensivos, 15,3% nas Urgências, 8,0% em Especialidades Médicas e 8,6% em Especialidades Cirúrgicas.

Similarmente, Pini & Alves (2012) num estudo transversal e quantitativo, realizado em unidades de cuidados de longa duração, englobando 545 doentes, e estimou-se uma prevalência de UP na ordem dos 23%.

A prevalência de UP na RNCCI de Portugal aponta para 17% conforme dados publicados no relatório de atividades de 2010. Do total de UP registadas 38% já existiam no momento da admissão, enquanto a incidência de UP observada na rede foi de 10,5% (RNCCI, 2010).

Mais recentemente o Relatório de Monitorização da RNCCI (2014), refere que a prevalência de UP na RNCCI foi de 13%, o mesmo de 2013 e representando um decréscimo em relação a anos anteriores e a mais baixa até agora. Do total das UP 75% existiam na admissão na RNCCI.

1.3 - Classificação das Úlceras de Pressão

O registo e a caracterização das UP são fundamentais para a monitorização adequada dos cuidados prestados aos utentes, uma vez que permitem estabelecer corretamente medidas de tratamento e melhorias nos cuidados aos utentes (DGS, 2011). Quando uma UP é avaliada pela primeira vez, esta pode apresentar diferentes

características, dependendo do local, da profundidade, assim como tempo de evolução, que pode ser de poucas horas até dias (Tschannen et al., 2012).

A avaliação de uma UP tem como objectivos: descrever objetivamente a evolução da ferida e da pele perilesional; elaborar um plano de cuidados adequado; assegurar a eficácia das estratégias de tratamento e monitorizar a avaliação da ferida.

Assim sendo, deve ter-se em conta vários parâmetros de avaliação, entre eles: a localização da lesão, a sua forma e as dimensões.

De acordo com Duque et al. (2009), os graus/categorias das UP têm sido utilizados para descrever a profundidade desta e, desta forma, a UP é classificada do Grau/Categoria I ao Grau/Categoria IV, em referência à profundidade do comprometimento tecidual e não da gravidade da lesão.

Úlceras de Pressão de Categoria I e II são relativamente superficiais e cicatrizam primariamente por epitelização. As feridas profundas, tais como as UP de Categoria III ou IV, são caracterizadas pela perda total da pele e habitualmente envolvem extensas cavidades, por vezes com falsos trajectos. Estas cicatrizam por segunda intenção, enquanto a ferida é lentamente preenchida por tecido de granulação, um processo que vai depender de uma preparação do leito da ferida eficaz. O avanço epitelial das margens dessa ferida não se processa pelo método de cicatrização primária (1º intenção).

Em 2009, foi realizado um novo sistema de classificação de UP, publicado no Pressure Ulcer Prevention – Quick Reference Guide, desenvolvido em conjunto pela NPUAP/EPUAP, que se resume da seguinte forma:

Quadro 1 – Classificação das úlceras de pressão

Categoria I: eritema não branqueavel em pele intacta	
Pele intacta com eritema não branqueável de uma área localizada, normalmente sobre uma proeminência óssea, descoloração da pele, calor, edema, tumefacção ou dor podem também estar presentes. Em pele escura pigmentada pode não ser visível o branqueamento.	Descrição adicional: a área pode ser dolorosa, firme, suave, mais quente ou mais fria comparativamente com o tecido adjacente. A categoria I pode ser difícil de identificar em indivíduos com tons de pele escuros. Pode ser indicativo de pessoas “em risco”.
Categoria II: perda parcial da espessura da pele ou flictena	
Perda parcial da espessura da derme que se apresenta como uma ferida superficial (rasa) com leito vermelho rosa sem crosta. Pode também apresentar-se como flictena fechada ou aberta preenchido por líquido seroso ou sero-hemático.	Descrição adicional: Apresenta-se como uma úlcera brilhante ou seca, sem crosta ou contusões. Esta categoria não deve ser usada para descrever fissuras da pele, queimaduras por fita adesiva, dermatite associada a incontinência, maceração ou escoriação.
Categoria III: Perda total da espessura da pele (Tecido subcutâneo visível)	

<p>Perda total da espessura tecidular. Pode ser visível o tecido adiposo subcutâneo, mas não estão expostos os ossos, tendões ou músculos. Pode estar presente algum tecido desvitalizado (Fibrina húmida). Pode incluir lesão cavitária e encapsulamento.</p>	<p>Descrição adicional: A profundidade de uma úlcera de categoria III varia com a localização anatómica. A asa do nariz, orelhas, região occipital e maléolos não têm tecido subcutâneo (adiposo) e uma úlcera de categoria III pode ser rasa (superficial) em contrapartida, em zonas com adiposidade significativa podem desenvolver úlceras de pressão de categoria III extremamente profundas. O osso/tendão não são visíveis ou directamente palpáveis.</p>
Categoria IV: Perda total da espessura dos tecidos (músculos e ossos visíveis)	
<p>Perda total da espessura dos tecidos com exposição dos tendões e músculos. Pode estar presente tecido desvitalizado (fibrina húmida) e/ ou necrótico. Frequentemente são cavitários e fistuladas.</p>	<p>Descrição adicional: A profundidade de uma úlcera de pressão de categoria IV varia com a localização anatómica. A asa do nariz, orelhas, região occipital e maléolos não têm tecido adiposo e estas úlceras podem ser superficiais. Uma úlcera de categoria IV pode atingir as estruturas de suporte (ex. fascia, tendão ou cápsula articular) tornando a osteomielite e a osteíte prováveis de acontecer. Existe osso/ Musculo exposto visível ou directamente palpável.</p>

Fonte: Adaptado de EPUAP/NPUAP (2009) - Guia de referência rápida – Prevenção.

Como é referido por National Pressure Ulcer Advisory Panel, o European Pressure Ulcer Advisory Panel e a Pan Pacific Pressure Injury Alliance (NPUAP/EPUAP/PPPIA, 2014), existem úlceras não graduáveis/Inclassificáveis definindo-as como perda total da espessura dos tecidos, na qual a base da úlcera está coberta por tecido desvitalizado (amarelo, acastanhado, cinzentos, verde ou castanho) e/ou necrótico (amarelo escuro, castanho ou preto) no leito da ferida. Até que seja removido tecido desvitalizado e/ou necrótico suficiente para expor a base da ferida, a verdadeira profundidade e, por conseguinte, a verdadeira Categoria/Grau, não podem ser determinados. Um tecido necrótico (seco, aderente, intacto e sem eritema ou flutuação) nos calcâneos serve como “penso (biológico) natural” e não deve ser removido.

Existe, ainda úlceras classificadas como Suspeita de lesão nos tecidos profundos (Profundidade Indeterminada), apresentando uma área vermelha escura ou púrpura localizada em pele intacta e descolorada ou flictena preenchida com sangue, provocadas por danos no tecido mole subjacente resultantes de pressão e/ou cisalhamento. A área pode estar rodeada por tecido doloroso, firme, mole, húmido, mais quente ou mais frio comparativamente ao tecido adjacente.

1.4 – Avaliação do grau de risco de desenvolvimento de Úlceras de Pressão

A avaliação do risco de desenvolvimento de UP é fundamental no planeamento e implementação de medidas para a sua prevenção e tratamento (DGS, 2011). A utilização de escalas e o juízo clínico são fundamentais na avaliação de risco de desenvolvimento e na sua estratificação.

As escalas de avaliação de risco são instrumentos que possibilitam avaliação sistematizada e mensurável e que permitem auxiliar na identificação de doentes em risco.

Os vários instrumentos de avaliação de risco de UP incluem a Escala de Norton (1962), a Escala de Gosnell (1973), a Escala de Braden (1987), a Escala de Knoll (1985) e a Escala de Waterlow (1985). A escolha da escala a utilizar pode ser um desafio, ou seja, a revisão da fiabilidade (consistência) e a validade (precisão) de cada escala de avaliação de risco validada devem ser sempre o primeiro passo no processo de tomada de decisão (Baranoski & Ayello, 2006).

A Escala de Braden é a escala recomendada, em Portugal, pela DGS pela circular informativa nº 35/DSQC/DSC de 12/12/2008.

A aplicação da Escala de Braden deve ser realizada na admissão do utente e sempre que se verifiquem grandes alterações do estado geral do utente. Em conjunto com esta escala deve ser aplicada uma avaliação do estado da pele. Deve ainda existir um protocolo de atuação para aplicar a utentes com valores de risco de desenvolver UP (Ferreira et al., 2007).

Para Pina e colaboradores (2010) embora a Escala de Braden meça seis áreas concetuais alargadas de risco, não mede todos os possíveis factores de risco nem as interacções entre esses factores. Os profissionais devem ter presente de que os doentes com pontuações baixas mas com tendência para a subida nas reavaliações não irão provavelmente desenvolver UP enquanto utentes com pontuações altas mas com tendência para a descida terão maior probabilidade de desenvolver UP.

A avaliação do risco de desenvolvimento de UP deve ser efectuada em todos os indivíduos admitidos numa unidade de saúde, devendo ser complementada com a avaliação dos restantes factores de risco intrínsecos ao doente e a avaliação dos cuidadores informais.

1.5 - Prevenção

A prevenção da UP é bastante mais importante que as propostas de tratamento, visto que o custo é menor e o risco para o utente é praticamente inexistente. Porém, este

processo deve envolver uma equipe multidisciplinar integrada para a obtenção dos melhores resultados. O conhecimento e entendimento da definição, causas e fatores de risco por parte dos profissionais da saúde é fundamental, pois só assim se podem implementar medidas de prevenção e tratamento mais eficazes.

Segundo a EPUAP/ NPUAP (2009) as recomendações mais recentes para a prevenção englobam o rastreio e avaliação do estado nutricional, a alternância de decúbitos e a utilização de superfícies de apoio.

Deste modo, a nutrição é um aspecto considerado importante na prevenção de UP, pois estudos realizados por Bergquist (2005) e Soriano et al (2004) apontam para uma alta prevalência de má nutrição em pacientes de risco e indicam que o uso de suplementos nutricionais pode acelerar o processo cicatricial de úlceras em estágios III e IV. Ressaltar ainda a importância da avaliação nutricional logo no momento da admissão, pois muitas vezes há necessidade de uma reposição nutricional principalmente quando os utentes são idosos.

Sabe-se que o indivíduo subnutrido tem um risco maior de lesão dos tecidos, pelo que deverão ter um maior aporte diário de proteínas, vitaminas, verduras e muitos lípidos, para prevenir as UP aumentando e melhorando os tecidos e a integridade das células. Contudo deve ter-se em conta os gostos e as próprias limitações do utente.

A Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI), publicou um documento intitulado “Importância da avaliação nutricional em Cuidados Continuados”, em 2008, onde define a abordagem da RNCCI no que concerne a este assunto. Neste documento, pode ler-se que o sucesso da intervenção em cuidados continuados tem como factores determinantes a avaliação e intervenção no estado nutricional e um treino adequado de toda a equipa e a melhoria da comunicação interdisciplinar. A avaliação do peso deve seguir um protocolo específico, onde o utente é idealmente pesado à mesma hora do dia e no mesmo instrumento de medida; para além do peso o diâmetro abdominal é um marcador fiável da massa adiposa intra-abdominal. Após esta avaliação, o indivíduo, se nutricionalmente comprometido, deve ter um plano de suporte apropriado e/ou suplementos que respondam às suas necessidades individuais. A frequência da avaliação deverá ser baseada nas condições do indivíduo e sempre que o estado clínico do mesmo o justifique.

Como factores de identificação de risco nutricional a UMCCI (2008) enuncia: perda de peso involuntária de 5% em 30 dias ou 10% em 180 dias; IMC inferior a 21; ingestão de apenas 75% ou menos da dieta oferecida em 2/3 das refeições, num período de observação de 7 dias.

Fontaine e Rayraud (2008) afirmam que não só a má-nutrição é frequente (de 30 a 60% dos idosos institucionalizados e 30 a 70% dos utentes hospitalizados) mas também é um factor de risco para desenvolver UP.

lizaka et al. (2010), num estudo comparativo entre utentes com UP adquiridas em casa e utentes sem UP, constatou que a má-nutrição foi o factor mais significativamente associado à presença de UP sobretudo às mais graves. Afirmam também que o facto de o utente ter sido avaliado e ter uma dieta adequada por um profissional associa-se com menores possibilidades de desenvolver UP, podendo dizer-se que funciona como um factor preventivo. Banks et al. (2010) vai mais longe dizendo que a má-nutrição está associada a duas vezes maior probabilidade de desenvolver uma UP.

Também, um planeamento de mudança de decúbito e mobilizações, adequado às características individuais, e a constante investigação e proteção das proeminências ósseas, em especial de pacientes idosos ou emagrecidos, são considerados cuidados indispensáveis à prevenção.

Deste modo, qualquer indivíduo acamado que seja avaliado como estando em risco de desenvolver UP, deverá ser reposicionado pelo menos a cada duas horas se não houver contra-indicações relacionadas às condições gerais do utente. Um horário por escrito deve ser feito para que a mudança de decúbito e o reposicionamento sistemático do indivíduo sejam feitos sem esquecimentos.

Relativamente ao reposicionamento para a prevenção das UP a NPUAP/EPUAP (2009) recomenda a alternância de decúbitos em todos os indivíduos que se encontrem em risco de desenvolver UP. A alternância de decúbito deve ser realizada para diminuir a duração e a magnitude da pressão exercida sobre áreas vulneráveis do corpo. Ou seja, altas pressões durante curtos períodos de tempo e baixas pressões durante longos períodos de tempo, sobre proeminências ósseas, são igualmente danosas. A redução do tempo e quantidade de pressão aos quais os indivíduos estão expostos é importante para diminuir o risco de ocorrência de UP. Recomenda-se ainda que a frequência dos posicionamentos seja influenciada por variáveis relacionadas com o indivíduo e pelas superfícies de apoio em uso. A tolerância dos tecidos, o nível de atividade e mobilidade, a condição física geral, os objetivos globais do tratamento e a avaliação da condição individual da pele irão determinar a frequência dos posicionamentos.

A pele e o conforto individuais deverão ser avaliados. Se o indivíduo não responde ao regime de posicionamentos conforme o esperado, a frequência e o método dos posicionamentos devem ser reconsiderados. Um indivíduo deve ser reposicionado com maior frequência quando se encontra sobre um colchão de não redistribuição de pressão, comparativamente a quando se encontra sobre um colchão de espuma viscoelástica. A frequência dos reposicionamentos vai depender das características da superfície de apoio.

O posicionamento contribui para o conforto, a dignidade e a capacidade funcional do indivíduo. Recomenda-se, portanto, reposicionar o indivíduo de tal forma que a pressão seja redistribuída ou aliviada, evitar sujeitar a pele à pressão ou forças de torção, usar ajudas de

transferência para evitar a fricção e torção, evitar posicionar o indivíduo em contacto direto com dispositivos médicos e evitar posicionar o indivíduo sobre proeminências ósseas que apresentem eritema não branqueável.

O reposicionamento deve ser realizado usando 30° enquanto na posição de Semi-Fowler ou na posição de prono, e uma inclinação de 30° para as posições laterais se o indivíduo tolerar estas posições e a sua condição clínica o permitir. Recomenda-se evitar posturas que aumentem a pressão, tais como Fowler acima dos 30°, posição de decúbito lateral a 90° ou a posição de semissentado. Quando a posição de sentado na cama for necessária, evitar a elevação da cabeceira e a posição incorreta que centre a pressão nas regiões do sacro e cóccix.

No que respeita ao reposicionamento no indivíduo sentado, é sugerido posicionar o indivíduo para que este possa manter todas as suas atividades por completo. Dever-se-á escolher uma posição que seja tolerada pelo indivíduo e minimize a pressão e a torção exercidas na pele e tecidos moles. Se os pés não chegam ao chão, deverão ser colocados sobre um estrado ou apoio para os pés. Quando os pés não se apoiam no chão o corpo desliza para fora da cadeira. A altura do apoio para os pés deve ser escolhida de forma a fletir ligeiramente a bacia para a frente, posicionando as coxas numa inclinação ligeiramente inferior à posição horizontal. Sugere-se ainda limitar o tempo que o indivíduo passa sentado na cadeira sem alívio de pressão. Também é sugerido o registo dos regimes de reposicionamentos, especificando a frequência, a posição adotada e a avaliação dos resultados do regime dos reposicionamentos.

O posicionamento / reposicionamento é considerado o momento ideal para observar a pele e vigiar as zonas mais suscetíveis de pressão. Rodriguez et al. (2011), apontam para o reposicionamento de duas em duas horas na cama e de 15 em 15 minutos nas cadeiras; no entanto, é necessário estabelecer um protocolo individual para cada paciente, tendo em conta o seu estado clínico e a tolerância da sua pele e tecidos. Esta frequência pode variar dependendo da situação de risco do paciente e a superfície de apoio utilizada.

É de extrema importância seguir um esquema de alternância de decúbitos bem como registar o tempo de permanência de cada um deles e qualquer problema que possa surgir numa área específica do corpo.

Em suma, é extremamente importante a formação específica quanto aos posicionamentos, bem como das técnicas corretas de reposicionamento, sem nunca descurar das superfícies de apoio para alívio da pressão, adaptados sempre à situação clínica de cada doente, como forma de prevenção ou coadjuvante do tratamento das úlceras de pressão. Esta formação deve abranger sempre todos os indivíduos envolvidos, o profissional de saúde, doente e o prestador de cuidados.

A utilização de superfícies de suporte e alívio da carga mecânica são de grande importância e tem o objetivo de proteger o utente contra os efeitos adversos de forças mecânicas externas como pressão, fricção e cisalhamento.

Materiais de posicionamento como travesseiros ou almofadas de matéria prima apropriada podem ser usados para manter as proeminências ósseas (como os joelhos ou calcanhares) longe de contato direto um com o outro ou com a superfície da cama. Deve-se manter a cabeceira da cama com um grau mais baixo de elevação possível, que seja consistente com as condições clínicas do utente. Se não for possível manter a elevação máxima de 30°, limitando a quantidade de tempo que a cabeceira da cama fica mais elevada. Para aqueles pacientes que não conseguem ajudar na movimentação ou na transferência e mudanças de posição recomenda-se usar o lençol móvel ou o resguardo da cama para a movimentação, ao invés de puxar ou arrastar.

Support Surface Standards Initiative (NPUAP, 2007, p.1) define superfície de apoio como um dispositivo especializado em redistribuição de pressão projetado para gestão de cargas, microclima e/ou outras funções terapêuticas (ou seja, qualquer colchão, sistema cama-colchão integrado, colchão de sobreposição, dispositivo de sobreposição, almofada de assento ou de sobreposição). Sendo que, uma superfície de apoio não motorizada é qualquer superfície de apoio que não exija fontes externas de energia para operar. Estas incluem espumas, dispositivos com enchimento de ar ou em gel, de baixa perda de ar e de ar fluidificado (Wounds, 2013).

Segundo Clancy (2013) citado em Fletcher (2013), o uso de superfícies de apoio teve um impacto significativo sobre as taxas de incidência de UP, contudo as taxas estagnaram, tornando imperativo encontrar novas formas de prevenção e a realização de estudos de custo-eficácia.

Até aos dias de hoje a utilização de material de penso na prevenção tem sido desaprovada visto que a capacidade de redução de pressão é inexistente. Contudo, estudos recentes sugerem que algum material de penso poderá ter alguma capacidade de redistribuição de pressão, gestão de forças de fricção e cisalhamento, gestão do microclima local e de promoção do conforto do doente (Fletcher, 2013).

Qualquer indivíduo avaliado como estando em risco para desenvolver UP deve ser colocado num colchão que redistribua o peso corporal e reduza a pressão como colchão de espuma, ar estático, ar dinâmico, gel ou água. Não é só a mudança de decúbito o responsável pela prevenção.

De acordo com Rocha et al. (2006), os dispositivos de redução da pressão dividem-se em estáticos e dinâmicos, como pode ler-se no quadro seguinte:

Quadro 2 – Dispositivos de redução da pressão

	Estáticos (redistribuição constante de pressão)	Dinâmicos (Redistribuição de pressão varia ciclicamente através de fonte de energia externa)
Objectivos	Aumento da superfície de contato com a pele; Diminuição da força por unidade de superfície.	Alternância periódica dos pontos de apoio de modo a reduzir a pressão cumulativa por área cutânea; Controlo da humidade e temperatura.
Exemplos	Colchão/ cobertura/ almofada para cadeira; Espuma; Gel/ água; Ar	Pressão alternada; Células de ar com insuflação alternada; Colchões/ coberturas/ almofadas de cadeira; Fluxo de ar aquecido em gel de silicone.
Indicações	Doente de risco moderado para UP; Doente com UP que pode ser facilmente reposicionado sem que exerça pressão sobre a área ulcerada.	Doente de alto risco para ulcera de pressão; Doente que não pode ser reposicionado sem que se exerça pressão sobre a área ulcerada; Novas UP apesar das medidas preventivas e terapêuticas adequadas; UP múltiplas, com áreas grau III e IV; Pós-operatório (enxerto e transposição músculo-cutânea).

Fonte: Rocha et al. (2006), adaptado do quadro de Dispositivos de redução de pressão.

A educação do utente e do cuidador informal é fundamental para que a prevenção das UP seja efectiva. Para tal, deverá ser adoptada uma linguagem que assegure uma correcta compreensão por parte do utente e da família, reforçando a sua participação. Um apoio importante para este efeito é a utilização de documentação escrita, sob a forma de guias de autocuidado e de recomendações para os cuidadores informais (Martinez, 2008). Nesta abordagem deverá iniciar-se por alertar para os factores de risco com maior evidência no utente que está a cargo do cuidador, enunciando também as complicações passíveis de se desencadarem de forma a sustentar a necessidade e a pertinência de efectuar cuidados de prevenção adequados.

1.6 – Tratamento

O diagnóstico da existência de uma UP é mais difícil do que à primeira vista pode parecer. É comum confundir-se o diagnóstico de UP e lesões causadas por humidade, por exemplo, por incontinência. O diagnóstico diferencial é fulcral uma vez que as estratégias de prevenção e de tratamento são completamente diferentes.

Tal como é referido pela EPUAP/NPUAP (2009), o tratamento das UP é complexo e visa não só a cicatrização da ferida no menor espaço de tempo possível, como a prevenção de novas feridas e evitar o agravamento das existentes. Assim sendo, as medidas de prevenção são também medidas de tratamento. Estas medidas de prevenção devem incluir uma avaliação de risco para desenvolver novas úlceras, as superfícies de apoio disponíveis, os apoios sociais e financeiros e o conhecimento do indivíduo e prestador de cuidados sobre prevenção de UP.

A avaliação inicial é o primeiro passo para o tratamento da ferida. Desta avaliação inicial deve também fazer parte a avaliação nutricional para determinar a intervenção da equipa multidisciplinar através de um diagnóstico inicial concreto que inclua medidas antropométricas precisas e a perda de peso, bem como a sua etiologia.

Para Fletcher (2012), a avaliação da ferida é o passo seguinte para planear o tratamento. Quando uma úlcera de pressão ocorre, é importante que seja feita uma cuidada avaliação da pessoa e da ferida. A avaliação inicial deverá ser efetuada nas primeiras seis horas e inclui a documentação da categoria, localização, tamanho e forma; estado do leito da ferida, quantidade e características do exsudado, dor, odor e estado da pele perilesional.

A generalidade das situações patológicas, que requerem cuidados de saúde, tem presente o quinto sinal vital, a dor. Esta pode ser dividida em dor crónica ou aguda. A avaliação e controlo da dor devem ser feitos pelos profissionais de saúde através de escalas que permitem que o doente transmita a dor que sente e que os profissionais hajam de forma adequada a haver um controlo eficaz da dor, uma vez que os doentes têm esse direito e os profissionais esse dever (Ritto et al., 2012).

O tratamento das UP por norma constitui momentos de dor e por isso o profissional deve administrar analgésicos antecipadamente para que o doente tenha algum conforto (Silva, 2010).

Desta forma, a avaliação através de escalas e o registo da intensidade da dor avaliada pelos profissionais de saúde tem que ser feita de forma contínua e regular, tal como os restantes sinais vitais, de modo a otimizar a terapêutica, dar segurança à equipa de saúde e a melhorar a qualidade de vida do utente (DGS, 2003).

Existem instrumentos de avaliação que podem simultaneamente avaliar a dor aguda e crónica e que podem ser unidimensionais, que avaliam a intensidade, ou multidimensionais, que avaliam entre outros a duração da dor. De entre os instrumentos de avaliação da dor mais utilizados estão as escalas de faces e a escala numérica (Ritto et al., 2012).

Como pudemos ver pela descrição dos aspectos relativos às UP, estas estão muito associadas aos utentes e internamentos nas unidades, daí considerarmos importante fazer

um breve enquadramento da criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados, que passaremos a apresentar.

2 - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

A RNCCI veio facilitar o estabelecimento de estratégias e intervenções adequadas para a constituição de um espaço de cuidados que contribua para dar uma resposta coerente e integrada às pessoas que se encontrem em situação de dependência temporária ou prolongada. Esta Rede pretende ser um sistema de prestações, adaptadas às necessidades do cidadão e centradas no utente, onde este possa aceder aos cuidados necessários, no tempo e locais certos, pelo prestador mais adequado. As principais motivações que deram origem a este projecto foram os desafios apresentados pelas novas realidades sociais e epidemiológicas resultantes, entre outros fatores, do aumento da esperança média de vida e o conseqüente agravamento de doenças crónicas e incapacitantes.

Assim, foi criada pelo Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho de 2006, a RNCCI, no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social.

Assim, face ao aumento considerável de pessoas idosas, com idades avançadas (envelhecimento progressivo), às mudanças epidemiológicas conseqüentes das doenças crónicas, ao aumento das pessoas que vivem sozinhas, ao aumento constante por parte da sociedade da procura de novas respostas aos problemas do envelhecimento e da dependência, impôs-se a prioridade de desenvolver intervenções que pudessem dar resposta a necessidades mistas que combinam problemas ou circunstâncias de saúde e sociais.

O seu modelo de gestão de doentes tem definido critérios de referenciação e admissão para as diferentes tipologias de cuidados, e critérios de exclusão.

Baseia-se num método equitativo no acesso e na mobilidade entre os diferentes tipos de unidades e equipas da RNCCI; o mecanismo visa assegurar a continuidade dos cuidados mediante intervenções coordenadas e articuladas entre as diferentes tipologias de cuidados, sectores e níveis, potenciando ao máximo a prestação dos cuidados comunitários de proximidade.

Desde o seu início a RNCCI tinha como objetivo avaliar em permanência os ganhos por ela obtidos. Desenvolveu-se um sistema de registo e monitorização on-line, onde se registam dados que permitem ao momento avaliar entre outros: referenciações, admissões, grau de autonomia obtido, estado nutricional, situação cognitiva e emocional, úlceras de pressão, quedas, dor, infecção, uso de fármacos, alocação de recursos humanos, entre outros.

De acordo com a Unidade de Missão para os Cuidados Continuados (UMCCI, 2011), a prestação de cuidados de saúde e de apoio social é assegurada pela RNCCI através de 4 tipos de resposta: Unidades de Convalescença, Unidades de Média Duração e Reabilitação, Unidades de Longa Duração e Manutenção e Unidades de Cuidados Paliativos.

As *Unidade de Convalescença (UC)* têm por finalidade a estabilização clínica e funcional, devendo para esta tipologia ser referenciadas pessoas que se encontram em fase de recuperação de um processo agudo ou recorrência de um processo crónico, com elevado potencial de reabilitação com previsibilidade até 30 dias consecutivos.

As *Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR)* visam responder a necessidades transitórias, promovendo a reabilitação e a independência, em situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo crónico, cuja previsibilidade de dias de internamento se situe entre 30 dias e 90 dias.

As *Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULD)* têm por finalidade proporcionar cuidados que previnam e/ou retardem o agravamento da situação de dependência, otimizando o status do estado de saúde, num período de internamento em regra superior a 90 dias. Visam responder a doentes com processos crónicos que apresentem diferentes níveis de dependência e graus de complexidade e que não possam, ou não devam, ser cuidados no domicílio.

E por último as *Unidades de Cuidados Paliativos (UCP)*, destinam-se a doentes com doenças complexas em estado avançado, com evidência de falha da terapêutica dirigida à doença de base ou em fase terminal e que requerem cuidados para orientação ou prestação de um plano terapêutico paliativo.

Os critérios de referenciação para admissão de qualquer pessoa numa UMDR são situação de dependência que, decorrente de uma doença aguda ou reagudização de doença crónica, ostente alguma das seguintes condições: Doente com necessidade de cuidados médicos diários, de enfermagem permanentes; Reabilitação intensiva; Medidas de suporte respiratório, como oxigenoterapia e aspiração de secreções e ventilação não invasiva; Prevenção ou tratamento de úlceras; Manutenção e tratamento de estomas; Doente com algum dos seguintes síndromes, potencialmente recuperável a médio prazo: depressão, confusão, desnutrição, eficiência e/ou segurança da locomoção; Doente com indicação para programa de reabilitação física com duração previsível até 90 dias e Doente com síndrome de imobilização

No capítulo seguinte iremos expor o percurso da fase prática deste estudo, onde se incluem o tipo de estudo e amostra, o instrumento utilizado para a colheita de dados, os procedimentos para a sua concretização e as considerações éticas.

2ª PARTE – Contribuição Empírica

3 - Metodologia

A metodologia abrange um conjunto de técnicas e métodos que orientam a elaboração de um trabalho de investigação (Fortin, 2009). Assim, a metodologia é constituída pela descrição do tipo de estudo, a definição de objectivos, formulação das questões de investigação, identificação da população e amostra, descrição do instrumento utilizado na colheita de dados, procedimentos formais e éticos e tratamento estatístico.

No capítulo que se segue pretende-se demonstrar de que forma se desenvolveu o presente trabalho, de forma a elucidar sobre a organização, os procedimentos, as estratégias e os instrumentos utilizados.

3.1 – Tipo de estudo

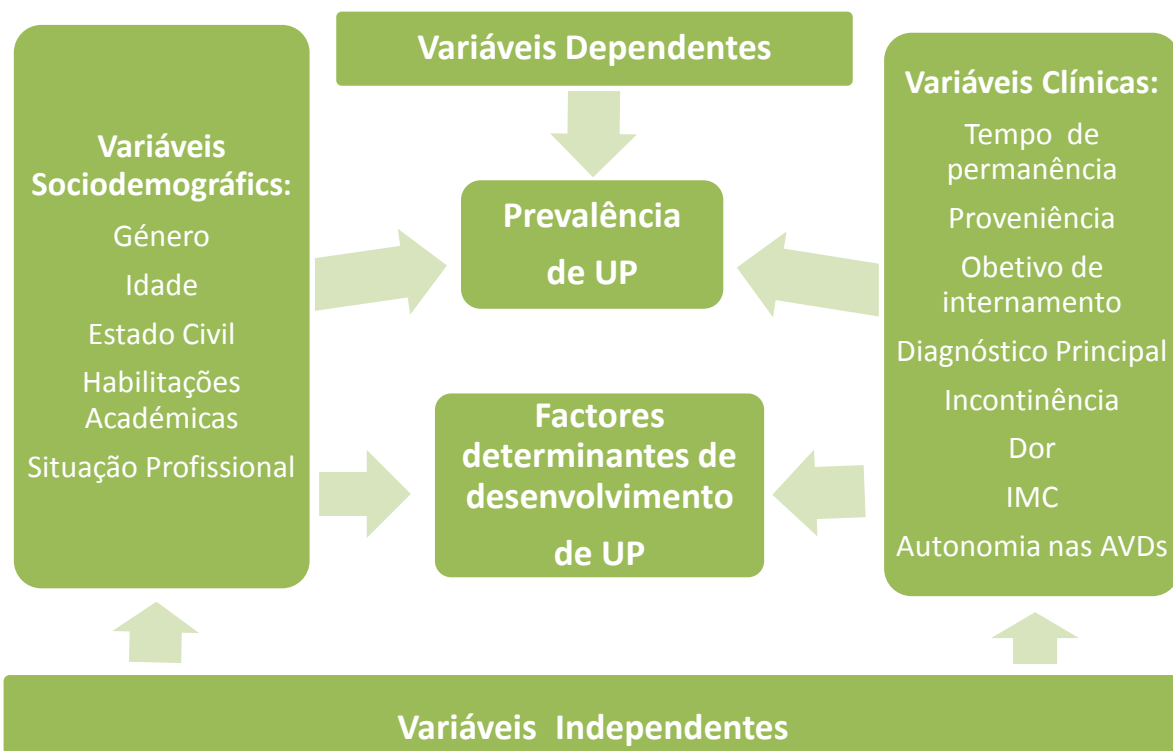
Diante das alterações que ocorrem em consequência do processo fisiológico de envelhecimento, do potencial de risco do idoso para desenvolver UP, da importância da detecção dos factores de risco e da necessidade de se implementar medidas preventivas deste agravo nas populações de idosos institucionalizados, formulou-se a seguinte questão de investigação: “Qual a prevalência e os factores determinantes de úlceras de pressão em Unidades de Cuidados Continuados Integrados?”.

A partir da questão de investigação formula-se o objectivo geral: Determinar a prevalência e os factores determinantes de desenvolvimento de UP aquando a admissão e alta dos utentes internados na UMDR da Santa casa da Misericórdia de Seia integrada na RNCCI. Como objectivos específicos determinou-se:

- Observar a relação das variáveis sociodemográficas e das variáveis clínicas na prevalência das UP em dois momentos distintos - admissão e alta;
- Identificar o grau de risco de desenvolvimento de UP, através da Escala de Braden, na admissão e na alta;
- Analisar a relação entre a prevalência de UP e a autonomia para as AVDs na admissão e na alta;
- Correlacionar a prevalência de UP com o grau de risco de desenvolvimento de UP e a incapacidade na admissão e alta.

Assim, com base na questão de investigação, nos objetivos formulados e na revisão da literatura elaborou-se o seguinte modelo concetual de investigação, que procura estabelecer as relações entre as variáveis em estudo (Esquema 1).

Esquema 1 – Modelo concetual do estudo



O estudo segue uma metodologia quantitativa, por parecer a mais adequada para responder ao problema em estudo por se tratar de um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis, sendo baseada em fatos objectivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador (Fortin, 2009). O tipo de estudo será retrospectivo, descritivo e correlacional, pois é o que permite explorar e determinar a existência de relações entre as diferentes variáveis, com vista a descrever essas relações, e conhecer quais as que se apresentam mutuamente associadas.

Na caracterização global da amostra as variáveis numéricas são resumidas através da média, desvio padrão (DP), mínimo e máximo e são apresentadas no texto através da média \pm DP. Para as variáveis qualitativas recorre-se às frequências absolutas e relativas. Para melhor visualização dos resultados foram utilizados tabelas e gráficos de barras.

Para a análise das hipóteses do estudo foram utilizados o teste de independência do Qui-Quadrado, o teste t de Student para duas amostras independentes, os testes à significância das correlações de Spearman e Phi.

Consideraram-se diferenças ou associações estatisticamente significativas nos casos em que $p < 0,05$.

A análise estatística foi realizada com o software IBM SPSS versão 22.0 (IBM Corporation, New York, USA).

3.2 - Participantes

A população alvo desta investigação foram os utentes internados de 17 de Janeiro de 2011 até 31 de Agosto de 2014, na UMDR inserida na SCM de Seia no âmbito da RNCCI.

Neste estudo foram incluídos utentes de ambos os sexos, com mais de 18 anos, portadores ou não de UP, internados na Unidade já referida. Utesntes não avaliados para risco de UP com utilização da escala de Braden e o Índice de Katz serão excluídos do estudo.

A amostra do estudo é constituída por 300 utentes que reuniram condições para serem incluídos no período do estudo. A colheita de dados realizou-se na UMDR da SCM de Seia, no período compreendido entre 1 de Setembro a 30 de Outubro de 2014.

A rede é formada por um conjunto de instituições públicas e privadas, com domínio das Santas Casas da Misericórdia. De acordo com o Decreto-Lei n.º 101/2006 são destinatários das unidades e equipas da Rede as pessoas com dependência funcional transitória decorrente de processo de convalescença ou outro; dependência funcional prolongada; idosos com critérios de fragilidade; incapacidade grave e doença em fase avançada ou terminal. O período de internamento na UMDR tem uma previsibilidade superior a 30 dias e inferior a 90 dias consecutivos, por cada admissão.

3.3 - Instrumentos e procedimentos para a Recolha de Dados

A recolha de dados é uma etapa do trabalho de investigação que permite obter os dados necessários para alcançar os objectivos do estudo. Os dados foram colhidos pela investigadora através do processo morto de 300 utentes que tiveram alta da UCCI, ou seja, desde a abertura da UCCI até 31 de Agosto de 2014.

De modo a uniformizar a colheita de dados construiu-se um instrumento de colheita de dados (Anexo I). Este instrumento de colheita de dados é estruturado por um questionário sociodemográfico, com o objectivo de obter respostas sobre o sexo, idade, estado civil, habilitações académicas e profissão; um questionário relativo às variáveis

contextuais/internamento sendo permitido obter dados acerca do tempo de permanência, proveniência, objectivo de internamento, diagnóstico, incontinência, dor e IMC; um questionário sobre a prevenção e prevalência de UP (admissão versus alta); um questionário sobre avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão (admissão versus alta) e por último, avaliação da autonomia nas actividades de vida diária (admissão versus alta).

Os dados foram recolhidos directamente do processo clínico do utente existente na base de dados que integra o aplicativo informático utilizado por todas as unidades da RNCCI.

Após a colheita de dados, houve a necessidade de se recodificar variáveis, conforme se passa a expor.

Relativamente à causa de solicitação, recodificou-se a variável em 3 grupos: (1) Reabilitação Funcional; (2) Tratamento de Feridas/ UP; (3) Gestão do Regime Terapêutico.

No que diz respeito ao diagnóstico principal, a sua recategorização deveu-se à multiplicidade de diagnósticos apresentados no aplicativo informático da RNCCI. O diagnóstico principal, foi recodificado em 8 grupos para que fosse possível fazer uma melhor análise. Estes oito grupos são: (1) Doença Vascular Cerebral Aguda; (2) Úlcera Crónica de Pele; (3) Fracturas; (4) Neoplasias; (5) Doença Cardíaca; (6) Doença renal; (7) Degeneração Cerebral; (8) Outros.

A variável dependente diagnóstico secundário foi recodificada em 9 grupos: (1) Doença Vascular Cerebral; (2) HTA; (3) Diabetes Mellitus tipo II; (4) Neoplasias; (5) Doença Cardíaca; (6) Degeneração Cerebral; (7) Fracturas; (8) Doença do aparelho respiratório; (9) Outros.

Avaliação da dor

Segundo a circular normativa nr.9 de 14/06/2003 intitulada “A dor como 5º sinal vital” emitida pela DGS em 2003, a avaliação da dor deve ser realizada através de escalas e o registo da intensidade da dor avaliada pelos profissionais de saúde tem que ser feita de forma contínua e regular, tal como os restantes sinais vitais, de modo a otimizar a terapêutica, dar segurança à equipa de saúde e a melhorar a qualidade de vida do doente.

Existem instrumentos de avaliação que podem simultaneamente avaliar a dor aguda e crónica e que podem ser unidimensionais, que avaliam a intensidade, ou multidimensionais, que avaliam entre outros a duração da dor. De entre os instrumentos de avaliação da dor mais utilizados estão as escalas de faces e a escala numérica (Ritto et al., 2012).

A escala de faces é uma escala que pode ser utilizada em utentes com idade igual ou superior a três anos. Na avaliação é necessário pedir ao doente que classifique a intensidade da sua Dor de acordo com as faces apresentadas na escala. Quando o doente manifestar uma expressão de felicidade, esta corresponde à classificação “Sem Dor”. Quando a expressão for de máxima tristeza corresponde a classificação “Dor Máxima” (DGS, 2003). A classificação de acordo com a mímica vai de sem dor a dor máxima (Ritto et al., 2012). A escala permite ao utente manifestar e quantificar a dor e permite ainda ao profissional de saúde ter uma avaliação mais objetiva e agir em conformidade. A escala das faces (dor zero a dor 5) foi a utilizada neste estudo por ser a preconizada pelo aplicativo informático da RNCCI.

A escala Numérica é uma régua dividida em onze partes iguais, numeradas sucessivamente de 0 a 10 e pode ser apresentada ao doente na horizontal ou na vertical. À numeração desta escala corresponde uma intensidade de Dor, sendo que a 0 corresponde a classificação “Sem Dor” e a 10 a classificação “Dor Máxima”. a numeração obtida deve ser registada (DGS, 2003). Esta é uma escala de autoavaliação e pode ser utilizada a doentes com idade superior ou igual a seis anos (Ritto et al., 2012).

Avaliação do estado nutricional

A identificação do risco nutricional pode ser definida como sendo o processo de identificação de características conhecidas como estando associadas a problemas nutricionais, tendo o objectivo de identificar indivíduos desnutridos ou em risco nutricional.

Na prevenção e análise do risco de UP a identificação do risco nutricional é um ponto-chave.

A sub-escala de nutrição da Escala de Braden inclui informação acerca da via de alimentação, ingestão alimentar, utilização de suplementos e ingestão hídrica. A sua aplicação permite estimar, de forma rápida e simplificada, o risco nutricional. Esta sub-escala por si só revela fragilidade e pouca capacidade preditiva, pelo que deve ser apenas a primeira fase de um programa de avaliação do risco e valorização nutricional do individuo.

O IMC é uma medida simples da relação entre o peso e a altura, utilizado frequentemente como indicador da massa corporal, tanto a nível individual como populacional, já que o cálculo não varia nem com a idade nem com o género.

A orientação técnica 017/2013 de 05/12/2013 sobre Avaliação Antropométrica no Adulto (DGS, 2013), define os valores de referência para a população adulta: Magreza < 18.5; Peso Normal 18.5 a 24.9; Pré-Obesidade 25.0 a 29.9; Obesidade grau I 30.0 a 34.9; Obesidade grau II 35.0 a 39.9; Obesidade grau III > 40. Para facilitar a operacionalização

desta variável, adaptou-se o Índice de Massa Corporal (IMC) da seguinte forma: Magreza < 18.5; Peso Normal 18.5 a 24.9; Pré-Obesidade 25.0 a 29.9 e Obesidade > 30.0.

Avaliação do grau de risco através da Escala de Braden

A Escala de Braden, é uma escala de avaliação de risco de desenvolvimento de UP e foi elaborada e aplicada em 1987 tendo sido objecto de vários testes. Esta escala encontra-se em utilização em vários países (Ferreira et al., 2007).

A EPUAP/NPUAP (2009) também recomendam a utilização da escala de Braden como sendo aquela que, até o momento, apresenta maior fiabilidade, aceitabilidade, segurança, simplicidade e menor custo.

Para a população Portuguesa, a Escala de Braden foi traduzida e validada em 2001 e é amplamente utilizada no País. As escalas de avaliação do risco permitem identificar a maior ou menor vulnerabilidade para o desenvolvimento de UP, no entanto, apesar de importantes ferramentas de avaliação, são instrumentos auxiliares que não substituem a avaliação global do doente. Para prevenir o desenvolvimento de UP é necessário o conhecimento do risco e a implementação precoce de intervenções por parte dos profissionais de saúde.

A Escala de Braden apresenta 6 subescalas: percepção sensorial, humidade, atividade, mobilidade, nutrição, fricção e forças de deslizamento. Cada uma destas subescalas avalia o estado do doente, atribuindo-lhe uma classificação entre 1 e 4 (exceção do último que é de 1 a 3), comparando o estado do doente com o enunciado da escala e atribuindo o respetivo valor. A soma do valor atribuído em cada uma destas subescalas irá traduzir-se numericamente num valor entre 6 e 23, que traduz o risco de desenvolvimento de UP. De acordo com a orientação técnica 017/2011 (DGS, 2011) relativa à aplicação da Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica, estratifica-se assim o risco, categorizando-os em “alto risco de desenvolvimento de úlceras de pressão” quando o valor final é inferior ou igual a 16 e “baixo risco de desenvolvimento de úlcera de pressão” quando o valor é igual ou superior a 17.

De acordo com Ferreira et al. (2007), a Escala de Braden resume-se da seguinte forma:

Quadro 3 – Escala de Braden

Percepção sensorial	Esta dimensão é ponderada com pontuação entre 1 e 4 pontos. A percepção sensorial pretende avaliar a capacidade de reação significativa do individuo ao desconforto. Esta dimensão subdivide-se em 4 pontos, sendo que um ponto é para utentes completamente limitado, dois pontos para o individuo muito limitado, três pontos percepção sensorial ligeiramente limitada e para utentes sem nenhuma limitação quatro valores.
Humidade	Esta sub-dimensão avalia a exposição o nível de exposição da pele à humidade. Esta dimensão tem quatro níveis que vão de 1 a 4 pontos. Os quatro níveis de divisão são: 1 ponto para a pele constantemente húmida; 2 pontos para a pele muito húmida; 3 pontos para a pele ocasionalmente húmida e com 4 pontos para a pele raramente húmida.
Atividade	O nível de atividade física do utente é avaliado neste sub dimensão, tendo uma pontuação de 1 a 4 valores. Assim dá-se 1 valor a utente acamado; 2 valores a sentado; 3 valores quando o utente anda ocasionalmente e com 4 valores quando o utente anda frequentemente.
Mobilidade	Esta sub-dimensão avalia a capacidade do individuo em alterar e controlar a posição do corpo. A pontuação vai de 1 a 4 pontos, sendo que aplica-se 1 ponto para o utente completamente imobilizado; 2 pontos quando a mobilidade se encontra muito limitada; 3 pontos para ligeiramente limitada e 4 pontos quando não existe qualquer limitação da mobilidade do utente.
Nutrição	A sub-dimensão nutrição divide-se entre 1 ponto e 4 pontos. Assim 1 ponto é para dietas muito pobres; 2 pontos para dieta provavelmente inadequada; 3 pontos dieta adequada e aquando a dieta é excelente dá-se 4 pontos.
Fricção e forças de deslizamento	Ao contrário das outras sub-dimensões esta é avaliada de 1 a 3 pontos. Aos utentes que têm problema na fricção e forças de deslizamento dá-se 1 ponto; 2 pontos é para utentes com problema potencial e dá-se 3 pontos quando não existe nenhum problema.

A avaliação do risco de desenvolvimento de UP deve ser efectuada em todos os indivíduos admitidos numa unidade de saúde, devendo ser complementada com a avaliação dos restantes factores de risco intrínsecos ao utente.

Avaliação da Autonomia nas AVDs

Para o incremento na qualidade de vida de idosos institucionalizados acredita-se que diversos fatores devem ser monitorados, entre eles a capacidade funcional, na maioria das vezes deficiente. Esses idosos podem apresentar capacidade funcional bastante

prejudicada e risco para desenvolver UP, apresentando-se bastante vulneráveis à formação dessas lesões. No entanto, não se conhece a quantificação do risco para o desenvolvimento de UP, nem a correlação existente entre este risco e a capacidade funcional apresentada por esses idosos.

O índice de Katz foi desenvolvido para ser utilizado em utentes institucionalizados para avaliar as atividades de vida diárias. Esta escala é constituída por seis dimensões e cada dimensão por dois indicadores pontuados entre 0 e 1 ponto. As duas categorias de classificação são independentes ou dependentes. As seis dimensões referem-se a tomar banho, vestir-se, higiene, deslocar-se, continência, alimentação. Quando a soma das atividades se encontram entre 0 e 1 verifica-se incapacidade severa, entre 2 e 3 apresenta incapacidade moderada e entre 4 e 6 o utente apresenta ausência de incapacidade ou seja independência (Duarte, Andrade & Lebrão, 2007).

Existem tantas versões modificadas deste instrumento que dificulta aos leitores a sua correta utilização. Desta forma, constatou-se que este é utilizado de diferentes formas, principalmente no que se refere à classificação da dependência/independência e das atividades envolvidas.

3.4 - Questões Éticas

Em investigação é importante seguir orientações fundamentais para proteger os direitos e liberdades das pessoas que participam nas investigações.

Apesar de se tratar de um estudo com base em dados secundários, em que não houve uma abordagem direta do utente, teve-se como orientações os princípios ou direitos fundamentais aplicáveis aos seres humanos: o direito ao anonimato e à confidencialidade.

Esta investigação foi precedida das devidas autorizações concedidas pela Mesa Administrativa da Santa Casa da Misericórdia de Seia (Anexo II) e pela Comissão de Ética da ESSV.

No capítulo seguinte, apresentam-se os resultados obtidos pela aplicação do questionário elaborado.

4 – Apresentação dos Resultados

Neste capítulo são apresentados os dados obtidos através da aplicação do instrumento de colheita de dados.

Para uma melhor visualização e compreensão dos resultados, os dados serão apresentados através de tabelas e gráficos de barras.

Os resultados encontram-se apresentados de acordo com a caracterização sociodemográfica da amostra, dados relativos ao internamento, caracterização das UP relativamente à localização anatómica e classificação, avaliação do grau de risco de desenvolvimento de UP pela aplicação da escala de Braden e avaliação da autonomia nas actividades de vida diária pela aplicação da índice de Katz na admissão e na alta.

Este capítulo encontra-se estruturado em duas partes, a primeira diz respeito à análise descritiva e a segunda à análise inferencial.

4.1 – Análise Descritiva

O principal objectivo da estatística descritiva é a redução de dados. Pretende isolar as estruturas e padrões mais relevantes e estáveis patenteados pelo conjunto de dados objectos do estudo.

CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DA AMOSTRA

Participaram neste estudo 300 idosos igualmente distribuídos por género. Em termos etários (Tabela 1), os participantes apresentam uma idade média de 74,82 anos (DP=12,50), tendo o mais novo 28 anos e o mais idoso 100 anos de idade. Verificou-se também que 50% dos participantes apresentaram idade inferior ou igual a 77 anos.

Tabela 1. Estatísticas descritivas da idade (anos)

	Média	DP	Mediana	Mínimo	Máximo
Idade	74,82	12,50	77	28	100

No que diz respeito ao estado civil, a maioria dos participantes é casado ou vive em união de facto (n=172; 57,3%) sendo 29,3% (n=88) viúvo, 10,7% (n=32) solteiro e 2,7% (n=8) divorciado.

Em relação às habilitações literárias dos participantes, verificou-se que 52,6% (n=158) eram detentores do primeiro estágio de educação básica, 119 (39,7%) não tinham frequentado qualquer nível de educação, 6,7% (n=20) tinham frequentado o segundo estágio de educação básica, sendo apenas de 0,7% (n=2) e 0,3% (n=1) as percentagens correspondentes de participantes que frequentaram a educação pós secundária e secundária, respectivamente.

Finalmente, em termos de situação profissional, constatou-se que 91% (n=273) dos participantes no estudo são reformados, sendo que 6,3% (n=19) estão ainda empregados.

Os resultados obtidos relativamente à caracterização sociodemográfica dos participantes, apresenta-se na Tabela 2.

Tabela 2. Caracterização sociodemográfica da amostra em relação ao género, estado civil, habilitações e situação profissional.

	n	%
Sexo		
Feminino	150	50,0
Masculino	150	50,0
Estado Civil		
Solteiro	32	10,7
Casado/União de Facto	172	57,3
Viúvo	88	29,3
Divorciado/Separado	8	2,7
Habilitações		
Sem educação	119	39,7
Primeiro estágio de educação básica	158	52,6
Segundo estágio de educação básica	20	6,7
Educação secundária	1	0,3
Educação pós secundária	2	0,7
Situação Profissional		
Empregado	19	6,3
Desempregado	5	1,7
Reformado	273	91,0
Doméstico	3	1,0

DADOS RELATIVOS AO INTERNAMENTO

Os resultados obtidos em relação à proveniência ou origem dos participantes neste estudo indicam que a maioria, 58,7% (n=158) chegou até aqui vindo de um hospital. Observa-se ainda uma percentagem elevada de indivíduos provenientes do seu domicílio (n=72; 24,0%). Há também 42 participantes correspondendo a 14,0%, que se encontram neste estabelecimento vindos de unidades de convalescença (Tabela 3).

Tabela 3. Dados relativos ao internamento em relação à proveniência dos participantes.

	n	%
Proveniência ou Origem		
Hospital Agudos	158	52,7
Lar de terceira idade	13	4,3
Domicilio	72	24,0
Paliativos	5	1,7
Convalescença	42	14,0
Media Duração	2	0,7
Longa Duração	8	2,7

No que diz respeito ao tempo de permanência na instituição (Tabela 4), observou-se um tempo médio de M=92,36 dias (SD=69,800) tendo variado de um mínimo de 2 dias a um máximo de 477 dias. Verificou-se ainda que 50% dos indivíduos que participaram neste estudo registaram um tempo máximo de permanência na instituição de 90 dias.

Tabela 4. Estatísticas descritivas do tempo de permanência (dias)

	Média	DP	Mediana	Mínimo	Máximo
Tempo de permanência	92,36	60,80	90	2	477

Em relação à causa de solicitação (tabela 5), as mesmas referem-se ao tratamento de feridas (n=87; 29,0%) ou gestão do regime terapêutico (n=14; 4,7%). Observa-se ainda que a maior parte dos utentes recorreu a este serviço no sentido de obter uma reabilitação funcional (n=199; 66,3%).

Os resultados obtidos apontam no sentido de que a maior parte dos participantes não apresenta uma doença crónica com efeito de agudização (n=247; 82,3%), sendo apenas de 17,7% (n=53) a percentagem daqueles para quem se verifica essa situação.

Estes resultados encontram-se sumariados na Tabela 5.

Tabela 5. Dados relativos ao internamento no que diz respeito às causas de solicitação e à existência de doenças crónicas com episódios de agudização.

	n	%
Causa da Solicitação		
Reabilitação Funcional	199	66,3
Tratamento de Feridas	87	29,0
Gestão do Regime Terapêutico	14	4,7
Doenças Crónicas com Episódio de Agudização		
Sim	53	17,7
Não	247	82,3

Na Tabela 6 apresentam-se os dados referentes ao diagnóstico principal e secundário, apresentados pelos participantes no estudo. Deste modo observa-se que 33,0% (n=99) dos participantes apresentam com diagnóstico principal uma doença vascular cerebral aguda sendo de 26,0% (n=78) a percentagem dos utentes que apresentam úlcera crónica da pele. Observam-se ainda casos de fraturas (n=64; 21,3%), neoplasias (n=13; 4,3%), doença cardíaca (n=8; 2,7%), insuficiência renal (n=12; 4,0%), degeneração cerebral (n=7; 2,3%). Há também 19 (6,4%) situações de outro género.

Tabela 6. Dados relativos ao internamento no que se refere aos diagnósticos principal e secundário.

	n	%
Diagnóstico Principal		
Doença Vascular Cerebral Aguda	99	33,0
Úlcera Crónica da Pele	78	26,0
Fraturas	64	21,3
Neoplasias	13	4,3
Doença Cardíaca	8	2,7
Insuficiência Renal	12	4,0
Degeneração Cerebral	7	2,3
Outros	19	6,4

Diagnóstico Secundário		
Doença Vascular Cerebral	13	4,3
HTA	81	27,0
DM II	47	15,7
Neoplasias	15	5,0
Doença Cardíaca	38	12,7
Degeneração Cerebral	30	10,0
Fraturas	14	4,7
Doença do Aparelho Respiratório	14	4,7
Outros	48	16,0

Em relação ao diagnóstico secundário, como apresentado na Tabela 6, verifica-se que 15,7% dos participantes (n=47) apresentavam DM II, 12,7% (n=38) tinham uma doença cardíaca, e 27,0% (n=81) sofriam de HTA. Observaram-se ainda casos de doença vascular cerebral (n=13; 4,3%), neoplasias (n=15; 5,0%), degeneração cerebral (n=30; 10,0%), fraturas (n=14; 4,7%), doenças do aparelho respiratório (n=14; 4,7%) ou outras doenças (n=48; 16,0%). Os resultados podem ser observados no gráfico que se segue.

Na Tabela 7, podem observar-se os resultados relativos à Escala da Dor em que os níveis de dor são avaliados de 0 (ausência de dor) a 5 (dor intensa). Observa-se que na admissão, 52% (n=156) indivíduos apresentavam dor de intensidade 1 sendo de 26,0% (n=78) a percentagem dos que não apresentavam nenhuma dor, neste momento. Estas percentagens registaram uma evolução favorável tendo-se verificado que a percentagem de indivíduos que na alta apresentaram intensidade 0 foi de 51,3% (n=154) tendo sido de 39,0% (n=117) a percentagem dos que apresentavam intensidade 1. É de registar ainda que 17,0% (n=51) indivíduos registavam, na data da admissão, uma dor de intensidade 2 e que essa percentagem sofreu uma forte diminuição quando avaliada na data da alta, momento em que se registaram apenas 6,3% (n=19) pacientes com dor desta intensidade. Situação semelhante ocorreu para os pacientes que apresentavam um nível 4 de dor na data da admissão (n=3; 1,0%). No momento da alta apenas 0,3% (n=1) doentes apresentavam este tipo de dor.

Tabela 7. Dados relativos ao internamento no que diz respeito à dor.

	n	%
Dor na Admissão		
0	78	26,0
1	156	52,0
2	51	17,0
3	11	3,7
4	3	1,0
5	1	0,3
Dor na Alta		
0	154	51,3
1	117	39,0
2	19	6,3
3	8	2,7
4	1	0,3
5	1	0,3

Relativamente à possibilidade de registo de incontinência, verificou-se que a maior parte dos pacientes sofriam deste problema frequentemente (n=173; 57,7%), sendo apenas de 20,7% (n=62) os que apresentam incontinência ocasional e 21,6% (n=65) os que não eram afetados por este tipo de problema (Tabela 8). Deste modo, 22,4% (n=67) apresentavam incontinência urinária, 3,3% (n=10) incontinência fecal e a maior parte, 54,0% (n=162) apresentavam incontinência dupla.

Tabela 8. Frequência e tipo de incontinência.

	N	%
Frequência da Incontinência		
Não	65	21,6
Ocasional	62	20,7
Frequente	173	57,7
Tipo de Incontinência		
Urinária	67	22,4
Fecal	10	3,3

Dupla	162	54,0
Nenhuma	61	20,3
Sim	122	40,7

A Tabela 9, apresenta os dados relativos à utilização de sonda vesical. Observa-se deste modo que 59,3% (n=178) dos utentes não utiliza sonda vesical, sendo de 40,7% (n=122) a percentagem daqueles que a usam.

Tabela 9. Presença de Sonda Vesical

	N	%
Sonda Vesical		
Não	178	59,3
Sim	122	40,7

No que diz respeito ao estado nutricional (Tabela 10), verifica-se que, na data de admissão, uma elevada percentagem de participantes, 42,7% (n=128) apresenta peso normal. Ainda assim 10,0% (n=30) apresentam baixo peso, 22,7% (n=68) estavam em pré-obesidade e 12,0% (n=36) eram obesos. Verificou-se ainda a não existência de informação relativa ao IMC em 12,7% (n=38) dos participantes.

Tabela 10. Estado nutricional na data da admissão

	N	%
IMC na Admissão		
Baixo peso	30	10,0
Peso normal	128	42,7
Pré-Obesidade	68	22,7
Obeso	36	12,0
Sem informação	38	12,7

Verificou-se uma diminuição de casos de obesidade na data da alta (Tabela 11), momento em que a percentagem dos mesmos foi de 11,0% (n=33). Foram avaliados 69 participantes (23,0%) com pré-obesidade, 137 (45,7%) foram considerados normais e o número de casos com baixo peso desceu para 28 (9,3%). Registam-se ainda 33 casos (11,0%) de situações sem este tipo de informação.

Tabela 11. Estado nutricional na data da alta.

	N	%
IMC na Alta		
Baixo peso	28	9,3
Peso normal	137	45,7
Pré-Obesidade	69	23,0
Obeso	33	11,0
Sem informação	33	11,0

Verificou-se a utilização de equipamento de prevenção não elétrico em 83,0% das situações, sendo apenas de 10,0% os casos em que tal não se verificou (Tabela 12).

Tabela 12. Equipamento de prevenção e reposicionamento.

	n	%
Equipamento de Prevenção não Elétrico		
Sim	249	83,0
Não	51	17,0

Por outro lado, não se registou qualquer caso de utilização de equipamento não elétrico quer na cama quer na cadeira.

No que diz respeito à periodicidade do reposicionamento, os resultados apresentam-se na Tabela 13.

Tabela 13. Periodicidade de reposicionamento.

	N	%
Reposicionamento		
Nenhum Planeado	49	16,3
A cada 2 horas	14	4,7
A cada 3 horas	126	42,0
A cada 4 horas ou mais	10	3,3
Sem informação	101	33,7

Deste modo, em 42% (n=126) das situações é necessário um reposicionamento a cada 3 horas, sendo de 4,7% (n=14) a percentagem de casos em que é necessário um reposicionamento a cada duas horas. Verifica-se a existência de uma elevada percentagem de situações relativamente às quais não existe qualquer informação (n=101; 33,7%).

Na data de admissão foram detetados 102 casos (34%) de UP, sendo portanto de 66% (n=198) a percentagem de casos em que tal não foi detetada, de acordo com os resultados apresentados na Tabela 14.

Verificou-se ainda que, nos casos em que existe UP, 10,7% (n=32) dos participantes apresentam duas a três sendo de 8,6% (n=26) a percentagem dos que apresentam quatro ou mais UPs (Tabela 14). Apenas 14,7% (n=44) apresentam apenas uma UP.

Tabela 14. Prevalência e número de UP na admissão.

	n	%
Prevalência de UP		
Sim	102	34,0
Não	198	66,0
Total de UP		
Nenhuma	198	66,0
Uma	44	14,7
Duas a Três	32	10,7
Quatro ou mais	26	8,6

Na Tabela 15 podem observar-se os resultados referentes à UP mais grave e o local onde foi adquirida. Constatou-se que em 42,0% das situações (n=126) a UP é de Grau III, em 16,3% (n=49) de Grau I e em 4,7% (n=14) dos casos de Grau II. Foram apenas registados 10 casos (3,3%) de UPs de Grau IV.

Verificou-se, ainda, que em 16,7% (n=50) dos casos, a UP foi adquirida no domicílio, sendo de 14,3% a percentagem de casos em que as UP foram adquiridas noutra unidade de saúde (Tabela 15). Apenas 3,3% (n=10) das UP foram adquiridas num lar.

Tabela 15. UP mais grave na data da admissão e local onde foi adquirida.

	n	%
UP mais grave		
Grau I	49	16,3
Grau II	14	4,7
Grau III	126	42,0
Grau IV	10	3,3
N.A.	101	33,7
Local onde a UP mais grave foi adquirida		
Domicilio	50	16,7
Outra Unidade Saúde	43	14,3
Lar	9	3,0
N.A.	198	66,0

Relativamente à localização da UP mais grave ao momento da admissão (Tabela 16), verificou-se que em 8,7% (n=26) das situações a UP mais grave se localiza no calcânhar, em 11,7% (n=35) no sacro e em 7,7% (n=23) no trocânter (Tabela 16). Foram ainda observadas UP mais graves na crista ilíaca (n=1; 0,3%) e nos maléolos (n=6; 2,0%).

Tabela 16. Localização das UP na admissão.

	n	%
Localização da UP mais grave		
Sacro	35	11,7
Crista ilíaca	1	0,3
Trocânter	23	7,7
Maléolos	6	2,0
Calcânhar	26	8,7
Outro	11	3,7
N. A.	198	66,0

Na data de alta foram detetados 72 casos (24%) de UP, tendo aumentado para 76% (n=198) a percentagem de casos em que tal não foi detetada, de acordo com os resultados apresentados na Tabela 17.

Verificou-se ainda que, nos casos em que existe UP, 8,3% (n=25) dos participantes apresentam duas a três sendo de 6,0% (n=18) a percentagem dos que apresentam quatro ou mais UP (Tabela 17). A percentagem de utentes que apenas apresenta uma UP nesta data é de 10,0% (n=30).

Os resultados antes apresentados encontram-se na Tabela 17.

Tabela 17. Presença e número de UP na data da alta.

	N	%
Presença de UP		
Sim	72	24,0
Não	228	76,0
Total de UP		
Nenhuma	227	75,7
Uma	30	10,0
Duas a Três	25	8,3
Quatro ou mais	18	6,0

Deste modo, verificou-se que em 12,0% das situações (n=36) a UP é de Grau IV, em 10,0% (n=30) de Grau III e em 2,3% (n=7) dos casos, a UP é de Grau II (Tabela 18).

Relativamente à localização da UP mais grave na data da alta (Tabela 18), verificou-se que em 7,7% das situações (n=23) a UP mais grave se localiza no trocânter, em 6,7% (n=20) no sacro e em 6,0% (n=18) no calcanhar. Há ainda situações em que a mesma se localiza nos maléolos (n=5; 1,7%) ou na Crista Ilíaca (n=1; 0,3%).

Tabela 18. Grau e localização da UP mais grave na data da alta.

	N	%
UP mais grave		
Grau II	7	2,3
Grau III	30	10,0
Grau IV	36	12,0
N.A.	227	75,7
Localização da UP mais grave		
Sacro	20	6,7

Crista ilíaca	1	0,3
Trocâter	23	7,7
Maléolos	5	1,7
Calcanhar	18	6,0
Outro	6	2,0
N. A.	227	75,7

Comparando-se a prevalência de UP nas datas de admissão e alta, confirma-se uma descida na prevalência de UP de 34% para 24%, respectivamente.

AVALIAÇÃO DO RISCO

O risco foi avaliado usando a Escala de Braden, em dois momentos distintos: momento de admissão e momento da alta.

No momento da admissão foi registada uma pontuação total média de $M=14,60$ ($DP=2,630$) tendo-se observado uma pontuação mínima de 9 e máxima de 22 pontos. Observou-se ainda que 50% dos participantes registaram uma pontuação inferior ou igual a 14 pontos (Tabela 19).

Tabela 19. Estatísticas descritivas da Escala de Braden - Admissão

	Média	DP	Mediana	Mínimo	Máximo
Escala de Braden	14,60	2,63	14	9	22

No momento da alta foi registada uma pontuação total média de $M=16,65$ ($DP=3,403$) tendo-se registado uma pontuação mínima de 10 e máxima de 23 pontos. Observou-se ainda que 50% dos participantes registam uma pontuação inferior ou igual a 16 pontos (Tabela 20).

Tabela 20. Estatísticas descritivas da Escala de Braden – Alta

	Média	DP	Mediana	Mínimo	Máximo
Escala de Braden	16,65	3,40	16	10	23

O risco foi classificado de acordo com o seguinte: Indivíduos com pontuação entre 6 e 16 pontos foram considerados como tendo alto risco. Os participantes que apresentaram 17 a 23 pontos foram classificados como apresentando baixo risco.

Deste modo, foram registados 78,7% (n=236) de casos de alto risco, sendo de apenas 21,3% (n=64) a percentagem de casos onde se registou baixo risco.

Na Tabela 21 apresentam-se os resultados pormenorizados de cada um dos itens da escala de Braden na data da admissão. Sobressai o facto de, na Admissão, a maior parte dos participantes apresentarem alto risco.

Tabela 21. Escala de Braden - Admissão.

	N	%
Perceção Sensorial		
Completamente Limitada	5	1,7
Muito Limitada	78	26,0
Ligeiramente Limitada	180	60,0
Nenhuma Limitação	37	12,3
Humidade		
Pele Muito Húmida	49	16,3
Pele Ocasionalmente Húmida	186	62,0
Pele Raramente Húmida	65	21,7
Atividade		
Acamado	45	15,0
Sentado	196	65,3
Anda Ocasionalmente	39	13,0
Anda Frequentemente	20	6,7
Mobilidade		
Completamente Imobilizado	24	8,0
Muito Limitada	187	62,3
Ligeiramente Limitado	80	26,7
Nenhuma Limitação	9	3,0
Nutrição		
Muito Pobre	2	0,7
Provavelmente Inadequada	59	19,7
Adequada	237	79,0
Excelente	2	0,7

Fricção e Forças de Deslizamento		
Problema	157	52,3
Problema Potencial	120	40,0
Nenhum Problema	23	7,7
Risco para a úlcera de pressão		
Alto Risco	236	78,7
Baixo Risco	64	21,3

Deste modo, em termos de Percepção Sensorial, verificou-se que a maior parte dos participantes (n=180; 60,0%) apresenta uma percepção ligeiramente limitada, observando-se ainda que 26,0% (n=78) apresenta uma percepção sensorial muito limitada. Apenas 12,3% (n=37) não apresentam limitações, sendo de 1,7% a percentagem dos que apresentam uma percepção sensorial completamente limitada.

Em relação à humidade, foram observados 182 casos (62,0%) de pele ocasionalmente húmida, 65 casos (21,7%) de pele raramente húmida e 49 casos (16,3%) de pele muito húmida.

A maior parte dos participantes neste estudo está sentado (n=196; 65,3%) embora 13,0% (n=39) ande ocasionalmente e 6,7% (n=20) o faça frequentemente. Contudo, 15,0% (n=45) estão acamados.

Em termos de mobilidade, 62,3% (n=187) dos participantes apresentam uma mobilidade muito limitada, 26,7% (n=80) tinham uma mobilidade ligeiramente limitada, 8,0% (n=24) estavam completamente imobilizados e apenas 3,0% (n=9) não apresentam qualquer tipo de limitação neste sentido.

No que diz respeito ao estado nutricional dos participantes na data de admissão, verificou-se que a grande maioria, 79,0% (n=237) apresentava uma nutrição adequada, sendo apenas de 0,7% (n=2) a percentagem dos que apresenta nutrição muito pobre. A percentagem dos participantes que apresentam uma nutrição adequada era também de 0,7% (n=2). Observou-se por fim que, 19,7% (n=59) apresentavam nutrição provavelmente inadequada.

Finalmente, em relação à fricção e forças de deslizamento, na maior parte dos participantes foi considerado um problema (n=157; 52,3%) sendo de 40,0% (n=120) a percentagem dos que apresentam um problema potencial. Apenas 7,7% (n=23) não constituem uma situação problemática.

Na segunda avaliação foram registados 54,0% (n=162) de casos de alto risco, sendo de apenas 46,0% (n=138) a percentagem de casos onde se registou baixo risco.

Na Tabela 22 apresentam-se os resultados pormenorizados de cada um dos itens da escala de Braden na data da alta.

Tabela 22. Escala de Braden - Alta.

	n	%
Percepção Sensorial		
Completamente Limitada	2	0,7
Muito Limitada	54	18,0
Ligeiramente Limitada	142	47,3
Nenhuma Limitação	102	34,0
Humidade		
Pele Muito Húmida	18	6,0
Pele Ocasionalmente Húmida	145	48,3
Pele Raramente Húmida	137	45,7
Atividade		
Acamado	31	10,3
Sentado	144	48,0
Anda Ocasionalmente	52	17,3
Anda Frequentemente	73	24,3
Mobilidade		
Completamente Imobilizado	20	6,7
Muito Limitada	114	38,0
Ligeiramente Limitado	118	39,3
Nenhuma Limitação	48	16,0
Nutrição		
Provavelmente Inadequada	20	6,7
Adequada	269	89,7
Excelente	11	3,7
Fricção e Forças de Deslizamento		
Problema	104	34,7
Problema Potencial	113	37,7
Nenhum Problema	83	27,7

Risco para a úlcera de pressão		
Alto Risco	162	54,0
Baixo Risco	138	46,0

Deste modo, em termos de Percepção Sensorial, verificou-se que a maior parte dos participantes (n=142; 47,3%) apresenta uma percepção ligeiramente limitada, observando-se ainda que 18,0% (n=54) apresenta uma percepção muito limitada. Observa-se também que 34,0% (n=102) não apresentam limitações, sendo de apenas 0,7% (n=2) a percentagem dos que apresentam uma percepção sensorial completamente limitada.

Em relação à humidade, foram observados 145 casos (48,3%) de pele ocasionalmente húmida, 137 casos (45,7%) de pele raramente húmida e 18 casos (6,0%) de pele muito húmida.

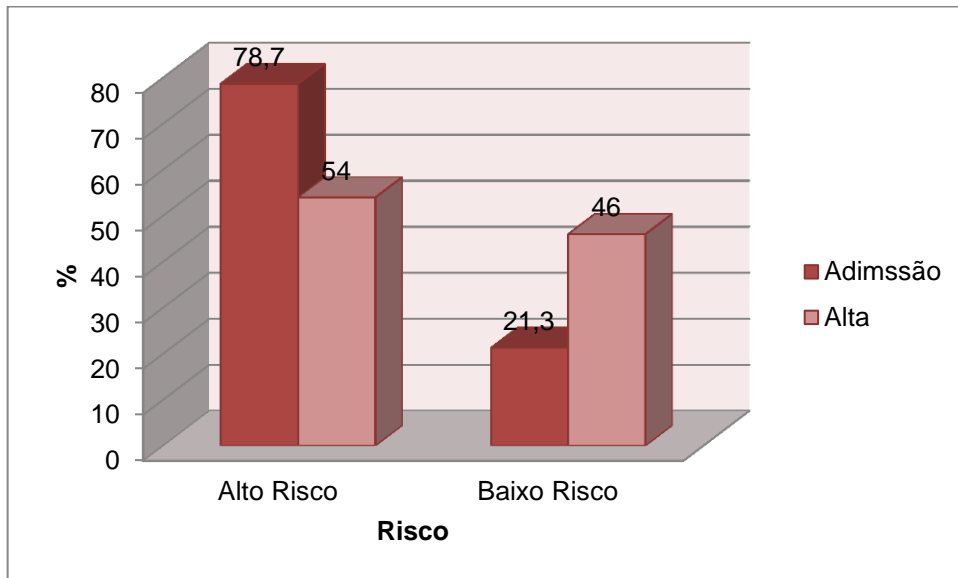
No que se refere à actividade, foram observados 144 casos (48,0%) de participantes que nesta data estavam sentados, 52 casos (17,3%) de participantes que andam ocasionalmente e 31 casos (10,3%) de participantes acamados. Há ainda 73 casos (24,3%) de participantes que andam frequentemente.

Em relação à mobilidade, 48 pacientes (16,0%) não apresentam, nesta data, qualquer tipo de limitação, sendo de 118 (39,3%) o número de pacientes que se encontram nesta altura, ligeiramente limitados. Observam-se ainda 114 situações (n=38,0%) de pacientes com muita limitação sendo ainda de 6,7% (n=20) a percentagem de participantes completamente imobilizados, nesta data.

Relativamente à situação dos pacientes em termos de nutrição, observou-se que, na data da alta, a maior parte apresentava uma situação nutricional adequada (n=269; 89,7%) sendo ainda de 3,7% (n=11) a percentagem dos que apresentam um estado nutricional excelente. Apenas 6,7% (n=20) dos pacientes apresentam um estado nutricional provavelmente inadequado.

Por fim, relativamente à fricção e forças de deslizamento, 27,7% (n=83) não apresentam qualquer problema, 37,7% (n=113) apresentam um problema potencial e somente 34,7% (n=104) apresentam problemas deste género, na data em que tiveram alta.

O Gráfico 1 ilustra a comparação entre o tipo de risco nas datas de admissão e alta. Da sua análise sobressai uma significativa diminuição das situações de alto risco desde a admissão até à alta tendo de um momento para o outro, conseqüentemente, aumentado a percentagem de casos de baixo risco.

Gráfico 1. Risco nas datas da admissão e da alta

AVALIAÇÃO DA AUTONOMIA NAS ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA

A autonomia nas atividades da vida diária foi avaliada através do índice de Katz em dois momentos distintos: momento de admissão e momento da alta.

No momento da admissão foi registada uma pontuação total média de $M=0,41$ ($DP=1,26$) tendo-se registado uma pontuação mínima de 0 e máxima de 6 pontos (Tabela 23). No momento da alta, estas pontuações foram de $M=1,26$ ($DP=1,575$) tendo-se também registado uma pontuação mínima de 0 e máxima de 6 pontos.

Tabela 23. Estatísticas descritivas do índice de Katz na admissão e na alta

	Média	DP	Mediana	Mínimo	Máximo
Admissão	0,41	0,82	0	0	6
Alta	1,26	1,58	1	0	6

Por outro lado, classificou-se a incapacidade considerando-a severa quando a pontuação nesta escala se situa entre 0 e 1 pontos, moderada entre 2 e 3 pontos e ausência de incapacidade entre 4 e 6 pontos.

De acordo com esta classificação, foram registados na data da admissão 263 casos de incapacidade severa (87,7%), 34 casos de incapacidade moderada (11,3%) e apenas 3 casos de ausência de incapacidade (1,0%). Por outro lado, na data da alta, o número de casos de incapacidade severa desceu para 193 (62,3%), tendo-se observado 70 casos (23,3%) de incapacidade moderada e 37 casos (12,3%) de ausência de incapacidade.

Verificou-se uma nítida diminuição da percentagem de casos de incapacidade severa desde a admissão até à alta tendo, em consequência sido observado um aumento significativo de casos de ausência de incapacidade e de incapacidade moderada.

A Tabela 24 apresenta os resultados obtidos em relação ao índice de Katz nos momentos da alta e da admissão.

Tabela 24. Avaliação da autonomia nas atividades da vida diária. Índice de Katz – Admissão e da alta.

	<i>Admissão</i>		<i>Alta</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Tomar Banho				
Sem assistência	1	0,3	10	3,3
Com assistência	299	99,7	290	96,7
Vestir-se				
Sem assistência	1	0,3	12	4,0
Com assistência	299	99,7	288	96,0
Higiene/Ir ao WC				
Sem assistência	8	2,7	61	20,3
Com assistência	292	97,3	239	79,7
Deslocar-se				
Sem assistência	4	1,3	56	18,7
Com assistência	296	98,7	244	81,3
Continência				
Sem assistência	57	19,0	103	34,3
Com assistência	243	81,0	197	65,7
Alimentação				
Sem assistência	52	17,3	137	45,7
Com assistência	248	82,7	163	54,3

Da observação da tabela anterior, verificou-se que na data da admissão, a grande maioria dos utentes (n=299; 99,7%) toma banho com assistência sendo apenas de um (0,3%) o número de utentes que, nesta data toma banho sem assistência. A mesma situação verificava-se em relação ao vestir.

Relativamente à higiene, 292 (97,3%) dos utentes necessita de assistência para ir ao WC, sendo apenas de 2,7% (n=8) a percentagem dos que o faziam sem necessitar de ajuda. Também o deslocar-se era nesta data uma tarefa realizada maioritariamente com assistência (n=296; 97,3%).

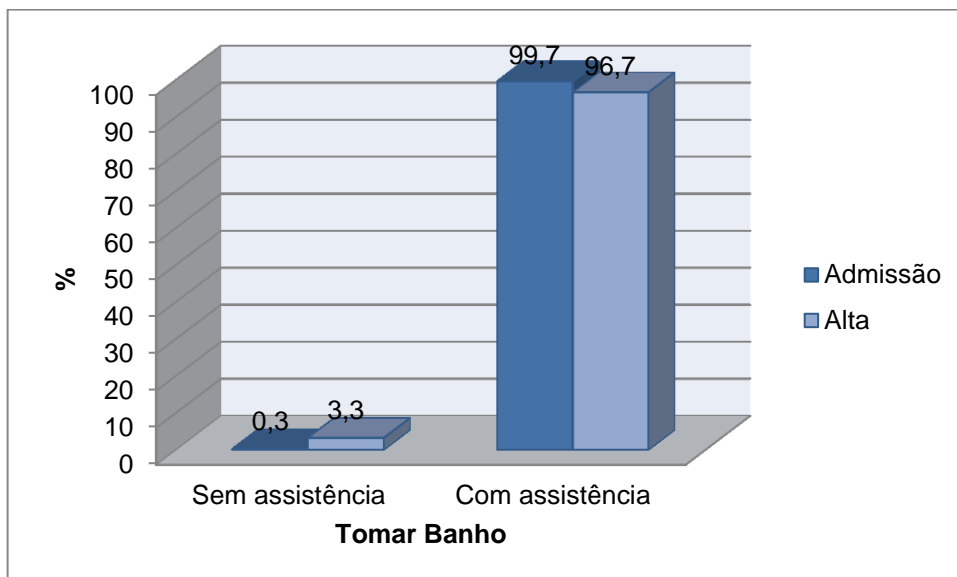
Uma situação do mesmo género repetiu-se relativamente à continência, sendo de 243 o número de casos (81,0%) em que tal se realizava com assistência sendo de apenas 56 (19,0%) o número de casos em que tal se realizava sem assistência. Por fim, no que se refere à alimentação, 82,7% dos utentes (n=248) necessita de assistência para o fazer nesta data, sendo apenas de 52 (17,3%) as situações em que tal não era necessário.

Na data da alta, a percentagem de casos que necessitam de assistência manteve-se elevado, tendo-se contudo registado uma diminuição relativamente à data da admissão, em todos os itens.

Assim, no que diz respeito ao tomar banho, verificaram-se apenas 10 casos (3,3%) que não necessitam de assistência sendo ainda de 290 (96,7%) o número de casos em que tal era necessário.

O gráfico 2 permite estabelecer a comparação entre o momento da admissão e da alta no que se refere ao tomar banho.

Gráfico 2. Tomar Banho

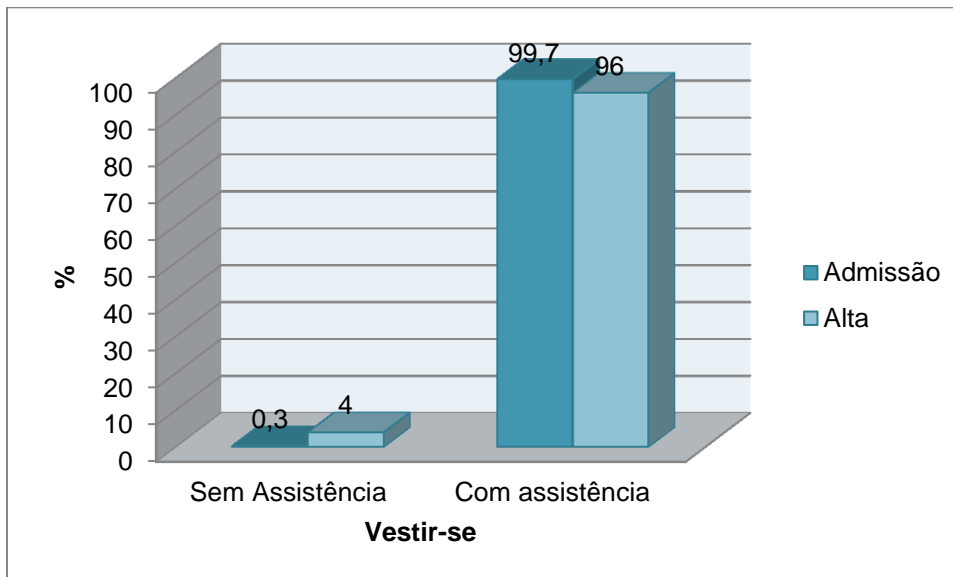


Observou-se assim um aumento dos casos sem assistência desde a admissão até à alta, correspondente a uma diminuição dos casos que necessitam de assistência para tomar banho.

Relativamente ao ato de vestir-se, verificou-se apenas 12 casos (4,0%) em que não necessitam de assistência, sendo ainda de 288 (96,0%) o número de casos em que tal era

necessário. O Gráfico 3 permite estabelecer a comparação entre o momento da admissão e da alta no que se refere ao vestir-se.

Gráfico 3. Vestir-se

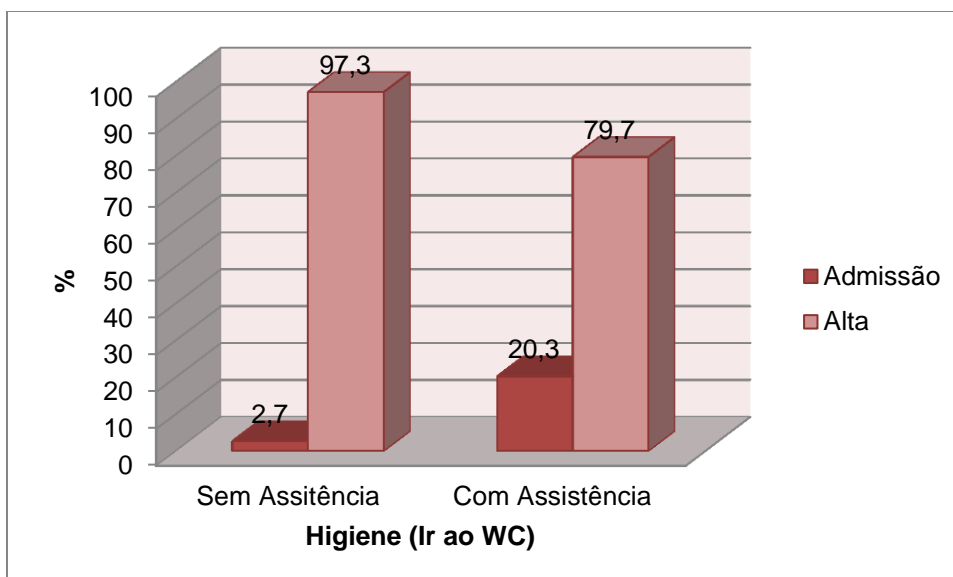


Observou-se assim um aumento dos casos sem assistência desde a admissão até à alta, correspondente a uma diminuição dos casos que necessitam de assistência para vestir-se.

Relativamente à higiene, verificou-se 61 casos (20,3%) que não necessitam de assistência sendo ainda de 239 (79,7%) o número de casos em que tal era necessário.

O gráfico 4 permite estabelecer a comparação entre o momento da admissão e da alta no que se refere à higiene.

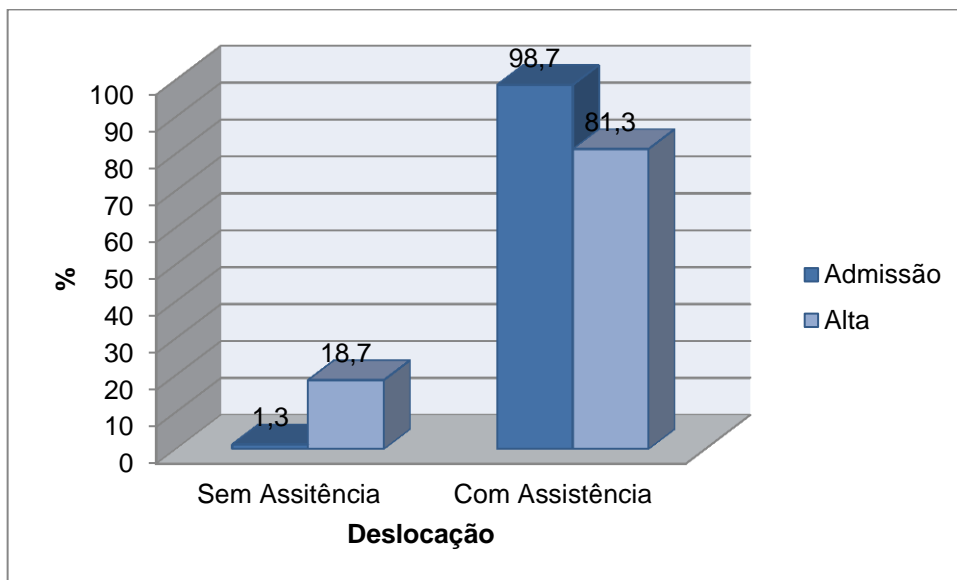
Gráfico 4. Higiene



Observou-se assim um aumento substancial dos casos sem assistência desde a admissão até à alta, correspondente a uma diminuição, também ela significativa, dos casos que necessitavam de assistência para vestir-se.

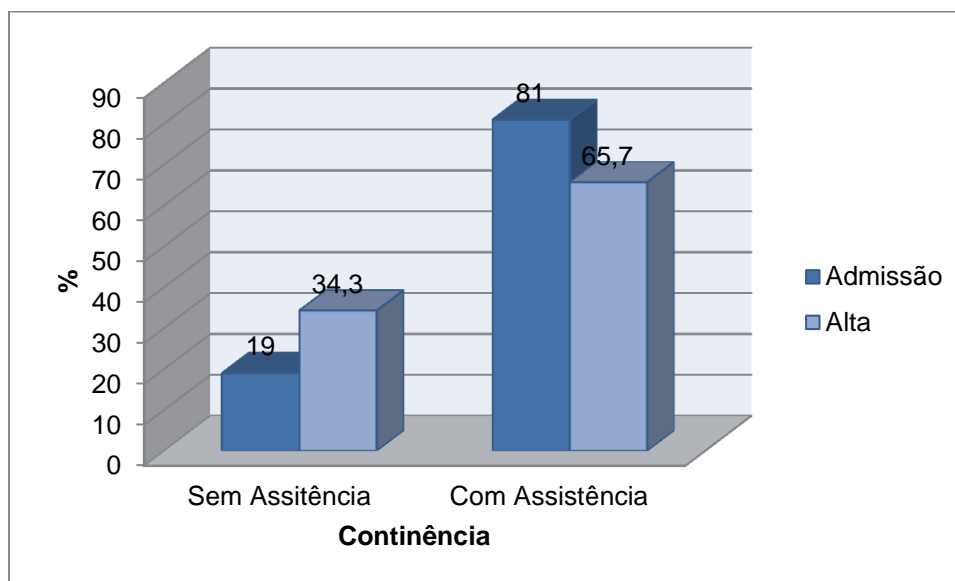
No que diz respeito ao deslocar-se, verificou-se 56 casos (18,7%) que não necessitavam de assistência sendo ainda de 244 (81,3%) o número de casos em que tal era necessário. O Gráfico 5 permite estabelecer a comparação entre o momento da admissão e da alta no que se refere à deslocação.

Gráfico 5. Deslocar-se



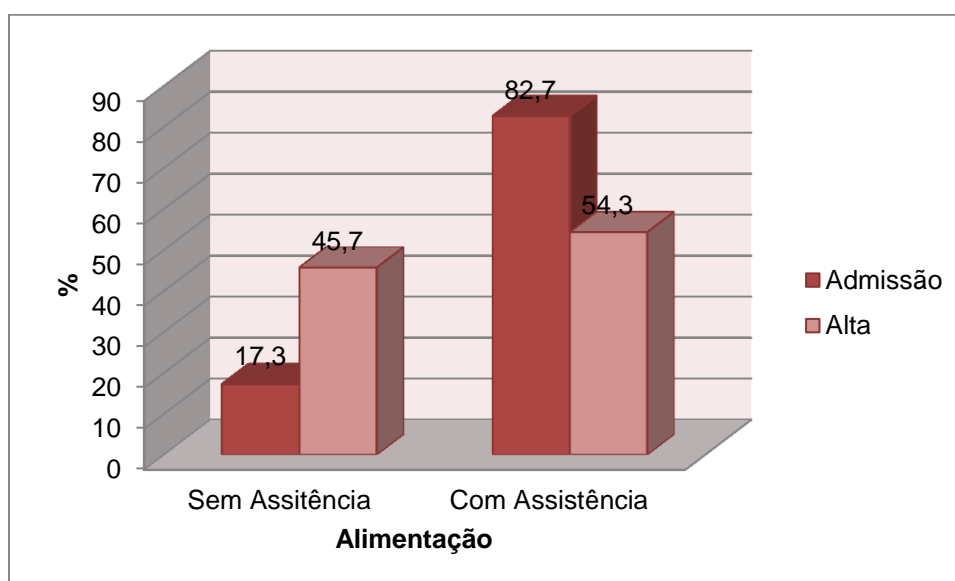
Observou-se assim um aumento substancial dos casos sem assistência desde a admissão até à alta, correspondente a uma diminuição, também ela significativa, dos casos que necessitavam de assistência para se deslocar.

Em relação à continência, verificou-se 103 casos (34,3%) que não necessitou de assistência sendo ainda de 197 (65,7%) o número de casos em que tal era necessário. O gráfico 6 permite estabelecer a comparação entre o momento da admissão e da alta relativamente à continência.

Gráfico 6. Continência

Observou-se assim um aumento grande dos casos sem assistência desde a admissão até à alta, correspondente a uma diminuição, também ela significativa, dos casos que necessitam de assistência em termos de continência.

Finalmente, em relação à alimentação, verificou-se 137 casos (45,7%) que não necessitam de assistência sendo ainda de 163 (54,3%) o número de casos em que tal era necessário. O gráfico 7 permite estabelecer a comparação entre o momento da admissão e da alta relativamente à alimentação.

Gráfico 7. Alimentar-se

Observou-se assim um aumento grande dos casos sem assistência desde a admissão até à alta, correspondente a uma diminuição, também ela significativa, dos casos que necessitam de assistência em termos de alimentação.

4.2 - Análise Inferencial

O objectivo da estatística inferencial é generalizar para toda a população, os resultados obtidos da amostra.

RELAÇÃO ENTRE A PRESENÇA DE UP E VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS

Na data da admissão foram registados 61 casos (40,7%) de UP nos utentes do sexo masculino e apenas 41 casos (27,3%) nos utentes do sexo feminino. As diferenças encontradas na presença de UP por género são significativas do ponto de vista estatístico ($\chi^2_1 = 5,942$; $p < 0,05$). Os resultados apresentam-se na Tabela 25.

Tabela 25. Prevalência de UP na data da admissão por género.

	Presença de UP na data da admissão						χ^2	p^1
	Sim		Não		Total			
Género	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Masculino	61	40,7	89	59,3	150	100,0	5,942	0,015*
Feminino	41	27,3	109	72,7	150	100,0		
Total	102	34,0	198	66,0	300	100		

* $p < 0,05$; ¹ Teste do Qui-Quadrado

Na data da alta registou-se 45 casos (30,0%) de UP nos utentes do sexo masculino e apenas 27 casos (18,0%) nas utentes do sexo feminino (Tabela 26). As diferenças encontradas na presença de UP por género são significativas do ponto de vista estatístico ($\chi^2_1 = 5,921$; $p < 0,05$).

Tabela 26. Prevalência de UP na data da alta por género.

	Presença de UP na data da alta						χ^2	p^1
	Sim		Não		Total			
Género	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Masculino	45	30,0	105	70,0	150	100,0	5,921	0,015*
Feminino	27	18,0	123	82,0	150	100,0		
Total	72	24,0	228	76,0	300	100		

* $p < 0,05$; ¹ Teste do Qui-Quadrado

Da análise das tabelas pode concluir-se que houve uma descida do número de casos de UP quer no sexo masculino quer no sexo feminino desde a data de admissão até à data da alta. A Tabela 27 apresenta os resultados da idade segundo a presença de UP na data da admissão. Constata-se a existência de diferenças com significância estatística ($t_{298} = 3,28$; $p < 0,01$) entre o grupo com e sem UP na data da admissão em termos de idade. A média etária era superior no grupo com UP (Média: 78,07; DP: 12,46) comparativamente ao grupo sem UP (Média: 73,15; DP: 12,21).

Tabela 27. Idade segundo a presença de UP na data da admissão

	N	Média	DP	t	p^1
Sim	102	78,07	12,46	3,28	0,001**
Não	198	73,15	12,21		

** $p < 0,01$; ¹ Teste t de Student para amostras independentes

Relativamente à idade segundo a presença de UP na data da alta (Tabela 28), constatou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas ($t_{298} = 3,06$; $p < 0,01$) entre o grupo com e sem UP na data da alta em termos de idade. A média etária foi superior no grupo com UP (Média: 78,69; DP: 12,67) comparativamente ao grupo sem UP (Média: 73,60; DP: 12,22).

Tabela 28. Idade segundo a presença de UP na data da alta

	N	Média	DP	t	p^1
Sim	72	78,69	12,67	3,06	0,002**
Não	228	73,60	12,22		

** $p < 0,01$; ¹ Teste t de Student para amostras independentes

Na data da admissão foram registados 61 casos (35,5%) de UP nos utentes casados, 11 (34,4%) nos utentes solteiros, 29 casos nos viúvos (33,0%) e apenas um caso (12,5%) em utentes divorciados ou separados. As diferenças encontradas na presença de UP por estado civil na data da admissão, não são significativas do ponto de vista estatístico ($\chi^2_3 = 1,857$; $p > 0,05$). Os resultados apresentam-se na tabela 29.

Tabela 29. Prevalência de UP na data da admissão por estado civil.

	Prevalência de UP na data da admissão						χ^2	p^1
	Sim		Não		Total			
Estado Civil	n	%	n	%	n	%		
Solteiro	11	34,4	21	65,6	32	100	1,857	0,610

<i>Casado</i>	61	35,5	111	64,5	172	100
<i>Viúvo</i>	29	33,0	59	67,0	88	100
<i>Divorciado/Sep.</i>	1	12,5	7	87,5	8	100
Total	102	34,0	198	66,0	300	100,0

¹ Teste do Qui-Quadrado

Na data da alta foram registados 44 casos (25,6%) de UP nos utentes casados, 7 (21,9%) nos utentes solteiros e 21 casos nos viúvos (23,9%). As diferenças encontradas na presença de UP por estado civil na data da alta, não são significativas do ponto de vista estatístico ($\chi^2_3 = 2,842$; $p > 0,05$). Os resultados apresentam-se na Tabela 30.

Tabela 30. Prevalência de UP na data da alta por estado civil.

<i>Estado Civil</i>	Prevalência de UP na data da alta						χ^2	p
	Sim		Não		Total			
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>		
Solteiro	7	21,9	25	78,1	32	100	2,842	0,429
Casado	44	25,6	128	74,4	172	100		
Viúvo	21	23,9	67	76,1	88	100		
Divorciado/Sep.	0	0,0	8	100,0	8	100		
Total	72	24,0	228	76,0	300	100,0		

¹ Teste do Qui-Quadrado

A análise das tabelas anteriores permite concluir que houve uma diminuição de casos de UP em todos os estados civis, desde a admissão até à alta.

Em termos de habilitações literárias (Tabela 31), na data da admissão registou-se 53 casos (33,5%) de UP nos utentes com habilitações literárias do 4º ao 6º ano, 46 (38,7%) nos utentes sem educação e 3 casos nos utentes com o 9º ano (15,0%). As diferenças encontradas na presença de UP por habilitações literárias na data da admissão, não são significativas do ponto de vista estatístico ($\chi^2_4 = 5,927$; $p > 0,05$).

Tabela 31. Prevalência de UP na data da admissão em relação às habilitações literárias.

<i>Hab. Literárias</i>	Prevalência de UP na data da admissão						χ^2	p
	Sim		Não		Total			
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>		
Sem educação	46	38,7	73	61,3	119	39,7	5,927	0,187
4ª ano - 6º ano	53	33,5	105	66,5	158	52,7		
9º ano	3	15,0	17	85,0	20	6,7		
11º- 12º ano	0	0,0	1	100,0	1	0,3		

Bach./Mestrado	0	0,0	2	100,0	2	0,7
Total	102	34,0	198	66,0	300	100,0

¹ Teste do Qui-Quadrado

Na data da alta, e relativamente às habilitações literárias, foram registados 35 casos (22,2%) de UP nos utentes com habilitações literárias do 4º ao 6º ano, 35 (29,4%) nos utentes sem educação e 2 casos nos utentes com o 9º ano (10,0%). As diferenças encontradas na presença de UP por habilitações literárias na data da alta, não são significativas do ponto de vista estatístico ($\chi^2_4 = 5,303$; $p > 0,05$). Os resultados apresentam-se na Tabela 32.

Tabela 32. Prevalência de UP na data da alta em relação às habilitações literárias.

	Prevalência de UP na data da alta						χ^2	p
	Sim		Não		Total			
Hab. Literárias	n	%	n	%	n	%		
Sem educação	35	29,4	84	70,6	119	100	5,303	0,261
4ª ano - 6º ano	35	22,2	123	77,8	158	100		
9º ano	2	10,0	18	90,0	20	100		
11º- 12º ano	0	0,0	1	100,0	1	100		
Bach./Mestrado	0	0,0	2	100,0	2	100		
Total	72	24,0	228	76,0	300	100,0		

¹ Teste do Qui-Quadrado

Verificou-se igualmente uma diminuição da prevalência de UP desde a data da admissão até à alta.

No que se refere à situação profissional na data da admissão (Tabela 33), foram registados 96 casos (35,2%) de UP nos reformados, 5 (26,3%) em empregados e 1 caso de UP num desempregado (20,0%). As diferenças encontradas na presença de UP em relação à situação profissional na data da admissão, não são significativas do ponto de vista estatístico ($\chi^2_3 = 2,647$; $p > 0,05$).

Tabela 33. Prevalência de UP na data da admissão em relação à situação profissional.

	Presença de UP na data da admissão						χ^2	p
	Sim		Não		Total			
Sit. Profissional	n	%	n	%	n	%		
Empregado	5	26,3	14	73,7	19	100	2,647	0,469
Desempregado	1	20,0	4	80,0	5	100		
Reformado	96	35,2	177	64,8	273	100		

Doméstico	0	0,0	3	100,0	3	100
Total	102	34,0	198	66,0	300	100,0

¹ Teste do Qui-Quadrado

Na data da alta, e relativamente à situação profissional (Tabela 34), registam-se 66 casos (24,2%) de UP nos reformados, 5 (26,3%) nos empregados e 1 caso de UP num desempregado (20,0%). As diferenças encontradas na presença de UP em relação à situação profissional na data da alta, não são significativas do ponto de vista estatístico ($\chi^2_3 = 1,052$; $p > 0,05$).

Tabela 34. Prevalência de UP na data da alta em relação à situação profissional.

Sit. Profissional	Prevalência de UP na data da alta						χ^2	p
	Sim		Não		Total			
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Empregado	5	26,3	14	73,7	19	100	1,052	0,829
Desempregado	1	20,0	4	80,0	5	100		
Reformado	66	24,2	207	75,8	273	100		
Doméstico	0	0,0	3	100,0	3	100		
Total	72	24,0	228	76,0	300	100,0		

¹ Teste do Qui-Quadrado

Da análise das tabelas anteriores, comparando a percentagem de casos de UP entre a admissão e a alta, de acordo com a situação profissional, observou-se uma diminuição nos valores em cada um dos grupos profissionais, desde a admissão até à alta.

RELAÇÃO ENTRE A PREVALÊNCIA DE UP E VARIÁVEIS CLÍNICAS

Na data da admissão, registam-se 89 casos (51,4%) de UP nos utentes com incontinência frequente, 8 (12,7%) nos utentes com incontinência ocasional apenas 5 (7,8%) casos de UP nos utentes em quem não se observava incontinência. As diferenças encontradas na presença de UP em relação à frequência de incontinência na data de admissão, são significativas do ponto de vista estatístico ($\chi^2_2 = 55,833$; $p < 0,01$). Os resultados apresentam-se na tabela seguinte.

Tabela 35. Prevalência de UP na data da admissão em relação à Frequência da Incontinência.

Frequência Incontinência	Prevalência de UP na data da admissão						χ^2	<i>p</i>
	Sim		Não		Total			
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Não	5	7,8	59	92,2	64	100	55,833	0,000**
Ocasional	8	12,7	55	87,3	63	100		
Frequente	89	51,4	84	48,6	173	100		
Total	102	34,0	198	66,0	300	100,0		

** $p < 0,01$; ¹ Teste do Qui-Quadrado

Na data da alta (Tabela 36), registam-se 66 casos (38,2%) de UP nos utentes com incontinência frequente, 3 (4,8%) nos utentes com incontinência ocasional também 3 (4,7%) casos de UP nos utentes em quem não se observava incontinência. As diferenças encontradas na presença de UP em relação à frequência de incontinência na data de alta, são significativas do ponto de vista estatístico ($\chi^2_2 = 44,874$; $p < 0,01$).

Tabela 36. Prevalência de UP na data da alta em relação à Frequência da Incontinência.

Frequência Incontinência	Presença de UP na data da alta						χ^2	<i>p</i>
	Sim		Não		Total			
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Não	3	4,7	61	95,3	64	100	44,874	0,000**
Ocasional	3	4,8	60	95,2	63	100		
Frequente	66	38,2	107	61,8	173	100		
Total	72	24,0	228	76,0	300	100,0		

** $p < 0,01$; ¹ Teste do Qui-Quadrado

Em relação ao tipo de incontinência na data da admissão (Tabela 37), registam-se 88 casos (54,3%) de UP nos utentes com incontinência dupla, 8 (11,9%) nos utentes com incontinência urinária, 2 (20,0%) nos utentes com incontinência fecal e apenas 4 (6,6%) casos de UP nos utentes em quem não se observava incontinência. As diferenças encontradas na presença de UP em relação ao tipo de incontinência na data de admissão, são significativas do ponto de vista estatístico ($\chi^2_3 = 65,686$; $p < 0,01$).

Tabela 37. Prevalência de UP na data da admissão em relação ao tipo de incontinência.

		Prevalência de UP na data da admissão						χ^2	<i>p</i>
		Sim		Não		Total			
Tipo de Incontinência		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Urinária		8	11,9	59	88,1	67	100	65,686	0,000**
Fecal		2	20,0	8	80,0	10	100		
Dupla		88	54,3	74	45,7	162	100		
Nenhuma		4	6,6	57	93,4	61	100		
Total		102	34,0	198	66,0	300	100,0		

** $p < 0,01$; ¹ Teste do Qui-Quadrado

Em relação ao tipo de incontinência na data da alta (Tabela 38), registam-se 66 casos (40,7%) de UP nos utentes com incontinência dupla, 2 (3,0%) nos utentes com incontinência urinária, 2 (20,0%) nos utentes com incontinência fecal e apenas 2 (3,3%) casos de UP nos utentes em quem não se observava incontinência. As diferenças encontradas na presença de UP em relação ao tipo de incontinência na data de alta, são significativas do ponto de vista estatístico ($\chi^2_3 = 55,560$; $p < 0,01$).

Tabela 38. Prevalência de UP na data da alta em relação ao tipo de incontinência.

		Prevalência de UP na data da alta						χ^2	<i>p</i>
		Sim		Não		Total			
Tipo de Incontinência		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Urinária		2	3,0	65	97,0	67	100	55,560	0,000**
Fecal		2	20,0	8	80,0	10	100		
Dupla		66	40,7	96	59,3	162	100		
Nenhuma		2	3,3	59	96,7	61	100		
Total		72	24,0	228	76,0	300	100,0		

** $p < 0,01$; ¹ Teste do Qui-Quadrado

No que diz respeito à utilização de sonda vesical (Tabela 39), registam-se 76 casos (62,3%) de UP nos utentes que a utilizavam sendo apenas de 26 (14,6%) o número de casos de utentes em que tal não acontecia. As diferenças encontradas na presença de UP em relação à utilização de sonda vesical, na data da admissão, são significativas do ponto de vista estatístico ($\chi^2_1 = 73,360$; $p < 0,01$).

Tabela 39. Prevalência de UP na data da admissão em relação à sonda vesical.

	Prevalência de UP na data da admissão						χ^2	p
	Sim		Não		Total			
Sonda Vesical	n	%	n	%	n	%		
Não	26	14,6	152	85,4	178	100	73,360	0,000**
Sim	76	62,3	46	37,7	122	100		
Total	102	34,0	198	66,0	300	100,0		

** $p < 0,01$; ¹ Teste do Qui-Quadrado

Na data da alta (Tabela 40), registam-se 63 casos (52,6%) de UP nos utentes que utilizavam sonda vesical sendo apenas de 9 (5,1%) o número de casos de utentes em tal não acontecia. As diferenças encontradas na presença de UP em relação à utilização de sonda vesical na data da alta, são significativas do ponto de vista estatístico ($\chi_1^2 = 86,118$; $p < 0,01$).

Tabela 40. Prevalência de UP na data da alta em relação à sonda vesical.

	Prevalência de UP na data da alta						χ^2	p
	Sim		Não		Total			
Sonda Vesical	n	%	n	%	n	%		
Não	9	5,1	169	94,9	178	100	86,118	0,000**
Sim	63	51,6	59	48,4	122	100		
Total	72	24,0	228	76,0	300	100,0		

** $p < 0,01$; ¹ Teste do Qui-Quadrado

No que diz respeito ao diagnóstico principal (Tabela 41), verificou-se que a 68 (87,2%) dos utentes diagnosticados com úlcera crónica da pele tinham UP, 13 utentes (13,1%) dos diagnosticados com doença vascular cerebral, 6 (9,4%) dos que apresentam fraturas, surgiram 3 casos (23,1%) naqueles que tinham neoplasias, 3 casos (25,0%) nos com insuficiência renal, 2 casos (28,6%) naqueles que tinham degeneração cerebral, 2 casos (25,0%) nos com doença cardíaca e 5 casos (28,6%) com outro tipo de diagnóstico. As diferenças encontradas na presença de UP em relação ao diagnóstico principal, na data da admissão, são significativas do ponto de vista estatístico ($\chi_7^2 = 137,140$; $p < 0,01$).

Tabela 41. Prevalência de UP na data da admissão de acordo com o diagnóstico principal.

	Prevalência de UP na data da admissão						χ^2	p
	Sim		Não		Total			
Diag. Principal	n	%	n	%	n	%		
Doença Vascular	13	13,1	86	86,9	99	100	137,140	0,000**

Cerebral Aguda						
Úlcera Crónica da Pele	68	87,2	10	12,8	78	100
Fraturas	6	9,4	58	90,6	64	100
Neoplasias	3	23,1	10	76,9	13	100
Doença Cardíaca	2	25,0	6	75,0	8	100
Insuficiência Renal	3	25,0	9	75,0	12	100
Degeneração Cerebral	2	28,6	5	71,4	7	100
Outros	5	26,3	14	73,7	19	100
Total	102	34,0	198	66,0	300	100,0

** $p < 0,01$; ¹ Teste do Qui-Quadrado

Finalmente, no que diz respeito ao diagnóstico principal na data da alta (Tabela 42), verificou-se que a 58 (74,4%) dos utentes diagnosticados com úlcera crónica da pele tinham UP, 1 utente (1,0%) dos diagnosticados com doença vascular cerebral, 2 (3,1%) dos que apresentam fraturas, surgiram 3 casos (23,1%) naqueles que tinham neoplasias, 2 casos (16,7%) nos com insuficiência renal, 2 casos (28,6%) naqueles que tinham degeneração cerebral, 1 caso (12,5%) nos com doença cardíaca e 3 casos (15,8%) com outro tipo de diagnóstico. As diferenças encontradas na presença de UP em relação ao diagnóstico principal, na data da alta, são significativas do ponto de vista estatístico ($\chi^2 = 154,292$; $p < 0,01$).

Tabela 42. Prevalência de UP na data da alta de acordo com o diagnóstico principal.

	Prevalência de UP na data da alta						χ^2	p
	Sim		Não		Total			
Diag. Principal	n	%	n	%	n	%		
Doença Vascular Cerebral Aguda	1	1,0	98	99,0	99	100	154,292	0,000**
Úlcera Crónica da Pele	58	74,4	20	25,6	78	100		
Fraturas	2	3,1	62	96,9	64	100		
Neoplasias	3	23,1	10	76,9	13	100		
Doença Cardíaca	1	12,5	7	87,5	8	100		
Insuficiência Renal	2	16,7	10	83,3	12	100		
Degeneração Cerebral	2	28,6	5	71,4	7	100		
Outros	3	15,8	16	84,2	19	100		
Total	72	24,0	228	76,0	300	100,0		

** $p < 0,01$; ¹ Teste do Qui-Quadrado

RELAÇÃO ENTRE A PREVALÊNCIA DE UP E RISCO

Na data de admissão observou-se 99 casos (41,9%) de prevalência de UP nos participantes com risco alto. Observou-se apenas 3 (4,7%) situações de prevalência de UP nos utentes que apresentam nesta data, baixo risco. As diferenças encontradas na presença de UP em relação ao risco, na data da admissão, são significativas do ponto de vista estatístico ($\chi^2_1 = 31,151$; $p < 0,01$). Os resultados apresentam-se na Tabela 43.

Tabela 43. Prevalência de UP na data da admissão em relação ao Risco na admissão.

Risco	Prevalência de UP na data da admissão						χ^2	p
	Sim		Não		Total			
	n	%	n	%	n	%		
Alto Risco	99	41,9	137	58,1	236	100	31,151	0,000**
Baixo Risco	3	4,7	61	95,3	64	100		
Total	102	34,0	198	66,0	300	100,0		

** $p < 0,01$; ¹ Teste do Qui-Quadrado

Na data de alta foram observados 71 casos (30,0%) de prevalência de UP nos que possuíam risco alto e apenas uma (1,6%) situação de presença de UP num utente que apresentavam nesta data, baixo risco. As diferenças encontradas na presença de UP em relação ao risco, na data da admissão, são significativas do ponto de vista estatístico ($\chi^2_1 = 21,962$; $p < 0,01$). Os resultados apresentam-se na Tabela 44.

Tabela 44. Prevalência de UP na data da alta em relação ao Risco na alta.

Risco	Prevalência de UP na data da alta						χ^2	p
	Sim		Não		Total			
	n	%	n	%	n	%		
Alto Risco	71	30,0	166	70,0	237	100	21,962	0,000**
Baixo Risco	1	1,6	62	98,4	63	100		
Total	72	24,0	228	76,0	300	100,0		

** $p < 0,01$; ¹ Teste do Qui-Quadrado

RELAÇÃO ENTRE A PREVALÊNCIA DE UP E INCAPACIDADE

Na data de admissão foram observados 98 casos (37,3%) de prevalência de UP nos utentes com incapacidade severa, apenas 3 (8,81,0%) situações de prevalência de UP nos utentes que apresentam nesta data incapacidade moderada e um caso (33,3%) de ausência de incapacidade (Tabela 45). As diferenças encontradas na presença de UP em relação ao grau de incapacidade, na data da admissão, são significativas do ponto de vista estatístico ($\chi^2_2 = 10,852$; $p < 0,01$).

Tabela 45. Prevalência de UP na data da admissão em relação à Incapacidade na admissão.

Incapacidade	Prevalência de UP na data da admissão						χ^2	p
	Sim		Não		Total			
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Severa	98	37,3	165	62,7	263	100	10,852	0,003**
Moderada	3	8,8	31	91,2	34	100		
Ausência	1	33,3	2	66,7	3	100		
Total	102	34,0	198	66,0	300	100,0		

** $p < 0,01$; ¹ Teste do Qui-Quadrado

Na data da alta foram observados 66 casos (34,2%) de prevalência de UP nos utentes com incapacidade severa. Observou-se apenas 5 (7,1%) situações de prevalência de UP nos utentes que apresentavam nesta data, incapacidade moderada e 1 caso (2,7%) nos utentes com ausência de incapacidade. As diferenças encontradas na presença de UP em relação ao grau de incapacidade, na data da alta, são significativas do ponto de vista estatístico ($\chi^2_2 = 31,108$; $p < 0,01$). Os resultados apresentam-se na Tabela 46.

Tabela 46. Prevalência de UP na data da alta em relação à Incapacidade na alta.

Incapacidade	Prevalência de UP na data da alta						χ^2	p
	Sim		Não		Total			
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Severa	66	34,2	127	65,8	193	100	31,108	0,000**
Moderada	5	7,1	65	92,9	70	100		
Ausência	1	2,7	36	97,3	37	100		
Total	72	24,0	228	76,0	300	100,0		

** $p < 0,01$; ¹ Teste do Qui-Quadrado

RELAÇÃO ENTRE A PREVALÊNCIA DE UP E IMC

Na data de admissão foram registados 39 casos (30,5%) de prevalência de UP nos utentes com peso normal. Observou-se 24 casos (80,0%) de utentes com UP e baixo peso, 15 casos (22,1%) nos utentes pré-obesos, 10 casos (27,8%) nos utentes obesos, e nos utentes sem informação do IMC nesta data em 14 utentes (36,8%) estavam presentes UP. As diferenças encontradas na presença de UP em relação ao IMC na data da admissão, são significativas do ponto de vista estatístico ($\chi^2_4 = 34,079$; $p < 0,01$). Os resultados apresentam-se na Tabela 47.

Tabela 47. Prevalência de UP na data da admissão em relação ao IMC na admissão.

	Prevalência de UP na data da admissão						χ^2	p
	Sim		Não		Total			
IMC	n	%	n	%	n	%		
Baixo Peso	24	80,0	6	20,0	30	100	34,079	0,000**
Peso normal	39	30,5	89	69,5	128	100		
Pré-obesidade	15	22,1	53	77,9	68	100		
Obeso	10	27,8	26	72,2	36	100		
S/ Inf.	14	36,8	24	63,2	38	100		
Total	102	34,0	198	66,0	300	100,0		

** $p < 0,01$; ¹ Teste do Qui-Quadrado

Na data de alta registou-se 28 casos (20,4%) de prevalência de UP nos utentes com peso normal (Tabela 48). Observou-se 20 casos (71,4%) de utentes com UP nos com baixo peso, 11 casos (15,9%) nos utentes pré-obesos, 3 casos (9,1%) nos utentes obesos e 10 utentes (30,3%) nos utentes sem registo de IMC. As diferenças encontradas na presença de UP em relação ao IMC na data da alta, são significativas do ponto de vista estatístico ($\chi^2_4 = 42,681$; $p < 0,01$).

Tabela 48. Prevalência de UP na data da alta em relação ao IMC na alta.

	Prevalência de UP na data da alta						χ^2	p
	Sim		Não		Total			
IMC	n	%	n	%	n	%		
Baixo Peso	20	71,4	8	28,6	28	100	42,681	0,000**
Peso normal	28	20,4	109	79,6	137	100		
Pré-obesidade	11	15,9	58	84,1	69	100		
Obeso	3	9,1	30	90,9	33	100		
S/ Inf.	10	30,3	23	69,7	33	100		
Total	72	24,0	228	76,0	300	100,0		

** $p < 0,01$; ¹ Teste do Qui-Quadrado

ASSOCIAÇÕES ENTRE O RISCO E A INCAPACIDADE

No sentido de detetar possíveis associações entre o risco (avaliado pela escala de Braden) e a incapacidade (avaliado pelo índice de Katz), desenvolveram-se correlações de Spearman.

Observam-se correlações estatisticamente significativas, positivas, moderadas a fortes, entre o risco na admissão e a incapacidade na admissão ($Rho=0,374$; $p<0.01$) e na alta ($Rho=0,503$; $p<0.01$), bem como entre o risco na alta e a incapacidade na admissão ($Rho=0,379$; $p<0.01$) e na alta ($Rho=0,512$; $p<0.01$). Foram ainda detetadas associações significativas do ponto de vista estatístico entre o risco na admissão e o risco na alta ($Rho=0,990$; $p<0.01$) e a incapacidade na admissão e a incapacidade na alta ($Rho=0,547$; $p<0.01$). Estes resultados apresentam-se na tabela 49.

Tabela 49. Correlações de Spearman- Risco vs. Incapacidade.

	Risco na admissão	Risco na alta	Incapacidade na admissão	Incapacidade na alta
Risco na admissão	-	0,990**	0,374**	0,503**
Risco na alta		-	0,379**	0,512**
Incapacidade na admissão			-	0,547**
Incapacidade na alta				-

** Correlação significativa ao nível de 0.01 (bilateral).

* Correlação significativa ao nível de 0.05 (bilateral).

Por fim, no sentido de detetar possíveis associações entre o risco (avaliado pela escala de Braden) e a prevalência de UP, desenvolveram-se correlações Phi. Observam-se correlações estatisticamente significativas, positivas, moderadas a fortes, entre o risco na admissão e a presença de UPS na admissão ($Phi=0,322$; $p<0.01$) e na alta ($Phi=0,274$; $p<0.01$), bem como entre o risco na alta e a presença de UPs na admissão ($Phi=0,318$; $p<0,01$) e na alta ($Phi=0,271$; $p<0,01$). Foram ainda detetadas associações significativas do ponto de vista estatístico entre a presença de UPs na admissão e na alta ($Phi=0,766$; $p<0.01$). Estes resultados apresentam-se na tabela 50.

Tabela 50. Correlações Phi - Risco vs. UP.

	Risco na admissão	Risco na alta	UP na admissão	UP na alta
Risco na admissão	-	0,990**	0,322**	0,274**
Risco na alta		-	0,318**	0,271**
UP na admissão			-	0,766**
UP na alta				-

** Correlação significativa ao nível de 0.01 (bilateral).

* Correlação significativa ao nível de 0.05 (bilateral).

5 - Discussão dos Resultados

Nesta parte do estudo é efectuada uma análise dos resultados obtidos articulada com o referencial teórico que o sustenta.

Considerando os dados demográficos da população estudada, observou-se que os participantes deste estudo, apresentaram uma idade média de 74,82 anos. Verificou-se também que 50% dos participantes apresentaram idade superior ou igual a 77 anos. Neste estudo verificou-se que a idade influenciou a prevalência de UP. Como se sabe a idade avançada (>65 anos) constitui, claramente, uma condição de risco para o desenvolvimento de UP, de forma directa, pelas alterações degenerativas cutâneas que lhe estão associadas, mas também de forma indirecta, por associação a múltiplas co-morbilidades, farmacoterapia diversa e limitação da mobilidade. No estudo de Prevalência de Úlceras por Pressão nos arquipélagos dos Açores, Madeira e Canárias realizado por Gonçalves et al. (2011), a média de idade da amostra é de 73,08 anos. De acordo com o Relatório de Monitorização da RNCCI (2014), a população da RNCCI em 2014 com idade superior a 65 anos representa 83,7% do total e a população com idade superior a 80 anos representa 46,1% do total. Significa que quase metade dos utentes da RNCCI é uma população muito envelhecida, condicionando assim os resultados da recuperação funcional.

Diferentemente de outros estudos, a população presente nesta pesquisa foi igual para os dois géneros (50%). De modo geral, em pesquisas com a população idosa, há um predomínio do sexo feminino, em decorrência da maior expectativa de vida e preservação da capacidade funcional. De acordo com os Censos de 2011, a sobrevivência da população masculina e a menor esperança de vida à nascença dos homens relativamente às mulheres ajudam a explicar a preponderância da população feminina à medida que a idade avança. Assim, analisando o Relatório de Monitorização da RNCCI (2014), o sexo feminino representa 54,7% dos utentes da população da RNCCI.

No nosso estudo, relacionando o género com a prevalência de UP na data da admissão foram registados 61 casos (21,3%) de UP em utentes do sexo masculino e apenas 41 casos (13,7%) em utentes do sexo feminino. Na alta registaram-se 45 casos (15,0%) de UP em utentes do sexo masculino e apenas 27 casos (9,0%) em utentes do sexo feminino. Deste modo, o sexo masculino influenciou a prevalência de UP o que está em consonância como um estudo realizado no Minnesota (EUA) por Takahashie e colegas

(2011) com indivíduos com idade superior a 60 anos (n=12650), estes identificaram o sexo masculino como um dos fatores significativos na incidência de UP.

Pelo contrário, num estudo realizado por Silva et al. (2011) num hospital universitário de Uberaba-MG (Brasil) com o propósito de avaliar os fatores de risco em utentes internados (n=189) estes verificaram que o género feminino era o mais representativo na amostra (52,3%). Similarmente, num estudo realizado por Souza e Gouveia (2010), em unidades de cuidados de saúde prolongados em Minas Gerais (Brasil), acerca da incidência de UP em idosos institucionalizados (n=94) os género feminino (62,8%) foi considerado um dos fatores preditivos para o desenvolvimento destas complicações.

No nosso estudo observou-se ainda uma descida do número de casos de UP quer no sexo masculino quer no sexo feminino desde a admissão até à alta.

O sexo e a idade foram classificados por outros autores como fatores de risco para o desenvolvimento de úlceras, o que também se pode observar no presente trabalho em que foi verificada associação estatisticamente significativa relativamente a estas duas variáveis.

Posteriormente analisou-se a proveniência/ origem dos participantes neste estudo. A maioria, 58,7% (n=158) veio de um hospital, 24% (n=72), uma percentagem elevada de indivíduos veio do seu domicílio e 14,0% vieram transferidos de unidades de convalescença.

No que diz respeito ao tempo de permanência na instituição, observou-se um tempo médio de M=92,36 dias, tendo variado de um mínimo de 2 dias a um máximo de 477 dias. Verificou-se ainda que 50% dos indivíduos que participaram neste estudo registaram um tempo máximo de permanência na instituição de 90 dias. De acordo com o Relatório de monitorização da RNCCI (2014), a demora média registada na tipologia de Média Duração e Reabilitação situou-se em 81 dias.

Em relação às causas de solicitação, as mesmas referem-se ao tratamento de feridas (n=87; 29,0%) ou gestão do regime terapêutico (n=14; 4,7%). Observa-se ainda que a maior parte dos utentes recorreu a este serviço no sentido de obter uma reabilitação funcional (n=199; 66,3%), Encontraram-se diferenças estatisticamente significativas em relação às várias causas de solicitação dos serviços. De acordo com o Relatório de monitorização da RNCCI (2014), no que diz respeito à causa de solicitação o tratamento de feridas e UP corresponde a 16%, por gestão do regime terapêutico 5% e para reabilitação funcional 80%.

Neste estudo, observou-se que 33,0% (n=99) dos participantes apresentam como diagnóstico principal doença vascular cerebral aguda sendo de 26,0% (n=78) a percentagem dos utentes que apresentam úlcera crónica da pele. Observam-se ainda casos de fraturas (n=64; 21,3%), neoplasias (n=13; 4,3%), doença cardíaca (n=8; 2,7%), insuficiência renal (n=12; 4,0%), degeneração cerebral (n=7; 2,3%) e ainda, 19 (6,4%) situações de outro

género. Encontraram-se diferenças estatisticamente significativas em relação ao diagnóstico principal efetuado aos participantes.

No que respeita à relação entre a prevalência de UP e o diagnóstico principal, um estudo realizado por Andrade et al. (2010) no serviço de Medicina I dos Hospitais da Universidade de Coimbra com o propósito de caracterizar os utentes portadores de úlceras de pressão, verificou-se que a totalidade dos indivíduos com esta complicação apresentava limitações graves de mobilidade e autonomia. Por outro lado, entre todas as comorbilidades associadas aos idosos, verificou-se relevância para as doenças neurológicas, presentes em 61% dos doentes com estas úlceras. Verificou-se ainda que 48% do total de doentes da população global com sequelas de neuropatia desenvolveu a úlcera de pressão.

De acordo com Jaul (2010) a presença de UP constitui uma síndrome geriátrica que consiste em condições patológicas multifatoriais. O efeito acumulativo das incapacidades devidas à imobilidade, deficiências nutricionais e doenças crónicas que envolvem múltiplos sistemas predispõe a pele envelhecida dos idosos a uma vulnerabilidade aumentada. Os fatores importantes a considerar incluem as patologias subjacentes ao indivíduo (como a doença vascular cerebral e doença pulmonar obstrutiva), gravidade da patologia primária (infecção ou fratura da anca), comorbilidades (demência ou diabetes mellitus), estado funcional (atividades de vida diárias), estado nutricional (dificuldade na deglutição) e grau de suporte social e emocional. No nosso estudo, na admissão, a percentagem de elementos com UP é superior para doentes que receberam como diagnóstico principal úlcera crónica de pele (22,7%). Além deste resultado, 13 utentes (4,3%) foram diagnosticados com doença vascular cerebral, 6 (2,0%) apresentavam fraturas, surgiram 3 casos (1,0%) de neoplasias, 3 casos (1,0%) de insuficiência renal, 2 casos (0,7%) de degeneração cerebral, 2 casos (0,7%) de doença cardíaca e 5 casos (1,7%) com outro tipo de diagnóstico.

No que se refere à avaliação da dor observou-se que na admissão, 52% (n=156) dos indivíduos apresentavam dor de intensidade 1 sendo de 26,0% (n=78) a percentagem dos que não apresentavam nenhuma dor, neste momento. Estas percentagens registaram uma evolução favorável tendo-se verificado que a percentagem de indivíduos que na alta apresentaram intensidade 0 foi de 51,3% (n=154) tendo sido de 39,0% (n=117) a percentagem dos que apresentavam intensidade 1. É de registar ainda que 17,0% (n=51) indivíduos registavam, na data da admissão, uma dor de intensidade 2 e que essa percentagem sofreu uma forte diminuição quando avaliada na data da alta, momento em que se registaram apenas 6,3% (n=19) pacientes com dor desta intensidade. Situação semelhante ocorreu para os participantes que apresentavam um nível 4 de dor na data da admissão (n=3; 1,0%). No momento da alta apenas 0,3% (n=1) dos participantes

apresentavam este tipo de dor. Observaram-se diferenças estatisticamente significativas na intensidade da dor quer no momento da admissão quer no momento da alta.

Um dos factores importantes na origem das UP é a exposição da pele à humidade excessiva, provocada pela incontinência urinária, anal e transpiração. Numa pesquisa conduzida por Silva et al. (2011) observou-se a relação entre alterações urinárias, pontuação de risco segundo Braden e UP. Os resultados conferiram maior risco aos doentes incontinentes devido à exposição excessiva à humidade. Os resultados do nosso estudo evidenciam que a percentagem de elementos com UP é superior para os que apresentam incontinência frequente (urinária e dupla). Verifica-se, deste modo, na data da admissão, 88 casos (29,3%) de UP em utentes com incontinência dupla, 8 (2,7%) em utentes com incontinência urinária, 2 (0,7%) em utentes com incontinência fecal e apenas 4 (1,3%) casos de UP em utentes em quem não se observava incontinência. Na alta registou-se uma diminuição dos casos nos diferentes tipos de incontinência, sendo as diferenças encontradas na prevalência de UP em relação ao tipo de incontinência, significativas do ponto de vista estatístico.

Como referem Rocha e Andrade (2006), critérios antropométricos e bioquímicos de má-nutrição estão associados a um aumento da incidência e gravidade das UP. Meijers et al.(2008), referem que a desnutrição, além de aumentar o risco de úlceras, prejudica a sua cura. Isto deve-se à redução de nutrientes disponíveis para reparo e manutenção teciduais, resultando em perda do “efeito amortecedor” do tecido adiposo, menor resistência cutânea, fraqueza geral, mobilidade reduzida e edema. Os mesmos autores relatam que uma combinação de perda de massa magra e imobilidade aumenta o risco de UP para 74,0%.

Neste estudo, relativamente ao estado nutricional, verificou-se que, na data de admissão, uma elevada percentagem de participantes, 42,7% (n=128) apresentava peso normal. Ainda assim 10,0% (n=30) apresentavam baixo peso, 22,7% (n=68) estavam em pré-obesidade e 12,0% (n=36) eram obesos. Verificou-se ainda a não existência de informação relativa ao IMC em 12,7% (n=38) dos participantes. Verificou-se uma diminuição de casos de obesidade na data da alta, momento em que a percentagem dos mesmos foi de 11,0% (n=33). Foram avaliados 69 participantes (23,0%) com pré-obesidade, 137 (45,7%) foram considerados normais e o número de casos com baixo peso desceu para 28 (9,3%). Registaram-se ainda 33 casos (11,0%) de situações sem este tipo de informação. As diferenças encontradas nas percentagens referidas são estatisticamente significativas, quer no momento da admissão, quer no momento da alta. Félix e Souza (2009), observaram um risco nutricional em 83,8% dos idosos quando considerado pelo menos um dos índices antropométricos abaixo da normalidade, e 75,7% de risco quando a miniavaliação nutricional foi empregada. Rauen et al.(2008) também encontraram uma alta prevalência (45,5%) de idosos com baixo peso, em instituição geriátrica, utilizando o Índice de Massa Corporal.

Relacionando a prevalência de UP e o IMC, na data de admissão foram registados 39 casos (13,0%) de presença de UP em utentes com peso normal. Observaram-se 24 casos (8,0%) de utentes com UP e baixo peso, 15 casos (5,0%) em utentes pré-obesos, 10 casos (3,3%) em utentes obesos, não existindo nos registos, informação, a esta data, do IMC de 14 utentes (4,7%). Na data de alta registaram-se 28 casos (9,3%) de presença de UP em utentes com peso normal. Observaram-se 20 casos (6,7%) de utentes com UP e baixo peso, 11 casos (3,7%) em utentes pré-obesos, 3 casos (1,0%) em utentes obesos, não existindo nos registos, informação, nessa data, do IMC de 10 utentes (3,3%). Neste estudo verificou-se que utentes com peso normal, nos dois momentos de avaliação, são os que apresentam maior prevalência de UP o que não se verifica noutros estudos. Num estudo sobre o estado nutricional e capacidade funcional na prevalência de UP em utentes hospitalizados realizado por Perrone et al. (2011), os resultados mostraram uma alta correlação da prevalência de UP na população desnutrida e com capacidade funcional reduzida. A relação com o estado nutricional só existiu em pacientes considerados gravemente desnutridos. Nessa população também ocorreram os casos mais avançados de úlcera de pressão. Isso sugere que o estado nutricional e a capacidade funcional têm um papel importante na génese das UP e uma nítida relação com a sua gravidade.

Os recursos materiais são um fator coadjuvante na prestação de cuidados de prevenção de UP e, conseqüentemente, redutor nos seus índices de prevalência e incidência. Neste estudo, verificou-se a utilização de equipamento de prevenção não elétrico em 83,0% das situações, sendo apenas de 10,0% os casos em que tal não se verificou. As diferenças encontradas nas percentagens referidas são estatisticamente significativas. Por outro lado, não se registou qualquer caso de utilização de equipamento elétrico quer na cama quer na cadeira.

No que diz respeito à periodicidade do reposicionamento, em 42% (n=126) das situações é realizado um reposicionamento a cada 3 horas, sendo de 4,7% (n=14) a percentagem de casos em que é realizado um reposicionamento a cada duas horas. Verifica-se a existência de uma elevada percentagem de situações relativamente às quais não existe qualquer informação (n=101; 33,7%). As diferenças encontradas nas percentagens referidas são estatisticamente significativas. A mudança de decúbito, hidratação da pele com creme hidratante e o colchão anti-escaras são algumas medidas preventivas para UP de fácil operacionalização. Porém, a utilização do colchão anti-escaras depende da sua compra pela instituição, enquanto a mudança de decúbito e a hidratação da pele dependem exclusivamente da prescrição realizadas pelos enfermeiros e das intervenções realizadas pela equipe de enfermagem. No local onde se realizou este estudo

não existe um colchão específico anti-escaras, nem almofadas específicas de posicionamento.

Desta forma, estudos de prevalência são importantes para descrever a ocorrência de uma deterioração do estado de saúde na população e a análise dos resultados deste tipo de estudo é capaz de subsidiar ações de planeamento e novas diretrizes que façam frente ao problema. De acordo com a literatura pesquisada os estudos internacionais apresentam grandes diferenças na prevalência das UP com variações significativas nos diversos países e dados que apontam prevalências de 4,7% a 22,9% nos hospitais e 7,7% a 83,6% nos lares (Meesterberends et al., 2011). No estudo conduzido por Andrade et al (2010) na cidade de Coimbra verificou-se que 79% dos utentes já possuíam a lesão na admissão enquanto 20% desenvolveram-na durante o internamento.

Neste estudo, relativamente à prevalência de UP, na data de admissão foram detetados 102 casos (34%) de úlcera de pressão (UP). Verificou-se ainda que, nos casos em que existe UP, 10,7% (n=32) dos participantes apresentam duas a três sendo de 8,6% (n=26) a percentagem dos que apresentam quatro ou mais UP. Apenas 14,7% (n=44) apresentam apenas uma UP. De acordo com Relatório de monitorização da RNCCI (2014), a prevalência de UP na RNCCI foi de 13%, o mesmo de 2013 e representando um decréscimo em relação a anos anteriores e a mais baixa até agora. Do total das úlceras de pressão 75% existiam na admissão na RNCCI, corroborando os dados deste estudo. A incidência de úlceras de pressão, de acordo com o mesmo relatório, em 2014 é de 3,2%. Esta percentagem representa um decréscimo acentuado em relação aos anos anteriores e a mais baixa de sempre. Por outro lado, e em relação à população estudada, não se observaram casos de desenvolvimento de novas UP durante o internamento.

Pode justificar-se a marcada prevalência de UP em UMDR pelo Ofício Circular nr.17 da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) datado de 8 de Julho de 2010, em que se estabelece que utentes com UP deverão ser referenciados para UMDR, o que constitui o tratamento das UP como uma prioridade na RNCCI.

Relativamente à classificação das UP, neste estudo, verificou-se que, na admissão, em 42,0% das situações (n=126) a UP é de Grau III, em 16,3% (n=49) de Grau I e em 4,7% (n=14) dos casos de Grau II. Foram apenas registados 10 casos (3,3%) de UPs de Grau IV. Verificou-se que em 16,7% (n=50) dos casos, a UP foi adquirida no domicílio, sendo de 14,3% a percentagem de casos em que as UP foram adquiridas noutra unidade de saúde. Apenas 3,3% (n=10) das UPs foram adquiridas num lar. As diferenças encontradas nas percentagens referidas para o grau da UP mais grave são estatisticamente significativas, verificando-se uma situação semelhante relativamente ao local onde a UP mais grave foi adquirida.

Mattia et al. (2010) realizaram um estudo descritivo e exploratório num hospital geral na cidade de Santos (Brasil) com 30 utentes internados na Unidade de Cuidados Intensivos que teve como objetivos identificar os principais fatores de risco para a ocorrência de úlcera de pressão e as medidas preventivas adotadas. Verificou-se que dos 30 indivíduos avaliados 36,7% apresentaram UP durante o período de realização da pesquisa. Quanto à classificação das lesões, 54,5% eram de grau II e 45,5% de grau I e III e com maior incidência nas regiões sagrada, calcâneos e trocânter.

Constatou-se ainda, que em 8,7% (n=26) das situações a UP mais grave se localiza no calcanhar, em 11,7% (n=35) no sacro e em 7,7% (n=23) no trocânter. Foram ainda observadas UPs mais graves na crista ilíaca (n=1; 0,3%) e nos maléolos (n=6; 2,0%). Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na localização da UP mais grave. De acordo com o estudo de Rogenski e Santos (2005), as regiões mais frequentes para o desenvolvimento de UP em hospitais são: calcâneos, sacrocóccigea e glúteo. A incidência de UP na região sacra pode variar de 30,5% a 33,6%, nos glúteos de 11,8% a 23,9% e nos calcâneos 24,6% a 42,4%(4,9). No estudo de Souza e Santos (2007), a localização predominante foi o maléolo (27,1%). No estudo realizado por Andrade et al (2010), do total de 170 úlceras de pressão registadas no conjunto de todos os internamentos, a região sacrocóccigea foi a localização mais afetada (62%). Em relação as demais localizações, 48% dos doentes apresentam estas úlceras nos calcâneos, 46% sobre os trocânteres femorais, 21% nos maléolos, 16% na região torácica dorsal, 8% no membro superior, 5% no pavilhão auricular e 2% na região occipital. Segundo estes autores, provavelmente, são as proeminências ósseas mais vulneráveis ao traumatismo por cisalhamento e pressão local.

No nosso estudo, na alta foram detetados 72 casos (24%) de UP, tendo aumentado para 76% (n=198) a percentagem de casos em que tal não foi detetada. Relativamente à localização da UP mais grave na data da alta, verificou-se que em 7,7% das situações (n=23) a UP mais grave se localiza no trocânter, em 6,7% (n=20) no sacro e em 6,0% (n=18) no calcanhar. Há ainda situações em que a mesma se localiza nos maléolos (n=5; 1,7%) ou na Crista Ilíaca (n=1; 0,3%). Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas tanto no grau, como na localização da UP mais grave na data da alta.

Citando Salcido R, Popescu A. (2006), as escalas de avaliação de risco, particularmente as de Braden e Waterlow, são, de acordo com a literatura internacional, armas poderosas na identificação de potenciais portadores de UP através da ponderação de diversos critérios no momento de admissão de um doente, e assim permitir a gestão dos recursos preventivos dirigindo-os para os grupos de risco, maximizando a eficácia dos procedimentos. Apesar de controversa, a aplicação destas escalas tem sido recomendada como parte da avaliação rotineira inicial de um doente internado.

Conforme Nogueira (2005) refere, as medidas preventivas podem ser feitas com a elevação dos pés com travesseiros colocados na região dos gêmeos, mudança de posição constante, proteção da pele com filme transparente e placa de hidrocolóide, além do uso de hidratação da pele e detecção precoce com exame diário das regiões. Outras úlceras observadas com frequência, como na região dos trocânteres do fêmur e dos maléolos, devem-se ao excesso de pressão pela permanência prolongada na posição lateral. Como nessas regiões a úlcera surge de forma mais rápida, ela atinge as camadas profundas em poucos dias. A detecção precoce e tratamento adequado podem reduzir a frequência da ocorrência dessas complicações.

A condição de diminuição da percepção sensorial e imobilização no leito indicam que os utentes não percebem ou não conseguem reagir ao desconforto ocasionado pelo excesso de pressão nas regiões de proeminências ósseas, e que têm maior dependência para se movimentarem para alívio da pressão. Essa condição aponta para a necessidade de assistência de enfermagem no uso de importantes medidas preventivas, que são a mudança de decúbito de 2 em 2 horas, uso de travesseiros e almofadas para posicionamento e proteção das proeminências ósseas e o uso de colchão especial como forma de aliviar a pressão nos tecidos. Pressão excessiva contribui para o desenvolvimento da UP por induzir à isquemia e necrose dos tecidos.

Neste estudo, o risco foi avaliado usando a Escala de Braden, em dois momentos distintos: momento de admissão e momento da alta. No momento da admissão foi registada uma pontuação total média de $M=14,60$ ($DP=2,630$) tendo-se observado uma pontuação mínima de 9 e máxima de 22 pontos. Observou-se ainda que 50% dos participantes registaram uma pontuação inferior ou igual a 14 pontos. Deste modo, na admissão, foram registados 78,7% ($n=236$) de casos de alto risco, sendo de apenas 21,3% ($n=64$) a percentagem de casos onde se registou baixo risco. No momento da alta foi registada uma pontuação total média de $M=16,65$ ($DP=3,403$) tendo-se registado uma pontuação mínima de 10 e máxima de 23 pontos. Observou-se ainda que 50% dos participantes registaram uma pontuação inferior ou igual a 16 pontos. Foram registados, nesta data, 54,0% ($n=162$) de casos de alto risco, sendo de apenas 46,0% ($n=138$) a percentagem de casos onde se registou baixo risco. Sobressai uma significativa diminuição das situações de alto risco desde a admissão até à alta tendo de um momento para o outro, consequentemente, aumentado a percentagem de casos de baixo risco.

Relacionando o risco com a prevalência de UP, na data de admissão foram observados 99 casos (33%) de prevalência de UP sendo o risco para a mesma considerado alto. Observaram-se apenas 3 (1,0%) situações de prevalência de UP em utentes que apresentavam nesta data, baixo risco. Na data de alta foram observados 71 casos (23,7%) de presença de UP sendo o risco para a mesma considerado alto. Observou-se apenas uma

(0,3%) situação de presença de UP num utente que apresentavam nesta data, baixo risco. As diferenças encontradas na prevalência de UP em relação ao risco, na data da admissão e da alta, são significativas do ponto de vista estatístico.

Na pesquisa realizada por Silva e colegas (2011) verificou-se que dos 64,9% dos utentes da Clínica Médica que apresentavam pontuação de alto risco segundo a escala de Braden, 19,4% desenvolveram úlcera de pressão. Na Unidade de Clínica Cirúrgica, dos 50% de indivíduos que apresentavam pontuação de risco segundo Braden 12,8% desenvolveram estas lesões.

No estudo realizado por Bettencourt e Gomes (2009), onde aplicaram a escala de avaliação de risco de Braden, verificou-se que 44,7% dos utentes eram considerados de alto risco e 55,2% de baixo risco. Em uma segunda avaliação foram observados os mesmos scores de Braden.

A autonomia nas atividades da vida diária foi avaliada através do índice de Katz em dois momentos distintos: momento de admissão e momento da alta.

Duque e colegas (2009) alertam para a relação existente entre mobilidade reduzida e desenvolvimento de úlceras de pressão, evidente em estudos que identificaram fatores relacionados com a mobilidade como importantes preditores independentes de ocorrência destas lesões.

Neste estudo, ao nível dos resultados obtidos no índice de Katz, quer em situação de admissão, quer em situação de alta, na maioria dos casos, os utentes revelaram-se sem autonomia para desempenhar as suas atividades de vida diária, como tomar banho, vestir-se, fazer a higiene, deslocar-se e alimentação.

Neste estudo, no momento da admissão foi registada uma pontuação total média de $M=0,41$ ($DP=1,26$) tendo-se registado uma pontuação mínima de 0 e máxima de 6 pontos. No momento da alta, estas pontuações foram de $M=1,26$ ($DP=1,575$) tendo-se também registado uma pontuação mínima de 0 e máxima de 6 pontos.

Por outro lado, classificou-se a incapacidade considerando-a severa quando a pontuação nesta escala se situa entre 0 e 1 pontos, moderada entre 2 e 3 pontos e ausência de incapacidade entre 4 e 6 pontos.

De acordo com esta classificação, foram registados na data da admissão 263 casos de incapacidade severa (87,7%), 34 casos de incapacidade moderada (11,3%) e apenas 3 casos de ausência de incapacidade (1,0%).

Por outro lado, na data da alta, o número de casos de incapacidade severa desceu para 193 (62,3%), tendo-se observado 70 casos (23,3%) de incapacidade moderada e 37 casos (12,3%) de ausência de incapacidade.

Verifica-se uma nítida diminuição da percentagem de casos de incapacidade severa desde a admissão até à alta tendo, em consequência sido observado um aumento significativo de casos de ausência de incapacidade e de incapacidade moderada. Na data da alta, a percentagem de casos que necessitavam de assistência manteve-se elevado, tendo-se contudo registado uma diminuição relativamente à data da admissão, em todos os itens.

No relatório de monitorização da RNCCI (2012), pode ler-se que em UMDR obteve-se uma melhoria em 24% dos utentes, oscilando entre 19% no Centro e 36% no Algarve, tendo o Alentejo 26%, LVT 25% e o Norte 24%. Nesta tipologia quando se analisam os diferentes itens da autonomia física, verifica-se que nível global o item Lavar/Tomar banho tem melhoria em 48% dos casos, o vestir/despir em 46%,deitar/levantar e sentar/levantar em 43% e autonomia alimentar em 38%.

Relacionando a prevalência de UP e a Incapacidade, na data de admissão foram observados 98 casos (32,7%) de prevalência de UP em utentes com incapacidade severa. Observaram-se apenas 3 (1,0%) situações de prevalência de UP em utentes que apresentavam nesta data, incapacidade moderada e um caso (0,3%) de ausência de incapacidade. Na data da alta foram observados 66 casos (22,0%) de prevalência de UP em utentes com incapacidade severa. Observaram-se apenas 5 (1,7%) situações de presença de UP em utentes que apresentavam nesta data, incapacidade moderada e 1 caso (0,3%) de ausência de incapacidade. As diferenças encontradas na presença de UP em relação ao grau de incapacidade, nos dois momentos, são significativas do ponto de vista estatístico.

Deste modo, poder-se-á dizer que os dados alcançados estão em consonância com o referido por Baranoski e Ayello (2006), segundo os quais a idade, imobilidade, a incontinência (fecal e vesical) e outras patologias são fatores de risco da úlcera de pressão, sendo esta uma referência corroborada por Ferreira et al. (2007).

Os resultados encontrados, também corroboram com o estudo de Faustino (2008), que constatou que o estado de dependência para AVD aumenta o risco para o desenvolvimento de UP.

Conclusões

Ao realizar este estudo, procurou-se conhecer a prevalência e os factores determinantes das UP, caracterizar o perfil demográfico e clínico dos doentes, analisar a utilização da Escala de Braden para avaliação de risco e avaliar a autonomia nas actividades de vida diária.

Relativamente ao estudo de prevalência de UP, na UMDR, verifica-se alta taxa de prevalência quer na admissão (34%), quer na alta (24%). De acordo com Relatório de monitorização da RNCCI (2014), a prevalência de úlceras de pressão na RNCCI foi de 13%.

Os dados do presente estudo demonstraram ainda uma amostra com alto risco para desenvolver úlcera por pressão, nos dois momentos avaliados (admissão e alta), embora se verifique uma diminuição das situações de alto de risco de um momento para o outro. Destacam-se ainda a incontinência dupla, a presença de sonda vesical, e a presença de incapacidade severa dos participantes para a realização das AVDs como factores determinantes na prevalência de UP.

Pode constatar-se uma reduzida quantidade de dispositivos de alívio de pressão bem como a inexistência existência de protocolos de prevenção. Considera-se, deste modo, que a proposta mais abrangente para promover a prevenção e reduzir a prevalência de UP consiste na elaboração e aplicação de Protocolos com base nas melhores evidências científicas

A escassez de estudos no país sublinhada por vários autores justifica que novos estudos sejam realizados com o objetivo de contribuir para a diminuição da prevalência de UP. Estudos como este não têm o objetivo direto de modificar a realidade, mas pelo menos podem indicar caminhos, soluções, lançar ideias e chamar a atenção dos profissionais de saúde para a problemática.

Assim, o enfermeiro deve atuar na prevenção, pois a UP não é apenas uma lesão aberta, exposta ao meio ambiente; é uma porta de entrada para a ocorrência de outras situações agravantes para o idoso.

Apesar da escassez de recursos em relação ao colchão anti-escaras de pressão alternada e almofadas de redistribuição de pressão, que a equipe de enfermagem não tinha acesso para realizar a prevenção da UP, a utilização de mudança sistemática de decúbito e hidratação da pele com creme hidratante, foram medidas eficazes para diminuir a

prevalência de UP na referida instituição. Porém, há necessidade de implantação de programas de prevenção, com a finalidade de diminuir a taxa de UP nos doentes.

É conveniente a elaboração de um protocolo para que se possa registrar as condições da pele do utente, localização anatómica das áreas susceptíveis e estágio de desenvolvimento das UP, durante a sua permanência na unidade.

Todos os trabalhos de investigação apresentam limitações e potencialidades. Como limitações encontradas pode referir-se o facto de o estudo ter sido realizado apenas numa Unidade de Cuidados Continuados, a UMDR da Santa Casa da Misericórdia de Seia, o que não permite generalizar resultados, já que a amostra é não probabilística por conveniência e de tamanho reduzido. Ainda é de referir o facto de o estudo ter um carácter retrospectivo e ser baseado em registos médicos e de enfermagem não totalmente uniformizados, pelo que os resultados e conclusões não estão isentos de eventuais enviesamentos.

Sugere-se a realização de outros estudos de prevalência e incidência de UP de forma a poder monitorizar a evolução desta a nível da RNCCI pela importância que a mesma assume na sociedade actual.

Considera-se que o desenvolvimento deste trabalho contribuiu para o crescimento pessoal e profissional, permitindo aprofundar competências na pesquisa bibliográfica e perceber a importância de uma prática de enfermagem baseada na evidência científica.

Lista de Referências

- Andrade, P., Pereira, F., Santos, L., Saldanha, M. (2010). *Úlceras de pressão: casuística de um Serviço de Medicina Interna*. Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, 17 (1), 13-20.
- Banks M, Bauer J, Graves N, Ash S. (2010). *Malnutrition and pressure ulcer risk in adults in Australian health care facilities*. Nutrition, Setembro (26). PubMed. PMID: 20018434.
- Baranoski, S.; Ayello, E.A. (2006). *O essencial sobre o tratamento de feridas – Princípios Práticos*. Loures: Lusodidáctica- Sociedade Portuguesa de Material Didáctico, Lda..
- Bergquist, S. (2005). *The quality of pressure ulcer prediction and Prevention in home health care*. New Jersey: Appl Nurs Res, v.18, n.3, p. 148-154.
- Bettencourt, F., Gomes, L. (2009). *Prevalência de Úlceras por Pressão no serviço de internamento do Centro de Saúde de Vila Franca do Campo*. Percursos, 13, 3-10.
- Cardoso, Leocádia; et al.(2006). Estudo de prevalência de Úlceras por Pressão: um distinto percurso metodológico. Enfermagem e Úlceras por Pressão: Da Reflexão sobre a Disciplina às Evidências nos Cuidados (pp.299-306). Grupo ICE. ISBN: 978-972-8612-41-2. (Substituir no texto pelo grupo ice)
- Costeira, A. (2011). *Importância da nutrição para o tratamento das úlceras de pressão*. Atheneu; 165-71.
- Decreto-Lei nº 101/2006. (2006, Junho 6). Criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Diário da República, 1 (109), pp.3856-3856. Acedido em . https://www.adse.pt/document/Decreto_Lei_101_2006.pdf
- Duarte, Y.; Andrade, C.; Lebrão, M. (2007). *O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos*. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n2/20.pdf>

- Duque et al. (2009). *Manual de Boas práticas: úlceras de pressão – uma abordagem de boas práticas*. Coimbra: Formasau.
- European Pressure Ulcer Advisory Panel And National Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP/ NPUAP). (2009). *Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide*. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel. P.9
- Faustino, A.M. (2008). *Úlcera por pressão e fatores de risco em pacientes hospitalizados com fratura de quadril e de fêmur*. (pp 131). Dissertação Mestrado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP
- Félix LN, Souza EMT. (2009). *Avaliação nutricional de idosos em uma instituição por diferentes instrumentos*. Rev Nutr; 22(4):571-80. doi: 10.1590/S1415-52732009000400012
- Ferreira, P.; Miguéns, C.; Gouveia, J.; Furtado, K. (2007). *Risco de desenvolvimento de úlceras de pressão – Implementação nacional da escala de Braden*. Lisboa: Lusociência.
- Fletcher, J. (2013). The use of dressings in pressure ulcer prevention: Unsafe practice or thinking differently? Review, Wounds UK, 9(4), 67-71. Acedido em http://www.wounds-uk.com/pdf/content_10988.pdf
- Fletcher, F. (2012). *Pressure ulcer management*. Wounds Essentials. Vol 7 issue 1.
- Fleck, A. (2012). *Pressure ulcers*. Journal of legal nursing consulting .
- Fontaine J, Raynaud-Simon A. (2008). *Pressure sores in geriatric medicine: the role of nutrition*. Presse Med., Julho-Agosto (37). PubMed. PMID: 18313887.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação*. Lusodidacta. ISBN: 9789898075185.
- Gomes, F.S.L., Magalhães, M.B.B. (2008). *Úlcera por pressão*. In: BORGES, E.L. et al. *Feridas: como tratar*. (2º Ed). Belo Horizonte: Coopmed. Cap.11, pp. 189-223.

- Gonçalves, L.; Jiménez Díaz, J.F.; Rodríguez de Vera, B.C.; Navarro García, E.; Navarro García R. (2011). Estudo de Prevalência de Úlceras por Pressão nos arquipélagos dos Açores, Madeira e Canárias. *Canarias Médica Y Quirúrgica Enero*.
- International Council of Nurses (2006). The ICN code of ethics for nurses. Retrieved February 14, 2009. Acedido em <http://www.icn.ch/icncode>
- Jaul, E. (2010). *Assessment and management of pressure ulcers in the elderly: current strategies*. *Drugs Aging*, 27 (4), 311-25.
- Iizaka S, Sanada H, Nakagami G, Sekine R, Koyanagi H, Konya C, Sugama J. (2010). *Estimation of protein loss from wound fluid in older patients with severe pressure ulcers*. *Nutrition*, Setembro (26). PubMed. PMID: 20022467.
- Mattia, A. et al. (2010). Úlcera por pressão em UTI: fatores de risco medidas de prevenção. *Saúde Coletiva*, 7 (46), 296-299.
- Martinez. (2008). *Las Úlceras por Presión: Una problemática prevenible*. In Colectânea: Enfermagem e Úlceras por Pressão: Da Reflexão sobre a Disciplina às Evidências nos Cuidados. Grupo ICE. Angra do Heroísmo. ISBN:978-972-8612-41-2
- Meesterberends, E. et al (2011). *Pressure ulcer incidence in Dutch and German nursing homes: design of a prospective multicenter cohort study*. Acedido em <http://www.biomedcentral.com/1472-6955/10/8>.
- Meijers JMM, Schols JMG, Jakson PA, Langer G, Clark M, Halfens RJG. (2008). *Differences in nutritional care in pressure ulcer patients whether or not using nutritional guidelines*. *Nutrition*. 24(2):127-32
- National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. (2014). *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide*. Emily Haesler (2ª Ed.). Australia. Cambridge Media: Osborne Park. ISBN: 978-989-98909-8-5

- Nogueira PC. (2005). *Ocorrência da úlcera por pressão em pacientes hospitalizados com lesão traumática na medula espinhal*. Dissertação de Mestrado. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP
- Perrone, Francine et al. (2011). *Estado nutricional e capacidade funcional na úlcera por pressão em pacientes hospitalizados*. Rev. Nutr. [online]. vol.24, n.3, pp. 431-438. ISSN 1415-5273. Acedido em <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732011000300006>.
- Pina, Elaine et al. (2010). *Prevenção das Úlceras de Pressão: Prática Baseada na Evidência*. GAIF. ISBN: 978-989-96624-0-7
- Pini, Luna; Alves, Paulo. (2012). *Prevalência, risco e prevenção de úlcera de pressão em unidades de cuidados de longa duração*. Dissertação de Mestrado em Evidência e decisão em Saúde. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Portugal, Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde. (2011). *Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q)*. Lisboa: DGS. Acedido em <file:///C:/Users/user/Downloads/i016045.pdf>
- Portugal, Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde. (2003). *A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. Lisboa: DGS. Acedido em <http://www.minsaude.pt/NR/rdonlyres/6861126B-C57A-46E1-316C0CF8DACD/0/ControlodaDor.pdf>
- Portugal, Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde. (2013). *Avaliação Antropométrica no Adulto*. Acedido em <http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/media/1204/avalia%C3%A7%C3%A3oantropom%C3%A9trica-no-adulto.pdf>
- Relatório de monitorização do desenvolvimento e da actividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) 1º Semestre de 2014. Acedido em http://www.acss.minsaude.pt/Portals/0/Relatório%20monitorização%20do%20desenvolvimento%20e%20da%20atividade%20da%20RNCCI_1º%20semestre%202014.pdf
- Relatório de monitorização do desenvolvimento e da actividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) 1º Semestre de 2012. Acedido em http://www.arslvt.minsaude.pt/uploads/document/file/681/rev_relatorio_1_semestre_2012.pdf

- Relatório de monitorização do desenvolvimento e da actividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) 1º Semestre de 2010. Acedido em http://www.arslvt.minsaude.pt/uploads/document/file/683/relatorio_anual_2010_28marco2011.pdf
- Review, I. (2010). Pressure ulcer prevention: pressure, shear, friction and microclimate in context. A consensus document. *Wounds international* .
- Ribeiro, António. (2008). *Úlceras de Pressão: Revisão de Conceitos*. Acedido em <http://arfr.no.sapo.pt>
- Ritto, C.; Rocha, F.; Costa, I.; Diniz, L.; Raposo, M.; Pina, P.; Milhomens, R.; Faustino, S. (2012). *Manual da Dor Crónica*. Lisboa: Fundação Grunenthal.
- Rocha JA, Miranda MJ, Andrade MJ. (2006). *Abordagem terapêutica das úlceras de pressão – intervenções baseadas em evidências*. *Acta Med Port.* 19:29-38.
- Rodriguez, A.; Soriano, J. (2011). *Fatores influenciadores dos cuidados de enfermagem domiciliários na prevenção de úlceras de pressão*. *Revista de Enfermagem Referência*, 5: 55-63.
- Rogenski NMB, Santos VLCG. (2005). *Estudo sobre a incidência de úlceras de pressão em um hospital universitário*. *Rev Latinoam Enferm.*
- Salcido R, Popescu A. (2006). *Pressure Ulcers and Wound Care*. Acedido em www.emedicine.com
- Silva, R., Figueiredo, N.; Meireles, I. (2010). *Feridas, fundamentos e actualizações em enfermagem*. São Caetano do Sul: Yendis.
- Silva, D. et al (2011). *Úlcera por pressão: avaliação de fatores de risco em doentes internados em um hospital universitário*. *Revista Eletrónica de Enfermagem*, 13 (1), 118-23. Acedido em <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n1/pdf/v13n1a13.pdf>

- Soriano L. et al. (2004). *The effectiveness of oral nutritional supplementation in the healing of pressure ulcers*. J Wound Care, London, v. 13, n. 8, pp. 319-322.
- Souza DMST, Santos VLCG. (2007). *Fatores de risco para o desenvolvimento de úlceras por pressão em idosos institucionalizados*. Revista Latino- Americana de Enfermagem. 15:958-64.
- Souza, D., Gouveia, S. V. (2010). *Incidence of pressure ulcers in the institutionalized elderly*. Journal Wound Ostomy and Continence Nursing, 37 (3), 272-6.
- Souza, D., Santos, V., Iri, H., Sadasue Oguri, M. (2010). *Predictive validity of the Braden Scale for Pressure Ulcer Risk in elderly residents of long-term care facilities*. Geriatrics Nursing, 31 (2), pp. 95-104.
- Tan, M. et al.(2008). *A Prospective, Descriptive Pressure Ulcer Risk Factor and Prevalence Study at a University Hospital in Turkey*. Ostomy Wound Management [Online], 53:2. Acedido em <http://www.o-wm.com/article/6775>>.
- Tschannen, Dana, et al. (2012). *Patient-specific and surgical characteristics in the development of pressure ulcers*. American Journal of Critical Care. Vol 21,2.
- Takahashi, P., Chandra, A., Cha, S. (2011). *Risk factors for pressure ulceration in an older community-dwelling population*. Advances in Skin & Wound Care, 24(2), 72-7.
- Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. (2008). *Importância da Avaliação Nutricional em Cuidados Continuados*. Acedido em <http://www.acss.min.saude.pt/Portals/0/Import%C3%A2ncia%20da%20avalia%C3%A7%C3%A3o%20nutricional%20em%20cuidados%20continuados.pdf>
- Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. (2011). *Manual do Prestador: Recomendações para a Melhoria Contínua*. Acedido em http://www4.seg-social.pt/documents/10152/3735071/Man_Prestador_UMCCI-RNCCI
- Vanderwee, K. et al. (2007). *Pressure ulcer prevalence in Europe: a pilot study*. Journal of Evaluation in Clinical Practice [Online], pp. 227-235. Acediso em WWW: <URL:<http://www3.interscience.wiley.com/journal/118001005/abstract>>

- Vangilder, C.; Amlung, S.; Harrison, P.; Meyer, S. (2009). *International Pressure Ulcer Prevalence Survey and a 3-Year, Acute Care, Unit-Specific Analysis*. *Ostomy Wound Management* [Online]. 55:11; 39-45. Acedido em <http://www.owm.com/content/results-2008-%E2%80%932009-international-pressure-ulcer-prevalence%E2%84%A2-survey-and-a-3-year-acute-care>
- Warriner, R.A. , Carter, M.J. (2011). *The current state of evidence-based protocols in wound care*. *Plast Reconstr Surg*. Jan;127 Suppl 1:144S-153S. doi: 10.1097/PRS.0b013e31820023dc.
- Wounds UK. (2013). *Pressure ulcer prevention in the acute setting: Using Aderma™ in practice*. *Wounds UK*, 9(4). Suplemento. Acedido em <URL: http://www.wounds-uk.com/pdf/content_10969.pdf
- Woodbury, M. G. et al. (2003). *Prevalence of Pressure Ulcers in Canadian Healthcare Settings*. [Online]. 50:10. Acedido em WWW:<URL:<http://www.owm.com/article/3189>>
- Zhao, G. et al. (2010). *A cross-sectional descriptive study of pressure ulcer prevalence in a teaching hospital in China*. *Ostomy Wound Management* [Online]. 56:2, 38-42. Acedido em <http://www.o-wm.com/content/a-cross-sectional-descriptive-study-pressure-ulcer-prevalence-a-teaching-hospital-china>>

ANEXOS

ANEXO 1 – Instrumento de Colheita de Dados

Sandra Cristina da Silva Pinto

Orientadora: Professora Doutora Rosa Martins

Instrumento de colheita de dados

***Prevalência e factores determinantes de desenvolvimento
de Úlcera por Pressão***

Dissertação de Mestrado em Enfermagem de
Reabilitação da Escola Superior de Saúde de Viseu

Os dados recolhidos com este instrumento de colheita de dados são estritamente confidenciais e garantem o anonimato.

Garante-se que posteriormente à realização do estudo de investigação, todos os instrumentos de colheita de dados serão destruídos.

Viseu, 2014

Parte 1 - Elementos Sociodemográficos

Sexo	1. Masculino	2. Feminino		Idade (anos)
Estado Civil	1. Solteiro	2. Casado / União de Facto	3. Viúvo	4. Divorciado / Separado	
Habilitações	Sem educação, educação 1ª (pre-1ª)				
	Primeiro estadio de educação básica (4ª classe/ 6º Ano)				
	Segundo estadio de educação básica (5º Ano antigo/ 9º Ano)				
	Educação secundária (7º Ano antigo/ 12ºAno)				
	Educação pós secundária (Bacharelato/ Mestrado)				
	Ultimo estadio de educação (Doutoramento/ Investigação Avançada)				
Situação Profissional	1. Empregado	2. Desempregado	3. Reformado	4. Domestico	

Parte 2 - Dados Relativos ao Internamento

Proveniência ou Origem	1. Hospital Agudos	2. Lar 3ª idade	3. Domicilio	4. Unidade da RNCCI. Qual?		
Tempo Permanência (dias)		Causa da solicitação			
Doenças Crónicas com episódio de Agudização		1. Sim	2. Não			
Diagnóstico Principal						
Diagnóstico (s) Secundário (s)						
Dor (Escala Visual Analógica)	Admissão			Alta		
	0	1	2	3	4	5
Incontinência / Frequência	1. Não	2. Ocasional	3. Frequente			
Incontinência / Tipo	1. Urinária	2. Fecal	3. Dupla	4. Nenhum		
Sonda Vesical	1. Não	2. Sim				

Estado Nutricional		
Índice Massa Corporal	Avaliação na Admissão	Avaliação na Alta
	Baixo peso < 18,5	Baixo peso < 18,5
	Peso normal 18,5 – 24,9	Peso normal 18,5 – 24,9
	Pré-Obesidade 25 – 29,9	Pré-Obesidade 25 – 29,9
	Obeso > 30	Obeso > 30
	Sem Informação	Sem Informação

Prevenção e Prevalência de UP

Equipamento Prevenção não eléctrico na cama ou na cadeira					1. Sim	2. Não	
Equipamento Prevenção eléctrico na cama ou na cadeira					1. Sim	2. Não	
Reposicionamento	1. Nenhum Planeado	2. A cada 2 horas	3. A cada 3 horas	4. A cada 4 horas ou mais	5. Sem informação		

No momento da admissão

Presença de UP	1. Sim	2. Não					
Total de UP	1. Nenhuma	2. Uma	3. 2 a 3	4. 4 ou mais			
UP Mais Grave	1. Grau I	2. Grau II	3. Grau III	4. Grau IV	5. N.A		
Loc. Onde a UP + Grav. foi Adquirida	1. ULMR	2. Domicilio	3. Outra Uni. Saúde	4. Lar	5. N.A		
Localiz. da UP + Grave	1. Sacro	2. Crista ilíaca	3. Trocânter	4. Maléolos	5. Calcanhar	6. Outro	7. N.A
Localização das outras UPS	1. Sacro	2. Crista ilíaca	3. Trocânter	4. Maléolos	5. Calcanhar	6. Outro	

No momento da Alta:

Presença de UP	1. Sim	2. Não					
Total de UP	1. Nenhuma	2. Uma	3. 2 a 3	4. 4 ou mais	5. N.A		
UP Mais Grave	1. Grau I	2. Grau II	3. Grau III	4. Grau IV	5. N.A		
Localiz. da UP + Grave	1. Sacro	2. Crista ilíaca	3. Trocânter	4. Maléolos	5. Calcanhar	6. Outro	7. N.A

Parte 3 - Avaliação de Risco

Escala de Braden					Admissão	Alta
Percepção sensorial	1. Completamente Limitada	2. Muito Limitada	3. Ligeiramente Limitada	4. Nenhuma Limitação		
Humidade	1. Pele Constantemente Húmida	2. Pele Muito Húmida	3. Pele Ocasionalmente Húmida	4. Pele Raramente Húmida		
Actividade	1. Acamado	2. Sentado	3. Anda Ocasionalmente	4. Anda Frequentemente		
Mobilidade	1. Completamente Imobilizado	2. Muito Limitada	3. Ligeiramente Limitado	4. Nenhuma Limitação		
Nutrição	1. Muito Pobre	2. Provavelmente Inadequada	3. Adequada	4. Excelente		
Fricção e Forças de deslizamento	1. Problema	2. Problema Potencial	3. Nenhum Problema			
					<u>Pontuação Total</u>	
Risco para úlcera de Pressão		1. Alto Risco (6-16)	2. Baix Risco (17-23)	<u>Classificação</u>		

Parte 4 - Avaliação da autonomia nas actividades de vida diária

Índice de Katz			Data	
Funções	Avaliação	Cotação	Admissão	Alta
Tomar Banho	Não recebe Assistência	1		
	Recebe assistência na lavagem de parte do corpo	0		
	Recebe assistência na lavagem de mais do que uma parte do corpo	0		
Vestir-se	Tira as roupas e veste-se completamente sem assistência	1		
	Tira as roupas e veste-se sem assistência excepto calçar	0		
	Recebe assistência para vestir e calçar	0		
Higiene / ir ao WC	Vai ao WC sem assistência	1		
	Vai ao WC com assistência	0		
	Não sai da cama	0		
Deslocar-se	Entra e sai da cama sem assistência	1		
	Entra e sai da cama com assistência	0		
	Não sai da cama	0		
Continência	Controla os esfíncteres	1		
	Tem acidentes ocasionais	0		
	É incontinente ou usa sonda vesical	0		
Alimentação	Alimenta-se sozinho sem assistência	1		
	Alimenta-se sozinho excepto no corte dos alimentos	0		
	Recebe auxílio para se alimentar	0		
		TOTAL		

Com Assistência = 0

Sem Assistência = 1

Fim

ANEXO II - Autorização para Colheita de Dados pela Mesa Administrativa da Santa Casa da
Misericórdia de Seia




Ministério da Educação e Ciência
Instituto Politécnico de Viseu

RECEBIDO EM 07/07/16
RESPONDIDO EM

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

Exmo. Sr.
Provedor da Santa Casa da Misericórdia de Seia
Dr. Alcides Henriques
Rua da Creche
6270-459 Seia

A mesa de
9/7/2014, digi
30/7/2014

Jurgen
30/7/2014

VOSSA REFERÊNCIA:

VOSSA DATA:

NOSSA REFERÊNCIA:

ESSV 0688 01-JUL-'14

ASSUNTO: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR COLHEITA DE DADOS

No âmbito da unidade curricular de Investigação, a Escola Superior de Saúde de Viseu e a estudante Sandra Cristina da Silva Pinto do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação estão a realizar um estudo subordinado ao tema "Prevalência e factores determinantes no desenvolvimento de Úlceras por Pressão". Pretende-se com este estudo Identificar a prevalência de Úlceras de Pressão assim como os principais factores determinantes em doentes internados, na Unidade de Média Duração e Reabilitação da Santa casa da Misericórdia de Seia integrada na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

Neste contexto, solicitamos a V. Ex.^a se digne autorizar a recolha de dados/informação, nos meses de Setembro/2014 a Novembro de 2014, na Unidade de Média Duração e Reabilitação da Santa Casa da Misericórdia de Seia.

Em anexo, enviamos um exemplar do Instrumento de Recolha de Dados.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.^a, caso se coadunem com os interesses da Instituição a que preside. Mais informamos que a professora coordenadora Rosa Maria Lopes Martins é a responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone da Escola 232419100 ou fax 232428343.

Agradecendo desde já a disponibilidades e atenção que possam dispensar ao assunto, subscrevemo-nos com consideração.

O Presidente da ESSV

Professor Doutor Carlos Pereira

Na re...
ta indicar a «nossa referência». Em cada ofício tratar só de um assun...

RM/AL