



e s c o l a s u p e r i o r d e
e n f e r m a g e m
d e c o i m b r a

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE GESTÃO DE UNIDADES DE CUIDADOS

Efetividade dos cuidados de enfermagem
na prevenção de úlceras de pressão

Luis Carlos Loureiro do Bálío

Coimbra, Outubro de 2015



e s c o l a s u p e r i o r d e
e n f e r m a g e m
d e c o i m b r a

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE GESTÃO DE UNIDADES DE CUIDADOS

Efetividade dos cuidados de enfermagem
na prevenção de úlceras de pressão

Luis Carlos Loureiro do Bálio

Orientador: António Fernando Salgueiro Amaral

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
para obtenção do grau de Mestre em
Enfermagem de Gestão de Unidades de Cuidados

Coimbra, Outubro de 2015

AGRADECIMENTOS

As primeiras palavras de agradecimento vão para o Professor Doutor António Amaral, por todo o apoio e disponibilidade, tanto de tempo como de grande parte dos dados utilizados neste estudo.

Agradeço aos enfermeiros chefe Maria José Abrantes e Fernando Mateus, pela colaboração e disponibilização de meios essenciais na recolha de dados e a todos os enfermeiros que participaram neste trabalho, pela colaboração e dedicação.

Agradeço à Filipa, pelo companheirismo e reforço positivo e à Clara, por tornar tudo relativo.

Agradeço também aos meus pais, Carlos e Fernanda, a toda a família, aos amigos e aos fiéis amigos.

Obrigado a todos.

LISTA DE SIGLAS

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde, IP

AHRQ - Agency for Healthcare Research and Quality

APTF - Associação Portuguesa da Tratamento de Feridas

AVC - Acidente Vascular Cerebral

CHUC - Centro Hospitalar Universitário de Coimbra

CPA - Colchões de Pressão Alternada

DGS – Direção Geral de Saúde

EPUAP - European Pressure Ulcer Advisory Panel

EUA - Estados Unidos da América

EWMA - European Wound Management Association

GAIF - Grupo Associativo de Investigação em Feridas

Grupo ICE - Grupo de Investigação Científica em Enfermagem

IMC - Índice de Massa Corporal

InterRAI-AC - International Resident Assessment Instrument - Acute Care

NHS - National Health Service

NPUAP - National Pressure Ulcer Advisory Panel

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNS - Plano Nacional de Saúde

PPPIA - Pan Pacific Pressure Injury Alliance

RSL - Revisão Sistemática da Literatura

SCD/E - Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem

UCC – Unidade de Cuidados Continuados

UP – Úlcera de Pressão

WOCNS - Wound, Ostomy, and Continence Nurses Society

RESUMO

As úlceras de pressão constituem um grave problema de saúde pública, com grandes prejuízos para pessoa doente, seus familiares, sociedade e instituições de saúde. A sua prevenção deverá ser um dos principais focos de atenção dos cuidados de enfermagem. Este estudo surge com o objetivo de compreender a influência dos cuidados de enfermagem na prevenção de úlceras de pressão e dos fatores potenciadores do seu desenvolvimento. Foi realizada uma análise quantitativa e descritiva de dados colhidos a uma amostra de 181 indivíduos internados num serviço de medicina interna de um centro hospitalar na região centro de Portugal. A colheita de dados foi realizada em dois momentos principais, entre Maio e Julho de 2012 e de forma retrospectiva entre Outubro e Dezembro de 2014. Com uma taxa de incidência de cerca de 1% e de prevalência de 11%, os resultados demonstram a importância da avaliação do risco através da escala de Braden, da colocação de superfícies de apoio e de um planeamento dos posicionamentos. Os fatores que se demonstraram mais capazes de influenciar o desenvolvimento de UP foram a idade avançada, a malnutrição e o contexto sociofamiliar, principalmente quando os indivíduos coabitam apenas com o cônjuge ou com outros familiares. Torna-se assim essencial que os enfermeiros e instituições de saúde compreendam a importância da realização de intervenções diretamente direcionadas para a prevenção de úlceras de pressão. Os enfermeiros deverão dar especial atenção ao contexto sociofamiliar e estado nutricional das pessoas a seu cuidado. É sugerido mais estudos sobre a importância que o contexto sociofamiliar poderá ter no desenvolvimento de úlceras de pressão e da importância da decisão clínica na implementação de medidas de prevenção.

Palavras-chave: úlcera de pressão, prevenção & controlo, avaliação do risco, enfermagem

ABSTRACT

Pressure ulcers are a serious public health problem, with large losses for the people, their families, society and health institutions. The prevention should be one of the major focus of attention of nursing care. This study aimed to understand the influence of nursing care in the prevention of pressure ulcers and comprehend which factors most influence the development of pressure ulcers. A quantitative and descriptive analysis of data was performed with a sample of 181 individuals admitted to an internal medicine department of a hospital center in the center region of Portugal. The data collection was performed in two key moments, between May and July 2012 and retrospectively between October and December 2014. With an incidence rate of about 1% and prevalence of 11%, the results demonstrate the importance of risk assessment through the Braden Scale, placing bearing surfaces and a planned positioning. Factors that have proved better able to influence the development of UP were advanced age, malnutrition and social-family context, particularly when individuals cohabit only with a spouse or other family members. It is therefore essential that nurses and health institutions understand the importance of directly targeted interventions to prevent pressure ulcers. Nurses should pay particular attention to social-family context and nutritional status of people in their care. It is suggested more studies on the importance of the social-family context can have on the development of pressure ulcers and the importance of clinical decision to implement preventive measures.

Keywords: pressure ulcers, prevention & control, risk assessment, nursing

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização da idade da amostra.....	45
Tabela 2 – Caracterização da amostra pelo estado civil	45
Tabela 3 – Proveniência dos doentes	46
Tabela 4 – Formas de Coabitação	46
Tabela 5 – Duração do internamento em intervalos	47
Tabela 6 – Destino após a alta	47
Tabela 7 – Frequências dos valores de IMC na admissão.....	48
Tabela 8 – UP na admissão e na alta, por gravidade.....	49
Tabela 9 – UP na admissão, por gravidade, entre doentes que não faleceram	49
Tabela 10 – UP na alta, por gravidade, entre doentes sem UP na admissão.....	50
Tabela 11 – Caracterização do score da Escala de Braden na admissão e na alta	51
Tabela 12 – Caracterização dos sub-scores da Escala de Braden na admissão e na alta	51
Tabela 13 - Tipo de UP na admissão e score da escala de Braden na admissão	52
Tabela 14 - Tipo de UP na alta e score da escala de Braden na alta.....	52
Tabela 15 – Tipo de UP por idade	53
Tabela 16 – Tipo de UP na admissão por proveniência.....	53
Tabela 17 – Tipo de UP na admissão por forma de coabitação	54
Tabela 18 – Tipo de UP na admissão por serviços de apoio na comunidade	55
Tabela 19 – Tipo de UP por dias de internamento em intervalos	55
Tabela 20 – Tipo de UP na admissão por IMC na admissão	56
Tabela 21 – Tipo de UP na admissão por superfície de apoio utilizado	57
Tabela 22 – Tipo de UP na admissão por dias até aplicação de dispositivo de alívio de pressão utilizado.....	57

Tabela 23 – Tipo de UP na admissão por frequência de posicionamentos	58
Tabela 24 – Tipo de UP na admissão por tipo de ajuda nos posicionamentos.....	58
Tabela 25 – Tipo de UP na admissão por capacidade de mobilidade na cama na admissão	59
Tabela 26 – Tipo de UP na admissão por realização de levante diário	59
Tabela 27 – Tipo de UP na admissão por dias até o 1º levante	60
Tabela 28 – Risco através de score da Escala de Braden na admissão por dispositivo de alívio de pressão utilizado	60
Tabela 29 – Risco através de score da Escala de Braden na admissão por dias até colocação de dispositivo de alívio de pressão.....	61
Tabela 30 – Risco através de score da Escala de Braden na admissão por frequência de posicionamentos	61
Tabela 31 – Risco através de score da Escala de Braden na admissão por tipo de ajuda no posicionamento	62
Tabela 32 – Risco através de score da Escala de Braden na admissão por realização de levante	62

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	15
1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	17
1.1 - ÚLCERAS DE PRESSÃO.....	17
1.1.1 - Pele	17
1.1.2 - Evolução histórica	18
1.1.3 - Etiologia	20
1.1.4 - Epidemiologia	23
1.1.5 - Impacto Económico.....	24
1.2 - PREVENÇÃO	26
1.2.1 - Avaliação do Risco de UP.....	26
1.2.1.1 - Escala de Braden.....	30
1.2.2 - Avaliação e cuidados com a pele	32
1.2.3 - Posicionamentos.....	33
1.2.4 - Superfícies de Apoio.....	36
1.2.5 - Nutrição	38
2 - METODOLOGIA	41
2.1 - TIPO DE ESTUDO	41
2.2 - OBJETIVOS DO ESTUDO E QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO	41
2.3 - INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS	41
2.4 - POPULAÇÃO E AMOSTRA	43
2.5 - VARIÁVEIS	43
2.6 - TRATAMENTO DE DADOS	43
2.7 - PRINCÍPIOS ÉTICOS.....	43
3 - RESULTADOS.....	45
4 - DISCUSSÃO	63
CONCLUSÃO	71
BIBLIOGRAFIA.....	73
ANEXOS	81

INTRODUÇÃO

Úlcera de pressão (UP) é uma lesão localizada na pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea, em resultado da pressão ou de uma combinação entre esta e forças de torção (*European Pressure Ulcer Advisory Panel, EPUAP & National Pressure Ulcer Advisory Panel, NPUAP, 2009*). Para Taylor, Lillis e LeMone (2007) a causa subjacente a uma UP é a compressão do tecido mole entre uma saliência óssea e uma superfície externa. Para os mesmos autores (2007), a população com maior risco de desenvolvimento de UP são os idosos, por um conjunto de vários fatores, nomeadamente o envelhecimento, doenças crónicas, imobilidade, desnutrição, incontinência fecal ou urinária e alterações do estado de consciência.

As UP constituem um grave problema de saúde pública, com elevados custos para a pessoa doente, seus familiares, sociedade e instituições de saúde (Aleixo, Escoval, Fontes & Fonseca, 2011). A prevenção das UP é um dos focos de atenção da prática de enfermagem, reconhecida como um dos indicadores capazes de revelar ganhos em saúde obtidos a partir das intervenções autónomas dos enfermeiros. Através da análise de custos, é imperioso que o foco deva ser a prevenção (Dealey, Posnett & Walker, 2012). Furtado (2001) refere que tem existido uma ambivalência entre cuidados preventivos e cuidados curativos, sendo dada prioridade aos segundos, o que comportará custos mais elevados para o doente, como para as instituições de saúde.

Atualmente, a preocupação com as questões relacionados com a qualidade dos serviços prestados tem dominado a gestão estratégica da maioria das organizações. Em saúde, a qualidade pode ser definida como a prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível técnico e profissional ótimo (Saturno, 1990, citado no Plano Nacional de Saúde 2012-2016). A medição de resultados obtidos nos doentes, associada à avaliação do processo que lhes deu origem é uma forma de atingir cuidados de qualidade. Esta pode ser medida através do impacto que as intervenções em saúde têm nas pessoas, seja na prevenção de complicações, seja na melhoria do estado de saúde ou da promoção do bem-estar e da qualidade de vida. Esta visão da medida é habitualmente designada de efetividade (Doran, Sidani, Keatings & Doidge, 2002).

A pertinência de uma investigação nesta área surge do facto de ainda não existir investigação suficiente que seja orientada para alterações resultantes das

intervenções de enfermagem na condição do doente.

O objetivo do estudo é compreender a influência dos cuidados de enfermagem na prevenção de UP e dos fatores potenciadores do seu desenvolvimento.

Foi realizado um estudo num serviço de medicina interna de um centro hospitalar da região centro de Portugal durante um período de aproximadamente três meses em que a colheita de dados foi realizada através da construção de um guia baseado no International Resident Assessment Instrument - Acute Care Portugal (InterRAI-AC), produzido e validado por Amaral, Ferreira e Gray (2014). Posteriormente, de forma retrospectiva, foram analisados os registos produzidos pela equipa de enfermagem no processo clínico de cada indivíduo, nomeadamente no domínio das intervenções para as UP e na avaliação do risco de UP através da escala de Braden.

A população foi composta por todos os doentes internados no referido serviço e a amostra, pelos doentes internados durante o período de realização do estudo, sendo excluídos todos os doentes com internamentos inferiores a 3 dias. O tratamento estatístico foi realizado com recurso ao SPSS versão 21 com utilização de medidas de frequência, tendência central e dispersão e análise descritiva dos resultados.

Este trabalho engloba uma parte conceptual e outra empírica. A parte conceptual está desenvolvida no capítulo 2, em que é realizado um enquadramento teórico da problemática. Neste capítulo são abordados dois grandes temas, divididos em dois subcapítulos, as úlceras de pressão e a prevenção das mesmas. O primeiro reúne bibliografia sobre a evolução histórica do conhecimento sobre UP, sua etiologia, fatores de risco, epistemologia e impacto económico deste problema. O segundo debruça-se sobre a prevenção de UP, agrupando informação sobre os principais métodos utilizados, pelos enfermeiros, para a prevenção de UP.

A segunda parte do trabalho, a empírica, é dividida em três capítulos: metodologia, resultados e discussão. Na metodologia são descritos todos os métodos utilizados nesta investigação, nomeadamente o tipo de estudo, os objetivos do estudo, a questão de investigação, os instrumentos de colheita de dados utilizados, a população e a amostra, as variáveis e os tratamentos a que os dados colhidos foram sujeitos. No capítulo dos resultados são apresentados todos os resultados do estudo, como a caracterização da amostra, taxa de prevalência e incidência de UP e cruzamentos de dados entre variáveis. O capítulo da discussão inclui a compreensão dos resultados obtidos e sua contextualização com a literatura mais atual sobre o tema.

Por último, no capítulo da conclusão são reunidos os principais resultados obtidos, expostas as principais dificuldades na elaboração deste trabalho e realizadas algumas sugestões tanto para aprofundar o conhecimento sobre este tema como para melhorar os cuidados de enfermagem, tendo como grande meta a prevenção de UP.

1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1 - Úlceras de Pressão

1.1.1 - Pele

A pele é o maior órgão do corpo humano, cobrindo uma área de cerca 2m², com um peso aproximado de 3kg e recebendo um aporte sanguíneo de praticamente um terço do volume de sangue circundante. Esta desempenha funções essenciais no organismo nomeadamente de proteção, termorregulação, percepção sensorial, metabolismo e expressão (Duque, *et al.*, 2009).

É constituída por duas camadas, a epiderme e a derme. A epiderme não é vascularizada e corresponde à camada mais fina da pele. Entre algumas das suas funções estão a manutenção da integridade cutânea contra agentes externos, a síntese de vitamina D e a capacidade de impedir a perda de água (Seeley, Stephens & Tate, 1997). Esta camada tem também uma grande capacidade de renovação, estando constantemente a produzir novas células. Entre os seus principais constituintes estão os filamentos de queratina, que lhe conferem a sustentação da pele, os melanócitos que produzem a melanina, composto responsável pela pigmentação da pele e as *células de Langerhans*, que exercem funções importantes no sistema imunitário (Silva, Figueredo & Meireles, 2007).

A derme é a parte mais profunda da pele sendo constituída por vasos sanguíneos, vasos linfáticos, glândulas sebáceas e sudoríparas, folículos pilosos e terminais nervosos. Nesta camada predomina o tecido conjuntivo irregular, que lhe confere uma maior flexibilidade e força estrutural (Seeley, Stephens & Tate, 1997). É assim constituída por fibras de colagénio, que promovem a sustentação e fibras elásticas, responsáveis pela flexibilidade (Silva, Figueredo & Meireles, 2007).

Não sendo uma parte integrante da pele, a hipoderme encontra-se estreitamente ligada à derme, sendo responsável pela ligação entre a pele e os constituintes do sistema músculo-esquelético (Seeley, Stephens & Tate, 1997). Também conhecida como tecido subcutâneo, a hipoderme é constituída por glândulas sudoríparas, vasos sanguíneos, pêlos e terminações nervosas. Tem como principais funções a proteção contra traumas, o armazenamento de uma reserva nutritiva e a sustentação que possibilita a mobilidade da pele sobre estruturas subjacentes (Silva, Figueredo &

Meireles, 2007).

Apesar da sua capacidade de proteção, a pele está constantemente em risco de agressão ou traumatismo. Quando estes estímulos são significativamente agressivos, a capacidade de adaptação celular da pele é excedida, o que poderá resultar em lesões tecidulares. O tipo do estímulo externo, a sua duração, intensidade e capacidade da pele em tolerar a agressão, vão ditar as consequências destes traumatismos na pele e a sua consequente lesão tecidular, que poderá ser uma maceração, laceração, queimadura ou ulceração (Silva, Figueredo & Meireles, 2007).

Para além de estímulos traumáticos, a pele é, visivelmente, dos órgãos mais afectados pelo envelhecimento natural do organismo. Segundo Seeley *et al* (1997), os primeiros sinais de involução poderão começar a surgir a partir dos 40 anos tornando-se especialmente evidentes depois dos 65 anos. As alterações celulares que ocorrem durante esta fase levam a mudanças estruturais, numéricas e funcionais que tornam a pele mais vulnerável a agressões, logo com mais probabilidade de ocorrerem lesões (Silva, Figueredo, & Meireles, 2007).

1.1.2 - Evolução histórica

A preocupação com a prevenção e o tratamento de UP data já vários séculos, até milénios. O relato mais antigo vem da antiga civilização egípcia, entre os anos de 2050-1800 AC, de uma sacerdotisa egípcia do qual no seu túmulo as UP teriam sido cobertas com peças de couro numa tentativa de recuperação da integridade física, (Van Rijswijk, 2004 citando Thompson, 1961). Uns séculos mais tarde, na antiga Grécia, Hipócrates sugere a remoção do tecido necrosado dando especial relevo à alimentação e ao exercício físico, evitando a falta da mobilidade (Dantas, 2003).

Já depois do ano 0, Avicena (980 – 1037 d.C), um médico e cientista muçulmano, refere que a prevenção destas lesões partia de se evitar que o doente dormisse de costas (Dealey, 2006).

Segundo Ferreira, Miguéns, Gouveia, & Furtado (2007) citando Soldevilla (2004) em 1583 foi descrita pela primeira vez, por Fabricius Hilanus, as características de uma UP referindo que as causas da mesma resultariam de uma conjugação de fatores externos naturais com internos sobrenaturais. Em 1722, os mesmos autores (2007) citando Miller e Glover (1999), identificam um grupo de investigadores que descreveu as UP como sendo causadas por pressão externa. Ainda no século dezoito, Ambroise Paré propôs a implementação de algumas intervenções como o suporte nutricional e psicológico, o tratamento de doenças simultâneas, o alívio da pressão e o tratamento da UP (Ferreira *et al*, 2007).

Já no século dezanove, Haberdern (1815) citado por Van Rijswijk (2004) escreve que é preciso deplorar a condição daqueles, que acamados, desenvolveram uma úlcera. Florence Nightingale, no livro “Notas sobre a enfermagem” estava atenta à fatalidade das UP, considerando-as como um aspeto que os enfermeiros teriam de ter preocupação. Para Nightingale as UP eram vistas como uma falha ou cuidados inadequados (Nightingale, 2005).

Pela mesma época Charcot, um médico francês, acreditava que as UP eram um fatalismo ao qual a medicina se alheava de responsabilização. Para Charcot, uma UP era inevitável, resultando de distúrbios tróficos como a lesão de um nervo. Charcot considerava as UP como um fator neurotrófico que levava a necrose tecidual, ficando esse período conhecido como a era do fatalismo trófico (van Rijswijk, 2004).

Só mais tarde, durante e após a I guerra mundial, com um número muito elevado de fraturas medulares e de indivíduos paraplégicos e tetraplégicos, se voltou a questionar o desenvolvimento, o tratamento e a prevenção das UP. Assim, foi já no século vinte que surgiram estudos que constataram que o controlo da incontinência e os posicionamentos contribuiriam para a redução do número de UP (Ferreira, Miguéns, Gouveia, & Furtado, 2007). Com o aumento de estudos que comprovavam que o alívio da pressão prevenia o aparecimento das UP, o termo úlcera de pressão terá começado a ser usado pela comunidade científica nos anos 70 (Kottner, Dassen & Lahmann, 2009).

O desenvolvimento de novos estudos fez perceber que a etiologia das UP se devia não exclusivamente ao alívio da pressão e à subnutrição, mas a um conjunto de muitos fatores que por si só não explicariam o desenvolvimento de uma UP.

Nas últimas décadas têm sido criadas várias organizações a nível nacional e internacional com a única preocupação da compreensão do desenvolvimento, prevenção e tratamento de UP. Entre elas estão a EPUAP, a NPUAP, a European Wound Management Association (EWMA). A nível nacional existe a Associação Portuguesa da Tratamento de Feridas (APTF), o Grupo Associativo de Investigação em Feridas (GAIF) e ELCOS – Sociedade Portuguesa de Feridas.

Atualmente as UP são de forma consensual divididas em 4 categorias de gravidade, de I a IV, mediante profundidade e lesão tecidual, sendo que a de categoria I será a lesão de menos gravidade até à de categoria IV, que se caracteriza pelo envolvimento de vários tecidos lesados (EPUAP & ANPUAP, 2009).

1.1.3 - Etiologia

Segundo Duque *et al.* (2009) o desenvolvimento de UP resulta essencialmente de três fatores / processos de desenvolvimento: a pressão, por oclusão direta dos vasos sanguíneos, a tensão tangencial, por oclusão do fluxo sanguíneo e o dano da microcirculação, por forças de fricção. Posteriormente veremos que a estes fatores, denominados na literatura como fatores extrínsecos, são acrescentados outros fatores que dependem das características individuais de cada pessoa, sendo assim denominados de fatores intrínsecos.

Relativamente aos fatores extrínsecos, a pressão nos capilares sanguíneos varia entre os 12mmHg e os 32mmHg. Quando a pressão exercida entre uma proeminência óssea e uma superfície dura é superior a estes valores ocorrerá uma isquémia localizada, da qual resultará a morte tecidual de toda a área sobre pressão. A intensidade da pressão não explica por si só este fenómeno. Para que ocorra a morte celular, esta pressão terá de ser aplicada por tempo suficiente (Flanagan, 2001). Segundo Rodriguez *et al* (2003) citado por Duque *et al.* (2009) existe uma relação direta entre a intensidade da pressão e o tempo durante o qual esta intensidade é exercida. No entanto, estas duas condicionantes variam de indivíduo para indivíduo estando dependentes de vários fatores, intrínsecos a cada pessoa.

A tensão tangencial ou deslizamento é uma força interna que ocorre quando duas superfícies adjacentes deslizam uma de encontro à outra. Este fenómeno é facilmente explicado quando, por exemplo, uma pessoa é colocada em Fowler e por ação da gravidade os seus componentes de estrutura, como os ossos e músculos, vão se movendo no sentido descendente mesmo que a pele permaneça imóvel. Este movimento levará a um estiramento e possível ruptura dos vasos sanguíneos (Flanagan, 2001).

A fricção é a força causada pelo contacto da pele com outra superfície em que ambas se movem em direções opostas ou pelo contacto da pele que se move sobre outra superfície que permanece estática. Este movimento poderá resultar em abrasão da pele e ruptura de vasos capilares, podendo originar uma UP (Duque, et al., 2009). Dealey (2006) acrescenta que a fricção de duas superfícies poderá resultar num processo de lesão por raspagem, no caso da pele com deterioração das camadas superiores de células epiteliais.

As UP desenvolvem-se principalmente sobre as proeminências ósseas. Entre os locais mais suscetíveis à ocorrência de uma UP estão a região da sacro, dos ísquios, trocânteres, calcâneos, maléolos, região occipital, dorso do pé e região patelar (Phipps, Sands & Marek, 2003).

Tal como já foi abordado, é possível encontrar na literatura a divisão entre fatores extrínsecos, explicitados nos parágrafos anteriores, e fatores intrínsecos, que mais que fatores que explicam o desenvolvimento de UP (como é o caso dos extrínsecos) são fatores de risco. Esta visão também é partilhada por Versluisen (1989) que utiliza o termo potenciadores para denominar os fatores extrínsecos e o termo determinantes para os fatores intrínsecos. A mesma autora (1989) explica que os fatores intrínsecos, que dependem de características individuais de cada pessoa, são determinantes no desenvolvimento de uma UP quando associados a algum dos fatores extrínsecos. Enquanto os fatores extrínsecos explicam o processo de desenvolvimento da UP, os fatores intrínsecos são as características que colocam a pessoa em risco de a desenvolver. Uma vez que a presença destes fatores intrínsecos não pode explicar o desenvolvimento de UP por si só, serão tratados ao longo do presente estudo como fatores de risco.

Segundo a EPUAP, a NPUAP e Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA) (2014), na mais recente edição do guia prático para a prevenção de UP, enumeram como fatores de risco a idade avançada, diminuição da perfusão e oxigenação, diminuição da perceção sensorial, subnutrição, aumento da humidade da pele e da temperatura corporal. Nixon (2004), para além da idade e subnutrição, acrescenta as lesões da espinal medula, diminuição da quantidade e qualidade de colagénio, diminuição da hemoglobina, diminuição do hematócrito, tabagismo, doenças vasculares.

Já Van Rijswijk (2004) refere que existem mais de cem factores de risco identificados na literatura, sendo de extrema importância a avaliação do risco de UP na admissão e uma avaliação completa do doente em causa.

Um estudo realizado na Alemanha com cerca de 35000 doentes revelou que os doentes que desenvolveram UP eram significativamente mais velhos (média de 57.9 anos de idade) e estiveram mais tempo internados (média de 26.6 dias de internamento) do que os que não desenvolveram (47.7 anos de idade e 8.2 dias de internamento de média). Outros fatores que destacam são a limitação da mobilidade e atividade, a presença de dor, a insuficiente hidratação e nutrição, a administração de fármacos com forte efeito sedativo, a deficiência sensorial algica, problemas de pele em proeminências ósseas, a ocorrência prévia de UP, problemas de pele inespecíficos e forças de fricção e tração (Gallant, Morin, St-Germain & Dallaire, 2009).

No Perú, foi realizado um estudo com cerca de 500 indivíduos como forma de compreender quais os fatores predisponentes do desenvolvimento de UP, tendo chegado a alguns fatores que se revelaram estatisticamente significativos. Entre estes estava a idade superior a 70 anos, dependência parcial ou total (para os autocuidados), disfunção cognitiva moderada ou grave, incontinência urinária,

malnutrição, risco médio ou alto segundo a escala de Norton, o diagnóstico de admissão de pneumonia, o antecedente pessoal de acidente vascular cerebral (AVC), o uso de cateter urinário e o uso de contenções mecânicas (Peralta, Varela & Gálvez, 2009).

Numa revisão sistemática da literatura (RSL), os fatores que mais frequentemente se revelaram como preditores do desenvolvimento de UP foram a diminuição mobilidade, alterações da perfusão sanguínea (incluindo a diabetes melittus) e o aumento da pressão na pele. Também se demonstraram relevantes a incontinência, o score da escala de Braden e a idade (Coleman, *et al.*, 2013).

A idade é efetivamente dos fatores mais mencionados na literatura. Van Rijswijk (2004) citando Bergstrom *et al* (1998) destaca que as UP são mais frequentes em idosos que em jovens, sendo que indivíduos que não desenvolveram ou não apresentam UP são 10 anos mais novos do que aqueles que desenvolveram. Young, Nikoletti, McCaul, Twigg e Morey (2002) referem que apenas dois fatores se mostraram estatisticamente significativos no seu estudo, sendo um deles a idade avançada. Russo (2006) relata que 72,3% dos doentes que desenvolveram UP no seu estudo tinham idade superior a 65 anos. Num estudo mais recente é explicitado que os doentes que apresentam uma UP são, em média, 10 anos mais velhos, com uma idade média de 71 anos, que os que não apresentam UP (Russo, Steiner, & Spector, 2008). Fogerty *et al.* (2008) referem novamente a idade como um fator preditor, com mais de metade dos indivíduos com mais de 75 anos (51,7%) a apresentarem pelo menos uma UP. Num estudo norte-americano, com mais de 350 indivíduos, o facto de ter idade superior a 70 anos também foi um dos três fatores que se demonstrou como preditor do desenvolvimento de UP (Slowikowski & Funk, 2010). Peralta, Varela e Gálvez (2009) referem que esta grande influência da idade poderá ser justificada pela nutrição ineficaz da pele e estrutura muscular diminuída. Dealey (2006) acrescenta que com o envelhecimento, há uma redução na quantidade e qualidade de colagénio na derme, proporcionando perdas nas propriedades elásticas da pele tornando-a mais frágil e suscetível a lesões.

Outro forte preditor do desenvolvimento de UP é o valor do risco através de uma escala. Não podendo ser considerado como um fator etiológico, parece que ser um preditor importante e a ter em conta. Assim, vários estudos apontam o score na escala de Braden como estatisticamente significativo na predição do risco de UP (Young, *et al.*, 2002; Slowikowski & Funk, 2010). A avaliação do risco de UP e mais especificamente a escala de Braden serão abordados mais aprofundadamente num ponto seguinte do presente trabalho.

Por fim, a nutrição também parece apresentar uma forte influência no desenvolvimento

de UP. A literatura revela uma relação clara entre a malnutrição e o desenvolvimento ou o risco de UP (Gunnarsson, Lönn & Gunningberg, 2009; Shahin, Schols, Tannen, Halfens & Dassen, 2010; Iizaka, *et al.*, 2010). Este tema também será aprofundado posteriormente.

1.1.4 - Epidemiologia

No estudo epidemiológico de UP é de relevar dois dados base, a prevalência e a incidência. O primeiro consiste no número de casos numa determinada população e num determinado tempo e possibilita ter uma visão global do estado de uma população. O segundo refere-se ao número de novos casos numa população num determinado momento e é um indicador essencial em todas as unidades que prestem cuidados de enfermagem, já que é a forma de compreender qual a efetividade dos cuidados que estão a ser prestados no que se refere à prevenção de UP.

Em Portugal, são ainda muito poucos os estudos que relatam dados epidemiológicos referentes às UP. O primeiro foi realizado pela EPUAP (2001), com um estudo de prevalência de UP em instituições hospitalares de cinco países europeus, nomeadamente Portugal, Bélgica, Itália, Suécia e Reino Unido. Numa amostra de 5947 doentes internados, 1078 (18,1%) apresentavam uma ou mais UP. Estratificando pelos cinco países envolvidos, chegaram a uma prevalência de 12,5% em Portugal (98 dos 784 indivíduos), a segunda mais baixa do estudo atrás da Itália (8%) e seguida da Bélgica (21%), Reino Unido (21%) e da Suécia (23%). No entanto, estes dados não podem ser generalizados a nível nacional uma vez que, segundo a instituição autora do estudo, a amostra não é representativa da população portuguesa (EPUAP, 2001).

O segundo estudo, foi realizado com uma amostra de mais de 10000 indivíduos internados em hospitais portugueses. Os resultados gerais revelaram uma prevalência de UP de 11,5%, sendo 4,2% UP de categoria IV. Especificamente os serviços de medicina apresentaram uma prevalência de 17,4% com 7,6% de categoria IV, os valores mais altos de todos os tipos de serviços envolvidos no estudo (Ferreira, Miguéns, Gouveia & Furtado, 2007). Entre 2004 e 2005 os mesmos autores realizaram um estudo de incidência de UP, com uma amostra de cerca de 78000 indivíduos hospitalizados. A incidência total de UP foi de 10,9%, com uma incidência por doente de 5,7%, o que reflete a média de quase duas UP por doente. Destes 5,7% de doentes que desenvolveram UP, praticamente metade (2,5%) eram de um serviço de medicina.

O terceiro foi um estudo realizado pelo Grupo de Investigação Científica em Enfermagem (Grupo ICE) (2008) nos Açores, Madeira e na ilha espanhola de Gran

Canária. Este estudo teve uma amostra de 1186 indivíduos, com 282 hospitalizados, 703 em domicílio e 201 em lares. A taxa global de prevalência foi de 14,8% (com 9% nos Açores e 22,7% na Madeira).

Internacionalmente existem inúmeros estudos epidemiológicos sobre UP. Segundo a EPUAP e ANPUAP (2009), a prevalência de UP em contexto hospitalar é de 3% a 15%, em doentes crónicos é de 15% a 25% e em doentes sob cuidados domiciliários, de 7% a 12%.

Na América Latina, mais precisamente no Perú, foi desenvolvido um estudo com uma amostra de 463 indivíduos hospitalizados, chegando a uma prevalência de 11,4% de UP (Peralta, Varela & Gálvez, 2009). Na Turquia, com uma amostra de 344 indivíduos institucionalizados num hospital universitário houve uma prevalência de 11,6% de UP (Uzun & Tan, 2007).

Já em 2015, na Noruega, um estudo com 1209 doentes hospitalizados, chegaram a uma incidência de 18,2% ou 7,1% se excluída a categoria I (Bredesen, Bjørø, Gunningberg & Hofoss, 2015).

1.1.5 - Impacto Económico

As UP são um fenómeno com vários resultados negativos, tanto para a pessoa, como para a família, profissionais e instituições de saúde. Uma vez que nem todas as UP podem ser evitadas, está claro que a sua incidência pode ser reduzida. A *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) revelou um aumento em 80% dos internamentos hospitalares relacionados com as UP nos últimos 15 anos no Estados Unidos da América (EUA) (Russo, Steiner & Spector, 2008). Através da análise de custos, o foco deve ser obviamente dado à prevenção (2012). Furtado (2001) refere que tem existido uma ambivalência entre cuidados preventivos e cuidados curativos, sendo dada prioridade aos segundos, o que comportará custos mais elevados para o doente, como para as instituições de saúde.

Impreterivelmente, os custos assumem um papel central na discussão sobre as UP. Lise e Chiossi da Silva (2007) referem que mesmo que as medidas preventivas possam ter custos elevados, como os custos com o material de alívio de pressão ou o reforço do pessoal, os gastos dos tratamentos podem ser largamente maiores.

Já há vinte anos, Bergstrom, Braden, Boynton e Bruch (1995) estavam atentos a este problema, referindo que os custos com os tratamentos são muito mais elevados que os custos com a prevenção.

Ao longo das últimas décadas foram realizados vários estudos que comprovam, inequivocamente, o que estes autores defendiam. Um dos estudos pioneiros foi

realizado pelas norte-americanas Betsy Kuhn e Sharon Coulter (1992) estimando que anualmente cerca de 1,7 milhões de pessoas desenvolvem uma UP, o que representou à data um custo de 8,5 bilhões de dólares em cuidados de saúde dos EUA.

No Reino Unido, Benett, Dealey e Posnett (2004) referem que o tratamento de uma UP varia entre as 1062 libras, para categoria I, até às 10551 libras, na categoria IV. Anualmente, o tratamento traz custos entre 1,4 e 2,1 bilhões de libras, refletindo-se em 4% do orçamento do *National Health Service* (NHS).

Russo e Elixhauser (2006) referem que os custos com internamentos hospitalares de um adulto com o diagnóstico de UP foram de aproximadamente \$11 bilhões, em 2006.

Num estudo em Espanha, Agreda *et al.* (2007) defendem que o custo médio semanal do tratamento de uma UP, em contexto hospitalar, varia entre 17 euros, para uma UP de categoria I e 792 euros, para uma UP de categoria IV. Quando contabilizado o custo total do tratamento de uma UP, os valores das categorias superiores aumentam bastante, 24€ na categoria I e 6802€ na categoria IV, uma vez que o tempo de cicatrização é muito maior. Os mesmos autores referem que em Espanha o custo total com o tratamento de UP aproxima-se de 460 milhões de euros, cerca de 5% das despesas totais de saúde neste país.

Shuurman *et al.* (2009) comparam valores dos custos dos tratamentos com a prevenção na Holanda. Neste estudo os custos com os tratamentos (170 milhões de euros) são cerca de três vezes superiores àqueles necessários com a prevenção (65 milhões de euros).

Mais recentemente, num estudo no Reino Unido é referido que o custo diário com o tratamento de uma UP sem complicações (cerca de 50 libras) é nove vezes superior ao de uma UP de categoria IV (perto de 400 libras) (Dealey, Posnett & Walker, 2012).

Na Austrália, através da implementação de um programa de melhoria da qualidade da prevenção de UP, ao longo de 3 anos, foi possível diminuir tanto a incidência (de cerca de 30% para 8%) como da prevalência de UP (de 35% para 15%). Estas melhorias levaram a redução dos custos, que só no primeiro ano ascenderam aos 500 mil dólares australianos (Asimus, MacLellan & Li, 2011).

No Canadá, concluiu-se que os custos com as UP aumentam com a severidade das mesmas e que fica mais dispendioso (cerca de quatro vezes mais) o tratamento de uma UP adquirida no serviço do que de uma UP já vinda do domicílio (Chan, Mitsakakis, Pham & Krahn, 2013).

Para complementar os dados já existentes, Demarré, Verhaeghe, Annemans, Van Hecke, Grypdonck e Beeckman (2015) referem que o custo com os cuidados da prevenção de uma UP em doentes com alto risco é de 8€ por dia e de 1,5€ para

doentes com baixo risco de UP, em hospitais belgas. Em lares os valores são ainda significativamente mais baixos, cerca de 2€ em indivíduos com alto risco e 0,5€ nos de baixo risco. Por sua vez o tratamento de uma UP varia entre os 2€, para UP de categoria I, e os 77€ por dia para UP de categoria IV. Ou seja, o custo com o tratamento de uma UP poderá ser quase 10 vezes superior ao da sua prevenção.

Deste modo, a prevenção assume um papel essencial já que evita o aumento dos custos, como todas as condicionantes que viver com uma UP acarretam para a pessoa vítima deste fenómeno.

No caso português não foi encontrado nenhum estudo económico do impacto que as UP poderão ter nos cadernos orçamentais dos hospitais.

1.2 - Prevenção

Taylor, Lillis e LeMone (2007) citando Mayo Clinic (2001) referem que mais de 60% das UP ocorrem em doentes hospitalizados, o que releva a importância da atuação efetiva dos cuidados de enfermagem. A EPUAP e a ANPUAP (2009) recomendam que as instituições de saúde devem ter uma política em vigor, que inclua recomendações para uma abordagem estruturada da avaliação dos riscos. No que se refere às UP, uma abordagem estruturada poderá ser obtida através do uso de escalas de avaliação do risco, juntamente com a avaliação abrangente da pele e o juízo clínico.

Em 2009, a EPUAP e a ANPUAP elaboraram em conjunto um guia de consulta para a prevenção de UP, das quais será importante destacar as principais recomendações: a avaliação do risco, a avaliação da pele, a avaliação nutricional, os posicionamentos e a utilização de superfícies de apoio. Em 2014, a estas duas instituições associou-se a PPPIA e reformularam este documento. Nesta revisão adicionaram recomendações sobre cuidados preventivos à pele e terapias emergentes de prevenção de UP.

1.2.1 - Avaliação do Risco de UP

O desenvolvimento de UP não se poderá explicar apenas num factor de risco, mas sim numa complexidade de factores que aumentará a sua probabilidade (Coleman, *et al.*, 2013). Deste modo, as escalas de avaliação do risco são compostas pelos mais comuns preditores do desenvolvimento de UP descritos. Factores como indicadores nutricionais, factores que afectam a perfusão/oxigenação, humidade da pele, idade, fricção e forças de torção, percepção sensorial, estado geral de saúde e temperatura corporal deverão ser tidos em consideração na avaliação do risco de desenvolver UP (EPUAP & ANPUAP, 2009).

Em 2003, a *Wound, Ostomy, and Continence Nurses Society* (WOCNS) realizou uma das primeiras *guidelines* sobre a prevenção de UP, tendo atualizado a mesma em 2010. Neste documento a WOCNS (2010) refere que a avaliação de risco deve ser realizada logo na admissão e repetida em períodos regulares ou quando houver uma significativa alteração do estado do doente.

Para a EPUAP, a APUAP e a PPPIA (2014), a avaliação do risco de UP deve ser realizada de forma estruturada e sempre documentada, o mais rápido possível (no máximo das primeiras oito horas após a admissão); deverá ser repetida sempre que necessário, dependendo da necessidade de cada pessoa, ou sempre que haja uma alteração significativa; deverá ser desenvolvido e instaurado um plano de prevenção para os indivíduos identificados com risco de UP; o instrumento utilizado nesta avaliação deverá incluir a avaliação da atividade e mobilidade e deverá ser apropriado e validado para a população em causa. A todas estas recomendações, estas instituições alertam para a importância do juízo clínico na avaliação do risco, destacando a sua relevância.

Existem várias ferramentas de avaliação do risco de UP que englobam total ou parcialmente estes factores. Numa RSL sobre a avaliação do risco de UP através de escalas foram contabilizadas um total de 47 instrumentos publicados até 2008, a nível mundial (Pancorbo-Hidalgo, García-Fernandez, Soldevilla-Ágreda & Garcia, 2009), realçando-se a escala de Norton, Waterlow e Braden (Moore & Cowman, 2010).

A escala de Norton utiliza várias categorias (condição física, mobilidade, continência, atividade e condição mental) pontuadas de 1 a 4, com uma pontuação geral da soma dessas. Originalmente utilizada com propósitos apenas de pesquisa, criada em 1962, tornou-se a primeira ferramenta de avaliação do risco de UP (Anthony, Papanikolaou, Parboteeah & Saleh, 2009).

A escala de Waterlow foi criada em 1985 e explora os seguintes factores de risco: índice de massa corporal, continência, condição da pele, sexo, idade, estado nutricional, função neurológica, cirurgia prévia e medicação em uso (Chamanga, 2010).

A escala de Braden foi desenvolvida por Barbara Braden e Nancy Bergstrom em 1987, estando dividida em seis categorias, correspondentes a seis factores de risco: percepção sensorial, humidade, mobilidade, estado nutricional, forças de fricção e nível de atividade. É somado um score até 23 pontos sendo que quanto mais baixo o score mais alto o risco de UP.

Sendo vastamente utilizado a avaliação do risco de UP através de escalas estruturadas, é considerada uma componente integrante da prevenção de UP. Para a EPUAP, a APUAP e a PPPIA (2014) a utilização generalizada de instrumentos de

avaliação do risco de UP, revela claramente o valor que estes instrumentos têm para os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros.

Em 2007 foi realizado, entre hospitais dos EUA e da Suécia, um estudo com 20000 doentes adultos internados em meio hospitalar, com o objectivo de comparar a prevalência de UP entre referidos hospitais. Para esta comparação, recorreram à análise de dados colhidos nos vários hospitais (entre os quais indicadores relacionados com o número de horas de cuidados e constituição das equipas de enfermagem). Assim, referem que a prevalência e a incidência de UP é superior nos hospitais suecos, com prevalência de 17.6% em universitários suecos, 9.5% em generalistas suecos e 6.7% nos americanos e incidências de 14,5%, 7,5% e 2% respectivamente. Dos dados apresentados, os autores referem que os hospitais americanos possuem mais horas de cuidados por doente, mais sistematização na avaliação do risco de UP (100% de registo de avaliação do risco de UP nos americanos, 60% nos universitários e 6% nos generalistas) e mais sistematização da avaliação objectiva da pele (100%, 60% e 10% respetivamente). O número de horas de cuidados por doente também é superior nos hospitais americanos (9.5 contra cerca de 8.5) (Gunningberg, Donaldson, Aydin & Idvall, 2011).

Pelo referido neste estudo parece haver uma relação íntima entre a avaliação do risco de UP e a prevalência e incidência de UP. No entanto, existem vários estudos que não foram capazes de comprovar a importância que é atribuída à utilização de escalas na avaliação do risco de UP.

Cullum, Nelson e Nixon (2005) afirmam que não há associação entre a avaliação de UP através de escalas e a diminuição da incidência de UP. Concluiu-se, também, que os instrumentos de avaliação de risco de UP não são melhores ou mais eficazes do que a decisão clínica.

Segundo Moore e Cowman (2010) não existe um alto nível de evidência científica que corrobore este facto, nem pode ser estabelecido que o seu uso diminuirá a incidência de UP. Apesar da sua capacidade de predição do desenvolvimento de UP, as escalas de avaliação do risco não são essenciais e a decisão clínica / juízo clínico poderá ser tão eficaz como as anteriores, se utilizada sem o suporte de ferramentas de avaliação do risco de UP (Anthony, Papanikolaou, Parboteeah & Saleh, 2009).

A semelhante conclusão chegam Pancorbo-Hidalgo, Garcia-Fernandez, Lopez-Medina e Alvarez-Nieto (2006) que, através de uma RSL, referem não existir evidência que a avaliação do risco de UP diminua a incidência de UP.

Chou *et al.* (2013) concluíram que a avaliação sistemática do risco de UP através de instrumentos estruturados como escalas não se mostrou mais eficaz que métodos menos estruturados, como a decisão clínica, na implementação de medidas

preventivas.

Já em 2014, num estudo comparativo entre uma instituição de saúde na Noruega e outra na Irlanda foi concluído que a avaliação do risco através de escalas não parece fazer diferença no planeamento, implementação e avaliação de medidas de prevenção para as UP (Johansen, Moore, Etten & Strapp, 2014).

Por sua vez, Saleh, Anthony e Parboteeah (2009), pretenderam identificar a prevalência de UP entre três grupos: um grupo em que foi treinado o uso da escala de Braden e realizado um programa de formação sobre prevenção de UP, outro grupo apenas submetido ao programa de formação e um terceiro grupo que continuou com a sua rotina de cuidados habitual. Este terceiro grupo, denominado o grupo de decisão clínica, teria que para cada doente apenas referir mediante a sua experiência clínica qual o grau de risco de UP entre sem risco, mínimo, moderado, alto e severo. Assim procederam à comparação de dados (tais como a utilização de medidas preventivas, suplementação alimentar e posicionamento dos doentes) de modo a compreender a eficácia de cada método. Nos resultados desta pesquisa não houve diferença significativa entre os três grupos. A decisão clínica foi uma ferramenta tão útil e eficaz como a avaliação através da escala de Braden ou da implementação de um programa de formação específico na prevenção de UP. Sendo assim, sugere que a avaliação através de escalas poderá não trazer benefícios adicionais na prevenção de UP.

Deste modo, parece claro que a avaliação do risco é um procedimento complexo, ao qual a utilização de escalas próprias poderá não corresponder de forma satisfatória. A decisão clínica, que dependerá de muitos fatores intrínsecos a cada enfermeiro, demonstra-se, em muitos estudos tão eficaz como as escalas. Moore e Cowman (2010) referem que poderá não ser possível desenhar uma única escala que satisfaça as necessidades de todos os diferentes estados clínicos de todos os doentes.

Com a crescente contestação bibliográfica à utilização de escalas na avaliação do risco de UP, alguns autores surgiram com uma proposta interessante, a avaliação do grau de dependência.

Sendo um dos aspectos destacados na literatura como preditor do risco de desenvolvimento de UP, a diminuição da mobilidade tem uma ligação direta com o grau de dependência. Se um indivíduo é incapaz de se movimentar obviamente que se tornará mais dependente. Assim, vários estudos apontam para uma clara relação entre o aumento da dependência com o desenvolvimento de UP.

Entre estes está o estudo de Tannen *et al.* (2010), que revelou existir uma forte correlação entre a escala de Braden e uma escala de avaliação da dependência nos cuidados ($r=0.82$), sugerindo a avaliação da dependência nos cuidados e do risco de UP em simultâneo. Referem também que ambas as escalas avaliam parâmetros

similares no doente, logo poderia ser realizada a avaliação da dependência do doente, de forma primária, mas não apenas como avaliação da dependência nos cuidados. Já que abrange mais áreas, é eficaz na avaliação das mesmas e providencia informação mais completa sobre o doente, nomeadamente no risco de UP, ou no mínimo na necessidade de utilizar outra ferramenta de avaliação mais precisa, como a escala de Braden.

Noutro estudo, realizado com doentes internados em lares e hospitais, cerca de 11000, concluíram que existe uma grande afinidade entre a prevalência de UP e classificações mais elevadas numa escala de avaliação da dependência nos cuidados ($r = 0.79$ em hospitais e $r = 0.89$ em lares, ambos com $p < 0.01$). Neste contexto, o aumento da dependência nos cuidados aumenta o risco de desenvolvimento de UP (Mertens, Halfens, Dietz, Scheufele & Dassen, 2008).

1.2.1.1 - Escala de Braden

A escala de Braden foi desenvolvida por Barbara Braden e Nancy Bergstrom em 1987 e tinha como principal propósito melhorar os cuidados de enfermagem ao doente com risco de UP.

Em Portugal a utilização de escalas para avaliação do risco de UP é bastante comum, tendo a Direção Geral de Saúde (DGS) recomendado a utilização da escala de Braden, através da circular de orientação nº17 de 2011 (Direção Geral de Saúde, 2011).

Esta escala foi, pela primeira vez, validada para a língua portuguesa no Brasil, por Paranhos e Santos (1999), com uma sensibilidade de 81% e especificidade de 52%, na primeira avaliação e de 89% e 80%, respetivamente, na terceira avaliação. A validação para a população portuguesa aconteceu dois anos mais tarde por Carlos Margato, Cristina Miguéns, João Gouveia, Kátia Furtado e Pedro Ferreira (2001).

A escala de Braden é um escala de score, com a pontuação máxima de 23 e pontuação mínima de 6 e como é uma escala de evolução negativa quanto menos o score maior o risco de UP. O ponto de corte é o 16, sendo que scores entre os 6 e 16 apresentam alto risco de UP e scores entre os 17 e os 23 apresentam baixo risco de UP. De destacar que qualquer indivíduo avaliado através da escala de Braden nunca poderá ser avaliado sem risco, já que mesmo com a pontuação máxima é-lhe atribuído um risco baixo (Ferreira, *et al.*, 2007).

A escala está dividida em 6 factores, ou sub-scores, que contribuem para o desenvolvimento de UP: percepção sensorial, humidade, mobilidade, estado nutricional, nível de atividade e fricção e forças de deslizamento. Os primeiros cinco

são pontuados de 1 a 4 e o sexto é pontuado de 1 a 3. Destes sub-scores quatro avaliam fatores extrínsecos: percepção sensorial, atividade, mobilidade e forças de fricção e os outros dois estão mais relacionados com os fatores de risco: humidade e estado nutricional (Ferreira, *et al.*, 2007). Os mesmos autores explicitam, de forma sucinta, o que cada sub-score pretende avaliar.

O sub-score percepção sensorial avalia a capacidade de reação ao desconforto relacionado com a pressão, ou seja, a percepção que o indivíduo possui da necessidade de mudar de posição, podendo ser totalmente limitado, muito limitado, ligeiramente limitado e nenhum impedimento.

O sub-score humidade pretende avaliar o grau de humidade ao qual a pele está exposta. A pele pode estar constantemente húmida, muito húmida, ocasionalmente húmida ou raramente húmida. Vários fatores poderão contribuir para a humidade, como a incontinência urinária ou intestinal, a sudorese ou o exsudado de feridas.

O sub-score atividade avalia o grau de atividade física podendo ser classificado como acamado, sentado, anda ocasionalmente e anda frequentemente.

A mobilidade avalia a capacidade de mudar de posição e a percepção da necessidade dessa mudança. Pode ser classificado como completamente imobilizado, muito limitada, ligeiramente limitada ou nenhuma limitação.

O estado nutricional pretende compreender o padrão de alimentação habitual, que pode ser muito pobre, provavelmente inadequado, adequado ou excelente.

Por fim, o sub-score fricção e forças de deslizamento está intimamente relacionado com o que já foi abordado como um fator extrínseco, podendo ser um problema, problema potencial ou nenhum problema (Ferreira, *et al.*, 2007).

Apesar de uma grande parte da literatura questionar a utilidade da aplicação de escalas de avaliação do risco de UP (Moore e Cowman, 2010; Chou, *et al.*, 2013; Anthony, *et al.*, 2009), a sua utilização é aconselhada por várias organizações (EPUAP, APUAP & PPPIA, 2014; DGS, 2011), esta última aconselhando mesmo a utilização da escala de Braden. Na literatura, foram encontrados alguns estudos que suportam a relevância desta escala.

Pancorbo-Hidalgo *et al.* (2006) referem que das escalas utilizadas no seu estudo, a escala de Braden foi a que apresentou melhores níveis de sensibilidade, especificidade e melhor capacidade na previsão do risco. Neste estudo, a aplicação da escala de Braden revelou-se mais eficaz do que a decisão clínica.

Ferreira *et al.* (2007) referem que antes da implementação da escala de Braden nos hospitais onde realizaram as suas investigações, algumas instituições apresentavam valores de incidência de 25%, o seu estudo, após introdução da escala de Braden, apresentou uma incidência de UP de 10,16%.

Por sua vez, Tannen *et al.* (2010) pretenderam comparar e compreender a correlação entre a escala de Braden, de Waterlow e uma escala de dependência nos cuidados, numa amostra de 1000 doentes internados em meio hospitalar na Alemanha. Das três escalas, a de Braden foi a que apresentou maior relação com a prevalência de UP (com sensibilidade e especificidade de 70%).

Num estudo com doentes críticos sem UP na admissão, num hospital brasileiro, foi estudada a validade preditiva da escala de Braden, na admissão e a cada 48h. Foi concluído que a escala de Braden apresenta excelentes níveis de sensibilidade e especificidade, destacando-se a terceira avaliação, com ponto de corte de 13. (Serpa, Santos, Gonçalves, Campani & Queiroz, 2011)

1.2.2 - Avaliação e cuidados com a pele

Tal como já foi referido no início deste trabalho a pele apresenta-se em constante risco de agressão pelo meio, que em casos extremos pode levar a lesões, como é o caso das UP (Silva, Figueredo & Meireles, 2007). Desta forma, a avaliação da condição da pele e os cuidados inerentes para a manter em ótimo estado são intervenções de enorme relevância na prevenção de UP.

Rijswijk (2004) refere que a avaliação diária da pele é essencial para detetar o mais precocemente uma UP. Bale, Cameron e Meaume (2006) acrescentam que os enfermeiros devem estar despidos para a importância de manter e promover uma ótima condição da pele, em todos os indivíduos e especialmente nos que apresentam UP ou alto risco de UP.

Assim a EPUAP, a APUAP e a PPPIA (2014) recomendam: que cada instituição possua recomendações para uma abordagem estruturada na avaliação da pele e consequente documentação e comunicação a toda a equipa de saúde; a formação dos profissionais de saúde em relação a uma avaliação abrangente da pele que inclua técnicas de identificação eritema não branqueável, calor local, edema e endurecimento. Para além destas recomendações relativas à avaliação do estado da pele, também preconizam alguns cuidados com a pele, entre eles: evitar posicionar um doente sobre uma parte que se encontra ruborizada ou com um eritema não branqueável, manter a pele limpa e seca, não massajar zonas ruborizadas, evitar a desidratação da pele através da utilização de cremes hidratantes. Segundo as mesmas organizações (2014), todos estes procedimentos deverão estar meticolosamente registados.

Neste ponto, será importante introduzir a influência que a incontinência terá na manutenção de boas condições da pele. Quando a pele é sujeita à humidade causada

por urina ou fezes torna-se mais vulnerável a eventos de fricção e pressão, aumentando o risco de desenvolvimento de uma UP (van Rijswijk, 2004). Numa RSL a humidade da pele resultante da incontinência foi um dos fatores que frequentemente estava associado ao desenvolvimento de UP (Coleman, *et al.*, 2013).

Deste modo, a WOCNS (2010), como forma de prevenir UP por incontinência, recomenda: a limpeza da pele sempre que se apresenta suja ou húmida, a utilização de equipamento absorvente que evite ou minimize a humidade e a utilização, pelo mínimo tempo possível de dispositivos, como o cateter vesical, que previna a humidade e prevenir a contaminação de uma UP ou de uma zona macerada.

1.2.3 - Posicionamentos

De todas as medidas preventivas para as UP, o posicionamento ou alternância de decúbitos, será certamente uma das mais comuns e conhecidas práticas utilizadas pelos enfermeiros um pouco por todo o mundo.

O posicionamento consiste na mudança de posição de uma pessoa, podendo este ser realizado pelo próprio, por outro ou pelo próprio com assistência ou supervisão de outro. Este permite a mudança dos pontos de pressão, aliviando esta pressão e promovendo a perfusão tecidual normal. O contributo que os enfermeiros podem dar na promoção e realização da alternância de decúbitos é fundamental na prevenção de UP (Defloor, Vanderwee, Wilborn & Dassen, 2006).

A preocupação com a necessidade de alternância de decúbito, a pessoas que não têm essa capacidade, desde cedo se associou ao desenvolvimento de UP, como já foi abordado anteriormente.

A forma mais comum de aplicação desta intervenção rege-se essencialmente por dois fundamentos: o tipo e a frequência do posicionamento.

No que diz respeito ao tipo de posicionamento a EPUAP, a APUAP e a PPIA (2014) recomenda que este deverá proporcionar a manutenção do conforto, dignidade e capacidade funcional do indivíduo. Assim o posicionamento deverá ser realizado de forma a que a pressão seja aliviada ou redistribuída, evitando sujeitar a pele à fricção e a forças de deslizamento, evitando que o indivíduo fique em contacto direto com dispositivos médicos, como tubos que poderão aumentar a pressão local, evitando posicionar sobre eritemas não branqueáveis. Este deverá ser realizado promovendo uma posição *semi-Fowler*, preferencialmente e nunca superior a 30°, alternando entre o lado direito, dorsal e esquerdo, mediante as possibilidades de cada indivíduo. Como posturas a evitar, sempre que possível, estão o *Fowler* acima dos 30° ou deitado de lado a 90°. Finalmente também recomendam especial atenção ao indivíduo sentado e

ao alívio da pressão a que está sujeito na cadeira (EPUAP, APUAP & PPIA, 2014).

Em relação à frequência, o posicionamento de duas em duas horas é considerado como o padrão de boas práticas (van Rijswijk, 2004). Historicamente, esta prática ter-se-á iniciada aquando da guerra da Crimeia, onde as enfermeiras levariam aproximadamente duas horas a posicionar todos os soldados nas enfermarias (Miles, Nowicki & Fulbrook, 2013). No entanto, esta norma tem sido alvo de vários estudos de comprovação científica. De facto, nem Nightingale aconselha uma frequência de posicionamento nos seus escritos (Miles, Nowicki & Fulbrook, 2013).

Também a EPUAP, a APUAP e a PPIA (2014) não aconselha nenhum padrão predefinido. Assim, recomendam que a frequência deverá ser baseada na condição do indivíduo, tendo em conta todas as variáveis relacionadas com este, com a superfície de apoio em que o indivíduo se encontra (devendo ser posicionado com maior frequência se não se encontra sobre um colchão de redistribuição de pressão) e com a avaliação do estado da pele e áreas de pressão.

Na literatura, encontra-se alguma contradição, com estudos que reiteraram estas recomendações e outros que encontram novas sugestões.

Moore, Cowman e Posnett (2013) referem que o posicionamento a 30° será mais eficaz e menos dispendioso em termos de custos. Num estudo com dois grupos, um grupo experimental que era posicionado com elevação a 30° a cada três horas e um grupo de controlo com utilização do posicionamento lateral a 90° a cada 6 horas, o grupo experimental apresentou menos incidência de UP, 3,4% contra 11,9%.

Gillespie, Chaboyer, McInnes, Kent, Whitty e Thalib (2014), através de uma RSL, referem não encontrar evidência que comprove que a elevação da cabeceira acima dos 30° poderá implicar um maior risco de desenvolvimento de UP.

Lippoldt, Pernicka e Staudinger (2014) tentaram compreender a influência da elevação da cabeceira na prevenção de UP, concluindo que o risco só aumenta significativamente a partir dos 45°. Também referem que a posição de Trendelenburg invertido foi a que apresentou valores de pressão mais baixos em todos os posicionamentos utilizados.

Outro estudo refere que o posicionamento lateral com elevação da cabeceira a 30° aumenta a pressão para valores acima dos 32mmHg, concluindo ser inevitável este aumento da pressão, o que poderá explicar a dificuldade que existe na prevenção de UP em indivíduos totalmente dependentes e acamados (Peterson, Schwab, van Oostrom, Gravenstein & Caruso, 2010).

Em 2013, os mesmos autores realizaram novo estudo sobre a pressão em três posições diferentes (supino, lateral esquerdo e lateral direito) e chegaram às mesmas conclusões. A pressão em 95% das ocasiões observadas excedia os 32mmHG,

referindo que o alívio da pressão é essencial na prevenção de UP. No entanto, não esclarecem qual a frequência do posicionamento para um ótimo alívio da pressão (Peterson, *et al.*, 2013).

Moore, Cowman e Posnett (2013) demonstraram que não existe evidência científica que comprove a efetividade do posicionamento de duas em duas horas, referindo que o posicionamento de três em três horas será mais efetivo e com menos custos.

Rich *et al.* (2011) refere não encontrar associação entre a frequência dos posicionamentos e o desenvolvimento de UP. Com um grupo de controlo que posicionava de duas em duas horas ou menos, encontraram uma incidência de UP de 10%, enquanto que o grupo experimental que apresentava intervalos superiores a duas horas entre os posicionamentos apresentou uma incidência de 12%.

Defloor, Durme e Gobert (2008) referem que a ocorrência de UP pode ser reduzida através dos posicionamentos regulares, de quatro em quatro horas, tendo sempre em atenção os indivíduos que se encontram sentados.

Krapfl e Gray (2008) chegaram a conclusão semelhante através de uma RSL, afirmando que os posicionamentos de quatro em quatro horas, associados à utilização de uma superfície de alívio de pressão, serão tão eficazes como o posicionamento de duas em duas horas.

Outro dado importante refere-se ao estudo já apresentado de Bredesen, Bjørø, Gunningberg e Hofoss (2015), que apresentava uma taxa de incidência de cerca de 18% e onde apenas 22,3% dos doentes recebeu um planeamento no que diz respeito aos posicionamentos.

Já em 2014 foi realizada uma RSL, com vista a compreender a importância dos posicionamentos na prevenção de UP. Os autores referem que a falta de uma robusta base bibliográfica, que suporte a frequência dos posicionamentos com uma medida eficaz na prevenção, não significa que estas intervenções não serão efetivas, aconselhando a realização de mais estudos para a compreensão deste tema (Gillespie, *et al.*, 2014).

Por fim Defloor, Durme e Gobert (2008) introduzem outro fator que poderá ter alguma importância na frequência dos posicionamentos: a carga de trabalho dos enfermeiros. O posicionamento representa uma grande parte do trabalho dos enfermeiros, que quando associado a números altos de doentes por enfermeiro, poderá levar a uma diminuição do número dos posicionamentos, mesmo em casos de alto risco de UP.

1.2.4 - Superfícies de Apoio

Para além do posicionamento, a utilização de superfícies de apoio no alívio de pressão é outras das intervenções mais comumente realizadas pelos profissionais de Enfermagem.

Resumidamente, estes dispositivos funcionam de duas formas essenciais: através da redução da pressão, pelo aumento da área da pele em contacto com a superfície levando a uma maior distribuição da pressão e sua redução; e através do alívio da pressão pelo remoção da pressão de uma área localizada em ciclos dinâmicos (Defloor, Vanderwee, Wilborn & Dassen, 2006). Como exemplo de dispositivos de redução de pressão, existem as peles de carneira e os colchões de espuma altamente específicos. Como exemplo de dispositivos de alívio de pressão estão os colchões de pressão alterna (CPA). A utilização de almofadas na otimização dos posicionamentos também poderá ser considerada um dispositivo de alívio de pressão.

No seu guia de prevenção de UP a EPUAP, a APUAP e a PPIIA (2014) também dedicam um capítulo a esta temática. Assim recomendam que: a seleção da superfície de apoio não deverá depender unicamente do risco de UP ou da existência de UP, devendo esta escolha englobar factores como o grau de mobilidade; verificar a funcionalidade do dispositivo antes de o colocar; utilização de colchões de espuma altamente específica em indivíduos com alto risco de UP ou de colchões de pressão alterna quando a frequência dos posicionamentos é menor, sendo que ambos os dispositivos apresentam uma eficácia semelhante na prevenção de UP e manter os calcâneos afastados das superfícies através de almofadas nos gémeos.

Na revisão bibliográfica percebe-se que o uso destas superfícies é já imprescindível na maioria das instituições de saúde e a ideia que exclusivamente poderão prevenir o desenvolvimento de UP está, de todo, desmistificada. Atualmente são vistos como elementos convenientes, constituindo-se apenas como um dos elementos para a prevenção de UP. Para Rijswijk (2004) o uso destes dispositivos resultará numa diminuição das taxas de incidência de UP e dos custos associados às UP e à sua prevenção. Rich *et al.* (2011) referem que indivíduos com algum tipo de superfície de apoio foram posicionados com maior frequência, considerando que a existência de um dispositivo poderá ter servido como um alerta para a necessidade de frequentemente posicionar determinado indivíduo.

Keen (2009) propõe a utilização de colchões de espuma altamente específica, podendo esta opção ser uma abordagem mais vantajosa em termos de custo-efetividade do que os colchões dinâmicos.

Lippoldt, Pernicka e Staudinger (2014) referem que a utilização de colchões de

pressão alterna demonstrou-se útil na diminuição do risco de UP, apresentando valores de pressão nas áreas em contacto com as superfícies inferiores aos de indivíduos sem este tipo de dispositivos.

Num estudo australiano, com objetivo de perceber a efetividade da utilização da pele de carneiro na prevenção de UP, chegaram à conclusão que este dispositivo é eficaz na prevenção UP na região sagrada, com uma diferença de cerca de 5% (de 14,7% para 8,9%) na incidência de UP (Mistiaen, *et al.*, 2010a).

No entanto, num estudo sobre o impacto económico da utilização da pele de carneiro, chegou-se à conclusão que o investimento com a compra e manutenção destes dispositivos é maior que o que é possível poupar ao prevenir uma UP (Mistiaen, *et al.*, 2010b). Sendo um estudo meramente económico, não tiveram em conta as vantagens mais que evidentes, para o indivíduo, que a prevenção de uma UP poderá representar.

Numa RSL, realizada em 2011, os autores afirmam que a utilização de colchões de espuma altamente específicas deverá ser privilegiada em indivíduos com alto risco de UP, que a utilização da pele de carneiro é eficaz na redução de UP e que a utilização de colchões de pressão alterna em combinação com os posicionamentos é mais eficaz que o posicionamento sem utilização destes dispositivos (McInnes E. , Jammali-Blasi, Bell-Syer, Dumville & Cullum, 2011). Em 2015, os mesmos autores realizaram nova revisão, reforçando a importância da utilização de colchões de espuma altamente específicos em detrimento dos colchões comuns (McInnes E. , Jammali-Blasi, Bell-Syer, Dumville, Middleton & Cullum, 2015).

Para Peterson *et al.* (2013) existe uma relação estatisticamente significativa ($p < 0,001$) entre a utilização de superfícies de apoio e o número de horas de cuidados de Enfermagem. No entanto, esta relação é negativa, ou seja, o uso de superfícies de apoio aumenta com a diminuição de horas de cuidados. Este aspecto poderá ser entendido como uma estratégia utilizada pelos enfermeiros para melhor prevenir as UP. Como têm menos possibilidades para utilizar outras medidas que despendem continuamente tempo, como os posicionamentos, optam pela utilização destes dispositivos para minimizar o risco.

Em relação à utilização de almofadas para alívio da pressão, Peterson *et al.* (2010) aconselham a sua utilização em detrimento do uso de cunhas. A área de pele em pressão é menor quando se utilizam almofadas, uma vez que os ângulos quando utilizadas as cunhas aumentam consideravelmente.

1.2.5 - Nutrição

Como já foi abordado anteriormente a nutrição parece ter uma importante influência no desenvolvimento de UP. Schols *et al.* (2006) referem que a malnutrição, um baixo índice de massa corporal e uma alimentação pouco adequada são fatores de risco para o desenvolvimento de UP.

Para a NPUAP (2009) a malnutrição é um grave problema das instituições de saúde, onde entre 30 a 60% dos idosos institucionalizados e 30 a 70% dos utentes hospitalizados apresentam sinais deste problema. O mesmo é abordado por Raffoul, Far, Cayeux e Berger (2006), relatando que, em doentes hospitalizados, as refeições praticamente não cobrem as necessidades energéticas, reforçando a necessidade da utilização de suplementação alimentar para doente em risco de UP.

Banks, Bauer, Graves e Ash (2010) referem que a malnutrição aumenta para o dobro a probabilidade de desenvolver uma UP. Por sua vez, VanGilder, MacFarlane, Meyer e Lachenbruch (2009) sugerem uma maior prevalência de UP em doentes com baixo e com alto índice de massa corporal (IMC), do que em doente com valores considerados normais de IMC. Já em 2015, num estudo na Turquia é novamente concluído que doentes com baixo peso estão em maior risco de desenvolver UP (Akca, Aydin & Gümüs, 2015).

Numa RSL com o intuito de compreender a relação da nutrição com as UP, é referido que os doentes não só apresentam malnutrição, como também apresentam idade avançada, diminuição do apetite e um deficiente aporte hídrico. Também é referido que com o envelhecimento há uma redução do IMC e uma realocização da massa gorda. Como conclusões referem ser essencial uma avaliação nutricional frequente (Holm, Mesch & Ove, 2007).

Num estudo comparativo entre doentes com UP e doentes sem UP concluiu-se que a malnutrição foi o principal fator para o desenvolvimento de UP. No mesmo estudo referem que a avaliação nutricional e o planeamento, por um profissional especializado, de uma dieta adequada estão associados com menores probabilidades de desenvolvimento de UP (Iizaka, *et al.*, 2010).

Na Alemanha, com uma população de 6460 indivíduos, verificou-se uma relação estatisticamente significativa entre a malnutrição, com IMC inferior a 18,5, e a presença de UP (Shahin, J., Schols, Tannen, Halfens & Dassen, 2010).

Por fim, na Suécia, foi realizado um estudo comparativo entre indivíduos com fratura da anca com planeamento nutricional e outro grupo sem este planeamento específico. A incidência de UP no grupo com planeamento foi de 18% e no grupo sem planeamento de 36%. Outro dado importante refere-se aos dias de internamento que

diminuíram de nove para sete dias no grupo com planeamento nutricional (Gunnarsson, Lönn & Gunningberg, 2009).

A necessidade do planeamento também é suportado pela a EPUAP, a APUAP e a PPPIA (2014) que recomendam: a avaliação do estado nutricional a todos os indivíduos em risco de desenvolver UP, imediatamente na admissão e sempre que se observe uma alteração na condição do doente; a utilização de um instrumento de avaliação nutricional, referenciando todos os indivíduos em risco nutricional para profissionais mais especializados; e a utilização de suplementos nutricionais orais com alto teor proteico, como suplemento da dieta habitual, a indivíduos em risco nutricional e de UP.

2 - METODOLOGIA

2.1 - Tipo de Estudo

Este estudo insere-se no paradigma positivista utilizando a metodologia quantitativa, que permitiu uma colheita sistemática de dados quantificáveis. É um estudo do tipo descritivo, já que pretende compreender e explorar as variáveis em estudo e uma possível existência de associação entre as mesmas (Fortin, 2009).

2.2 - Objetivos do Estudo e Questão de Investigação

Para a realização deste trabalho foi definido o objetivo geral de compreender a influência dos cuidados de enfermagem na prevenção de úlceras de pressão.

Assim, foi construída a seguinte questão de investigação: De que forma a intervenção de enfermagem influencia a prevenção de UP?

Como objetivos específicos foram definidos:

- Compreender a influência das intervenções de enfermagem, ligadas diretamente à prevenção de UP, nesta mesma prevenção;
- Analisar a importância da avaliação do risco de UP através da escala de Braden, na prevenção de UP;
- Analisar o grau de risco de UP e a sua influência na presença de UP;
- Identificar a taxa de incidência e prevalência de UP entre a amostra;
- Identificar os fatores que influenciam a presença e o desenvolvimento de UP.

2.3 - Instrumentos de colheita de dados

Na colheita de dados para a realização deste estudo foram utilizados vários instrumentos, nomeadamente um guia baseado no InterRAI AC Portugal, produzido e validado por Amaral, Ferreira e Gray (2014), a escala de Braden, validada para a população portuguesa (Margato, *et al.*, 2001) e informação colhido dos registos de enfermagem dos doentes incluídos no estudo.

O InterRAI – AC Portugal (Anexo I) é constituído por várias secções, que analisam vários aspetos da condição do indivíduo. Estas secções são: identificação, admissão e história inicial, cognição, comunicação e visão, comportamento e ânimo, estado funcional, continência, diagnósticos, condições de saúde, estado nutricional e oral, estado da pele, medicação, tratamentos e procedimentos, potencial da alta e alta. Cada secção é por sua vez composta por vários itens, que possibilitaram análise de

algumas das variáveis deste estudo.

O InterRAI – AC pretende avaliar a condição do doente em três fases distintas: pré-admissão, admissão e alta. A pré-admissão refere-se à condição que o doente apresentava antes do atual episódio que o levou ao internamento, a admissão refere-se à condição aquando da entrada no serviço e a alta à condição no momento da alta.

O preenchimento deste instrumento realizou-se em dois momentos fulcrais, a admissão e a alta. Na admissão eram preenchidos os dados referentes à condição pré-admissão e admissão. Na alta eram preenchidos os dados referentes à condição na alta. O preenchimento destes dados era da responsabilidade do enfermeiro responsável pelo doente no momento da admissão e da alta, respetivamente. Os dados eram colhidos, preferencialmente, através do doente e/ou família / cuidador, caso o mesmo não fosse capaz de os fornecer e da consulta do processo clínico.

Apesar do preenchimento se centrar no momento da admissão e da alta, não o era exclusivo podendo ser complementado sempre que o enfermeiro considerasse oportuno. Para otimizar todo o processo foram nomeados 5 enfermeiros do serviço, que frequentemente confirmavam se toda a informação tinha sido colhida e na alta confirmavam se o seu preenchimento estava completo.

A recolha destes dados procedeu-se entre Maio e Julho de 2012, a todos os doentes que deram entrada no serviço durante este período, sendo excluídos doentes internados em contexto de ambulatório. No final deste período foi possível recolher 181 questionários devidamente preenchidos.

Os dados colhidos através do InterRAI – AC surgiram no contexto do projeto “Resultados dos Cuidados de Enfermagem: Qualidade e efetividade”. Para satisfazer os objetivos propostos foi necessária a utilização de outros instrumentos, nomeadamente a avaliação do risco de UP através da escala de Braden e os registos de enfermagem nos processos dos doentes com questionários preenchidos.

A escala de Braden (Anexo II) já foi previamente referida no capítulo anterior. Esta é a escala que o serviço onde foi realizado o estudo adotou como instrumento para avaliação do risco de UP, há mais de 10 anos. Portanto, a sua utilização é prática quotidiana dos enfermeiros do serviço e é sistematicamente realizada na admissão, de cinco em cinco dias durante o internamento e na alta.

Os registos de enfermagem, neste serviço, são maioritariamente realizados através de um aplicativo informático. Estes possibilitaram a colheita de informação sobre as intervenções de enfermagem realizadas aos doentes que participaram na colheita de dados através do InterRAI – AC.

A recolha de informação nos registos de enfermagem e na escala de Braden foi realizada entre Outubro e Dezembro de 2014, de forma retrospectiva, aos 181 doentes

que participaram no estudo.

2.4 - População e Amostra

A população deste estudo correspondeu aos doentes internados no serviço de Medicina Interna entre Maio e Julho de 2012. Foram fatores de exclusão o facto de não ser capaz de responder ao questionário ou não possuir familiar/cuidador que o pudesse responder, ter idade inferior a 18 anos, encontrar-se internado por um período inferior a 3 dias.

Tendo em conta estes fatores, foi selecionada uma amostra, não probabilística por conveniência e sucessiva, obtendo 181 instrumentos devidamente preenchidos, dos 190 doentes internados durante o período de colheita de dados.

2.5 - Variáveis

Foram definidas variáveis para este estudo:

Variáveis independentes

- idade, proveniência e coabitação

Variáveis dependentes

- tempo de internamento, estado nutricional, scores e sub-scores da escala de Braden, mobilidade, tipo de dispositivos de alívio de pressão aplicados e precocidade de aplicação, frequência e tipo posicionamentos e levante e sua precocidade.

2.6 - Tratamento de dados

Os dados recolhidos foram sujeitos a tratamento estatístico através do SPSS versão 21, do qual se obtiveram resultados quantitativos, alvos de análise específica.

2.7 - Princípios Éticos

Este estudo englobou-se no projeto de investigação “*Resultados dos Cuidados de Enfermagem – Qualidade e Efectividade*”, aprovado pelo Conselho de Administração e pela Comissão de Ética do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra (CHUC).

Como forma de salvaguardar a sua validade foram tidos em conta os princípios éticos necessários: o direito à confidencialidade, o direito à autodeterminação; o direito ao anonimato e o direito a um tratamento justo e equitativo

3 - RESULTADOS

A amostra foi constituída por 181 indivíduos, sendo apenas um dos mesmos do sexo feminino (0,6%) e a maioria do sexo masculino (99,4%).

Na tabela 1 é possível caracterizar a amostra relativamente à idade. A média de idade é de 72,96 anos e mediana de 77 anos, com um desvio padrão de 16,04 anos. Através da análise dos quartis podemos observar que apesar da média se aproximar dos 73 anos, 75% da amostra tem 66 anos ou mais, 50% tem 77 anos ou mais e 25% tem idade superior ou igual a 85 anos.

Tabela 1 – Caracterização da idade da amostra

Idade	
Média	72,96
Mediana	77,00
Desvio padrão	16,044
Mínimo	20
Máximo	97
Percentis	
25	66,00
50	77,00
75	85,00

Relativamente ao estado civil é visível na tabela 2 que a maioria dos indivíduos são casados (69,6%), sendo que 14,9% estão viúvos e 11,6% são solteiros.

Tabela 2 – Caracterização da amostra pelo estado civil

Estado Civil	N	%
Casado	126	69,6
Solteiro	21	11,6
Divorciado	4	2,2
Viúvo	27	14,9
Parceiro(a) / outro significativo	1	0,6
Não sabe ou não responde	2	1,1
Total	181	100

A tabela 3 revela que maioritariamente (77,3%) os indivíduos vêm do domicílio, lares (12,7%) e unidades de cuidados continuados (UCC) (6,1%). Estas três proveniências juntas equivalem a cerca de 95% de toda a amostra.

Tabela 3 – Proveniência dos doentes

Proveniência	N	%
Moradia/apartamento próprio/quarto arrendado	140	77,3
Lar	23	12,7
Casas assistidas ou semi-independentes	1	0,6
Hospital ou unidade psiquiátrica	2	1,1
Unidade de cuidados continuados	11	6,1
Centro/Unidade de reabilitação	1	0,6
Hospital de agudos	3	1,7
Total	181	100

Relativamente às formas de coabitação, através da tabela 4, percebe-se que a maioria vive com familiares diretos, no caso o cônjuge / parceiro ou filhos. De realçar que 9,9% vivem sozinhos e 17,7% vivem com não familiares.

Tabela 4 – Formas de Coabitação

Coabitação	N	%
Sozinho	18	9,9
Apenas com cônjuge / Parceiro	54	29,8
Com cônjuge e outro(s)	47	26,0
Com filhos (sem cônjuge / parceiro)	15	8,3
Com pais / tutores	7	3,9
Com irmãos	2	1,1
Com outros familiares (sem ser cônjuge ou filhos)	4	2,2
Com não-familiares	32	17,7
Não sabe ou não responde	2	1,1
Total	181	100

No que diz respeito ao tempo de internamento (tabela 5), verifica-se uma média de 12 dias de internamento e uma mediana inferior, de 8 dias de internamento. Se segmentar o tempo de internamento por cada 5 dias, observa-se que 42,5% estiveram internados entre 6 a 10 dias, sendo o intervalo de tempo que predomina. Também se

destaca que o segundo intervalo com maior percentagem foi o 15 ou mais dias de internamento (23,8).

Tabela 5 – Duração do internamento em intervalos

Internamento por intervalos	N	%
0-5	34	18,8
6-10	77	42,5
11-15	27	14,9
>15	43	23,8
Total	181	100
Média	12,03	
Mediana	8,00	

Em relação ao destino depois da alta (tabela 6) pode observar-se que há uma diminuição em quase 15% dos doentes que regressam ao domicílio, aumentando as altas para unidade de cuidados continuados (7,7%) e hospitais de agudos (3,9%).

Através da mesma tabela, também se pode verificar um número de dezanove óbitos entre a amostra, o que revela uma taxa de mortalidade de 10,5%.

Tabela 6 – Destino após a alta

Destino	N	%
Moradia/apartamento próprio/quarto arrendado	113	62,4
Lar	23	12,7
Casas assistidas ou semi-independente	1	0,6
Hospital psiquiátrico / Cuidados paliativos	1	0,6
Unidade de cuidados continuados (UCC)	14	7,7
Sem-abrigo	1	0,6
Outros	2	1,1
Falecidos	19	10,5
Hospital de agudos	7	3,9
Total	181	100

Relativamente ao peso (tabela 7) foi opção apresentar dados não do peso propriamente dito mas antes do índice de massa corporal, seguindo os valores propostos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (2006). Assim observa-se que a maioria da amostra apresenta excesso de peso (51,7%) e que 15,2% apresentam valores que já revelam obesidade. Apenas 2,6% são considerados com baixo peso.

Tabela 7 – Frequências dos valores de IMC na admissão

IMC	N	%
0 - 18,49	6	2,6
18,5 - 24,99	58	30,5
25 - 29,99	78	51,7
>29,99	27	15,2
Total	162	100

3.2 - Epidemiologia

No que diz respeito à presença de UP, constata-se que na admissão 88,4% dos doentes não apresenta nenhuma UP, 3,3% apresentavam o que pode ser considerado uma UP de categoria I, 4,4% apresentam lesão com perda parcial da pele, sendo que as restantes (cerca de 4%) apresentam UP de maior gravidade, com lesões mais profundas (tabela 8). Tendo em conta estes dados pode dizer-se que a taxa de prevalência de UP na admissão foi de 11,6%.

Na mesma tabela pode constatar-se que na alta o nº de doentes sem nenhuma UP diminui para 81,2%, mas o nº de doentes com UP também diminui, em todos os níveis de gravidade. O que explicará este fenómeno serão os doentes que faleceram, que como não são contabilizados com lesões na alta diminuem automaticamente o nº de casos em todos os parâmetros.

Tabela 8 – UP na admissão e na alta, por gravidade

Úlcera de Pressão	Admissão		Alta	
	N	%	N	%
Nenhuma úlcera de pressão	160	88,4	147	81,2
Qualquer área com vermelhidão persistente na pele	6	3,3	4	2,2
Perda parcial de camadas de pele	8	4,4	6	3,3
Lesões profundas na pele	5	2,8	4	2,2
Fissuras na pele, expondo músculo ou osso	1	0,6	1	0,6
Não codificável, ex: escara predominante	1	0,6	0	0
Falecidos	-	-	19	10,5
Total	181	100	181	100

Como não foi possível através da colheita de dados compreender a evolução das UP dos doentes que faleceram, torna-se essencial perceber entre os doentes que não faleceram qual a evolução destas UP, representado na tabela 9.

Com o total de 162 doentes, pode-se observar uma evolução negativa, no geral. Há, na admissão, menos um doente sem UP do que na alta, em termos percentuais de 91,4% para 90,7%. Apesar de já não existir nenhuma UP de gravidade máxima na alta, existem mais áreas com vermelhidão e lesões com perda parcial da pele.

Tabela 9 – UP na admissão, por gravidade, entre doentes que não faleceram

Úlcera de Pressão	Admissão		Alta	
	N	%	N	%
Nenhuma úlcera de pressão	148	91,4	147	90,7
Qualquer área com vermelhidão persistente na pele	3	1,9	4	2,5
Perda parcial de pele	5	3,1	6	3,7
Lesões profundas na pele	4	2,5	4	2,5
Fissuras na pele, expondo músculo ou osso	1	0,6	1	0,6
Não codificável, ex: escara predominante	1	0,6	0	0
Total	162	100	162	100

Por sua vez, através da tabela 10 é possível perceber que houve dois indivíduos que durante o internamento desenvolveram uma UP. Com este dado podemos chegar então à taxa de incidência de UP entre a amostra. Se a mesma for calculada para o total da amostra, então surge uma taxa de incidência de 1,1%. Caso sejam excluídos os doentes que faleceram, já que não há dados na alta, a taxa de incidência aumenta ligeiramente para 1,23%.

Tabela 10 – UP na alta, por gravidade, entre doentes sem UP na admissão

Úlcera de Pressão	Alta	
	N	%
Nenhuma úlcera de pressão	146	91,3
Perda parcial de camadas de pele	2	1,3
Morreu	12	7,5
Total	160	100

Relativamente à utilização da escala de Braden observa-se que em média a escala foi utilizada de 5 em 5 dias, aproximadamente (tabela 11). No que se refere à avaliação do risco de UP através da escala de Braden na admissão é visível que a mesma foi aplicada a 147 doentes da amostra. Este valor reflete uma taxa de utilização de 81,2%. Com uma média de score de 15,68 é possível afirmar que, em média, a amostra apresentava alto risco para UP na admissão. Através da análise dos percentis também é possível observar que 25% da amostra se encontra com scores entre os 9 e os 12, scores que revelam um elevado risco para o desenvolvimento de UP. Por outro lado, outros 25% apresentavam um risco muito baixo de UP, com valores entre os 20 e 23.

Relativamente ao momento da alta, verifica-se uma diminuição acentuada da aplicação da escala, com uma taxa de 61,3%, sendo aplicada a menos 36 doentes. Se considerarmos os 19 óbitos, que não possuíram avaliação na alta, ainda houve 17 sobre os quais houve avaliação na admissão, mas não houve continuidade até à alta. Dos dados obtidos, verifica-se uma melhoria do risco de UP, ou seja os doentes apresentavam menos risco de UP na alta que na admissão, com uma média de 16,43 e uma mediana de 16.

Tabela 11 – Caracterização do score da Escala de Braden na admissão e na alta

Score da Escala de Braden					
Admissão			Alta		
N	Válido	147	N	Válido	111
	Ausente	34		Ausente	70
Média		15,68	Média		16,43
Mediana		15,00	Mediana		16,00
Mínimo		9	Mínimo		8
Máximo		23	Máximo		23
Percentis	25	12,00	Percentis	25	13,00
	50	15,00		50	16,00
	75	20,00		75	20,00
Média de frequência de utilização		5,23			
Mediana de frequência de utilização		5,00			

Relativamente à média por sub-scores, observa-se uma evolução positiva em todos os parâmetros (tabela 12). Todos apresentam um aumento dos valores médios da admissão para a alta, tal como sucedia com a média do score total da escala.

Também é possível observar que os sub-scores com média mais baixa são os sub-scores atividade e forças e fricção. No entanto, é de destacar que o sub-score da atividade é o que apresenta uma maior evolução da admissão para a alta, com um aumento de cerca 0.3, aproximando a classificação média de “sentado” para “anda ocasionalmente”.

Tabela 12 – Caracterização dos sub-scores da Escala de Braden na admissão e na alta

Sub-Scores da Escala de Braden												
	Percepção Sensorial		Atividade		Nutrição		Humidade		Mobilidade		Forças e Fricção	
	Adm.	Alta	Adm.	Alta	Adm.	Alta	Adm.	Alta	Adm.	Alta	Adm.	Alta
Média	2,87	2,95	2,16	2,46	2,73	2,84	3,28	3,32	2,63	2,73	2,03	2,14
Mediana	3,00	3,00	2,00	2,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	2,00	2,00

Relacionando a presença de UP na admissão e sua gravidade com o score da escala de Braden, destaca-se o facto que apenas um indivíduo com vermelhidão da pele apresentava um score igual ou superior a 17. Todos os restantes indivíduos com UP apresentavam alto risco de UP, com valores iguais ou inferiores a 16.

Tabela 13 - Tipo de UP na admissão e score da escala de Braden na admissão

Tipo de UP	Sem UP	Vermelhi dão	Perda Parcial	Lesão profunda	Fissuras	Não codif c.	N
Score							
Até 16	69	5	7	4	1	1	87
A partir de 17	59	0	1	0	0	0	60
Total	128	5	8	4	1	1	147

A mesma relação do score da escala de Braden com a presença de UP, agora no momento da alta, demonstra que todos os indivíduos com UP apresentavam um alto risco para UP (tabela 14).

Tabela 14 - Tipo de UP na alta e score da escala de Braden na alta

Tipo de UP	Sem UP	Vermelhi dão	Perda Parcial	Lesão profunda	N
Score					
Até 16	38	3	5	3	49
A partir de 17	51	0	0	0	51
Total	89	3	5	3	100

Outro fator que se mostra relevante para o desenvolvimento de UP é a idade. Tanto na admissão como na alta todos os indivíduos que apresentam UP têm idade igual ou superior a 65 anos (tabela 15). De relevar também que 57,1% dos doentes que na admissão apresentam UP têm 80 anos ou mais.

Tabela 15 – Tipo de UP por idade

Tipo de UP Idade		Sem UP	Verme lhidão	Perda Parcial	Lesão prof.	Fissur as	Não codif.	Total
Admissão	Até 50	18	0	0	0	0	0	18
	50-65	26	0	0	0	0	0	26
	65-80	51	4	3	1	1	0	60
	A partir de 80	65	2	5	4	0	1	77
	Total	160	6	8	5	1	1	181
Alta	Até 50	18	0	0	0	0	0	18
	50-65	26	0	0	0	0	0	26
	65-80	48	2	2	1	1	0	54
	A partir de 80	55	2	4	3	0	0	64
	Total	147	4	6	4	1	0	162

Através da tabela 8, foi possível observar que 11,4% dos doentes apresentavam UP na admissão. Já pela tabela 16, é possível observar a proveniência dos doentes com UP na admissão. Desta análise observa-se que a maioria provém do próprio domicílio. Em 21 doentes com UP na admissão, 14 (66,7%) vêm de casa. Os restantes repartem-se entre instituições prestadoras de cuidados de saúde. Também na gravidade da UP observa-se uma tendência na proveniência do domicílio. Nas lesões profundas da pele, 3 em 5 (60%) são do domicílio e nas duas categorias mais graves, as 2 UP que existiam à entrada são também do domicílio. Se juntarmos todas as UP onde já existe perda da integridade cutânea (n=15) observa-se que 9 (60%) provêm do domicílio.

Tabela 16 – Tipo de UP na admissão por proveniência

Tipo de UP Proveniência	Sem UP	Verm. Parcial	Perda Parcial	Lesão prof.	Fissu ras	Não codifc.
Moradia (...)	126	5	4	3	1	1
Lar	20	0	2	1	0	0
Casas assistidas (...)	1	0	0	0	0	0
Hospital (...)	2	0	0	0	0	0
UCC	8	1	1	1	0	0
C. reabilitação	1	0	0	0	0	0
H. agudos	2	0	1	0	0	0
Total	160	6	8	5	1	1

Tendo em conta estes dados importa compreender com quem vivem estes indivíduos que desenvolveram UP. A tabela 17, que cruza o tipo de UP com a forma de coabitação, esclarece esta questão. Desta tabela, percebe-se que dos 21 doentes com UP na admissão 11 (52,4%) vivem apenas com o cônjuge e 3 vivem com o cônjuge e filho ou filhos (14,3%).

Tabela 17 – Tipo de UP na admissão por forma de coabitação

Tipo de UP	Sem UP	Vermelhido	Perda Parcial	Lesão profunda	Fissuras	Não codific.	N
Coabitação							
Sozinho	18	0	0	0	0	0	18
Cônjuge / Parceiro	44	3	4	2	1	1	54
Cônjuge e outro(s)	44	1	1	1	0	0	47
Filhos (sem cônjuge / parceiro)	14	0	0	0	0	0	15
Pais / tutores	7	0	0	0	0	0	7
Irmãos	2	0	0	0	0	0	2
Outros familiares (sem ser cônjuge ou filhos)	4	0	0	0	0	0	4
Não Familiares	26	1	3	2	0	0	32
Não Sabe / Não resp.	1	1	0	0	0	0	2
Total	159	6	8	5	1	1	179

Para além da coabitação e da proveniência, torna-se assim relevante compreender a existência de serviços de apoio que assistam estes indivíduos e suas famílias. Através da tabela 18 percebe-se que a maioria não tem qualquer apoio de serviços (60,2%). Assim, existem 7 indivíduos com algum tipo de UP que não possuem nenhum tipo de apoio da comunidade. Isto quer dizer que um terço dos doentes com alguma UP não residem em nenhuma instituição de saúde nem tem nenhum apoio na comunidade.

Tabela 18 – Tipo de UP na admissão por serviços de apoio na comunidade

Tipo de UP / Serviços	Sem UP	Vermelh	Perda Parcial	Lesão prof.	Fiss.	Não Codif	T	%
Sim	33	2	4	1	1	0	41	22,7
Não	102	2	2	2	0	1	109	60,2
Reside em instituição	23	1	2	2	0	0	28	15,5
Não responde	2	1	0	0	0	0	3	1,6
Total	161	6	8	5	1	1	181	100

No que diz respeito aos dias de internamento observa-se uma distribuição homogénea dos doentes com UP pelos vários intervalos de tempo, quer na admissão quer na alta (tabela 19).

Na admissão, é mesmo o intervalo mais baixo, até aos 5 dias de internamento, que apresenta maior percentagem de doentes com UP (7 em 34, 20,6%). Todos os outros apresentam valores a rondar os 10%.

Já na alta, as diferenças são ainda mais pequenas, sem parecer relevante destacar qualquer intervalo.

Tabela 19 – Tipo de UP por dias de internamento em intervalos

Dias Internam.	Tipo de UP	Sem UP	Verme Ihidão	Perda Parcial	Lesão prof.	Fissur as	Não codif.	Total
Admissão	0-5	27	3	3	1	0	0	34
	6-10	71	1	1	3	1	0	77
	11-15	24	0	2	1	0	0	27
	>15	38	2	2	0	0	1	43
	Total	160	6	8	5	1	1	181
Alta	0-5	25	0	2	1	0	0	28
	6-10	67	1	2	2	1	0	73
	11-15	24	2	1	1	0	0	27
	>15	31	1	1	0	0	0	34
	Total	147	4	6	4	1	0	162

Relativamente ao IMC, pode observar-se na tabela 20 que a presença de UP se distribui principalmente entre os indivíduos com peso normal e os que apresentam excesso de peso. No entanto, entre os 6 com baixo peso 2 apresentam UP (33,3%). Entre as várias classificações do IMC este é o valor maior, sendo que o segundo é o do excesso de peso com cerca de 10% dos indivíduos com UP.

Tabela 20 – Tipo de UP na admissão por IMC na admissão

Tipo de UP	Sem UP	Vermelhi dão	Perda Parcial	Lesão profunda	Fissuras	T
Dias Internam.						
0 - 18,49	4	1	1	0	0	6
18,5 - 24,99	53	1	2	1	1	58
25 - 29,99	70	3	3	2	0	78
>29,99	25	0	1	1	0	27
Total	152	5	7	4	1	169

Relativamente aos cuidados de enfermagem foi possível colher dados através de dois meios: os registos de enfermagem e o documento para aplicação da escala de Braden. Através destes foi possível compreender que intervenções foram realizadas aos doentes. No entanto alguns registos encontram-se incompletos ou inexistentes, pelo que não existem dados de todos os indivíduos que fizeram parte do estudo.

A tabela 21 apresenta dados sobre a utilização de superfícies de apoio por tipo de UP na admissão. O dado de maior destaque é que dos 15 doentes com algum tipo de UP (e que possuem informação sobre a colocação ou não de dispositivos de alívio de pressão) 5 não tiveram nenhum dispositivo de alívio de pressão colocado. Destes 5 indivíduos todas já apresentavam lesões com perdas de pele, no entanto não foi utilizado nenhum dispositivo nos mesmos. Por outro lado, também é importante destacar a utilização de dispositivos em doentes sem nenhuma UP. Dos 84 sem UP, praticamente metade (41) tiveram algum tipo de dispositivo de alívio de pressão.

Tabela 21 – Tipo de UP na admissão por superfície de apoio utilizado

Tipo de UP	Sem UP	Vermelhidão	Perda Parcial	Lesão profunda	Fissuras	N
Dispositivos						
Nenhum	43	0	3	1	1	48
Almofadas	11	0	1	0	0	12
Pele de Carneiro	10	1	1	2	0	14
Espuma Alt. Esp.	4	0	0	0	0	4
CPA	16	1	3	1	0	21
Total	84	2	8	4	1	99

Através da tabela 22, é possível observar que a maioria dos dispositivos colocados foram colocados ou imediatamente, ou nos primeiros dias de internamento. Dos dados colhidos percebe-se que apenas um indivíduo com UP com perda de pele teve a colocação de um dispositivo bastante após a admissão, sendo colocado apenas ao fim de 13 dias de internamento.

Tabela 22 – Tipo de UP na admissão por dias até aplicação de dispositivo de alívio de pressão utilizado

Tipo de UP	Sem UP	Vermelhidão	Perda Parcial	Lesão profunda	T
Dias					
0	14	1	1	0	16
1	4	0	1	0	5
2	0	0	1	1	2
4	4	0	0	1	5
5	2	0	1	0	3
7	1	0	0	0	1
9	1	0	0	0	1
10	3	0	0	0	3
13	0	0	1	0	1
Total	29	1	5	2	37

Da tabela 23, existem vários dados importantes a destacar. O primeiro prende-se com o facto da maior frequência de posicionamentos ter sido de 6 vezes por dias, que de

modo geral se reflete numa média de posicionamento de 4 em 4 horas. Relativamente aos doentes sem UP verifica-se que mais de metade dos mesmos foi posicionado 6 vezes por dias. Esta frequência também foi utilizada em todos os doentes com lesões profundas da pele ou de gravidade maior. Por outro lado, houve dois doentes com perda parcial que foram posicionados 3 ou 4 vezes por dia. Ainda de relevar que um doente com vermelhidão localizada da pele foi registado como não tendo sido posicionado.

Tabela 23 – Tipo de UP na admissão por frequência de posicionamentos

Tipo de UP	Sem UP	Vermel hidão	Perda Parcial	Lesão profunda	Fissuras	Não Codif.	T
Freq.							
0	63	1	0	0	0	0	64
3	8	1	1	0	0	0	10
4	0	0	1	0	0	0	1
6	84	4	6	5	1	1	101
Total	155	6	8	5	1	1	176

Através da tabela 24 é possível observar o tipo de ajuda que cada doente necessita nos posicionamentos. Se por um lado é possível observar que todos os doentes com lesões profundas ou mais graves foram posicionados com ajuda total, também se observa que 2 indivíduos com perda parcial da pele não receberam qualquer tipo de ajuda nos posicionamentos.

Tabela 24 – Tipo de UP na admissão por tipo de ajuda nos posicionamentos

Tipo de UP	Sem UP	Vermel hidão	Perda Parcial	Lesão profunda	Fissuras	Não Codif.	T
Ajuda							
Nenhuma	68	1	2	0	0	0	71
Parcial	28	1	1	0	0	0	30
Ajuda Total	59	4	5	5	1	1	75
Total	155	6	8	5	1	1	176

O facto de existirem indivíduos com lesões da pele e que não foram sujeitos a posicionamentos ou a ajuda nos mesmos parece em parte contraditório. Assim tornou-se importante compreender o grau de dependência para os posicionamentos destes

doentes. Na tabela 25 pode-se compreender que 2 indivíduos com perda parcial de pele apenas necessitariam de uma assistência limitada na mobilidade na cama.

Tabela 25 – Tipo de UP na admissão por capacidade de mobilidade na cama na admissão

Tipo de UP	Se m UP	Verm.	Perda Parc.	Lesão prof.	Fissuras	Não codific.	N
Mobilidade							
Independente	62	0	0	0	0	0	62
Independente com ajuda	4	0	0	0	0	0	4
Supervisão	16	0	0	0	0	0	16
Assist. limitada	8	0	2	0	0	0	10
Assist. alargada	11	2	0	0	0	0	13
Assist. máxima	13	0	1	2	0	0	16
Dependen. total	44	1	3	3	1	1	53
Total	158	3	6	4	1	1	174

Relativamente à realização de levante pode observar-se que este foi realizado a 76,4% dos indivíduos. Entre os indivíduos com UP a maioria (57,1%) realizou levante diário (tabela 26).

Tabela 26 – Tipo de UP na admissão por realização de levante diário

Tipo de UP	Sem UP	Vermel hidão	Perda Parcial	Lesão profunda	Fissuras	Não Codif.	T
Levante							
Sim	121	1	7	4	0	0	133
Não	52	5	1	1	1	1	41
Total	153	6	8	5	1	1	174

Dos dados possíveis de colher também se percebe que o 1º levante aconteceu de forma rápida, sendo que no máximo até ao 3º dia estes indivíduos já teriam realizado levante (tabela 27).

Tabela 27 – Tipo de UP na admissão por dias até o 1º levante

Tipo de UP	Sem UP	Vermelhidão	Perda Parcial	Lesão profunda	T
Dias					
1º levante					
0	14	0	0	1	15
1	1	1	2	0	4
2	2	0	0	1	3
3	1	0	0	0	1
Total	18	1	2	2	23

Os seguintes resultados relacionam a avaliação do risco de UP, através da escala de Braden e a implementação de intervenções de enfermagem relacionadas com a prevenção de UP.

Na tabela 28 observa-se que é efetivamente sobre os doentes com alto risco que são aplicados mais dispositivos de alívio de pressão. No entanto, dos 65 doentes identificados com alto risco houve ainda 19 (29,2%) aos quais não foi aplicado nenhum tipo de dispositivo de alívio de pressão.

Tabela 28 – Risco através de score da Escala de Braden na admissão por dispositivo de alívio de pressão utilizado

Tipo de UP	Alto Risco	Baixo Risco	N
Dispositivos			
Nenhum	19	29	48
Almofadas	8	4	12
Pele de Carneiro	14	0	14
Spenko	4	0	4
CPA	20	1	21
Total	65	34	99

Os dados apresentados na tabela 29, mostram novamente que a aplicação de dispositivos foi para a maioria dos doentes realizada de forma atempada, no próprio dia da admissão ou no dia seguinte. Até ao quinto dia, praticamente 85% dos que apresentavam alto risco já possuíam um dispositivo de alívio de pressão. Por sua vez,

os restantes apenas tiveram a colocação a partir do quinto dia, sendo que a 3 doentes apenas lhes foi disponibilizado ao décimo dia de internamento.

Tabela 29 – Risco através de score da Escala de Braden na admissão por dias até colocação de dispositivo de alívio de pressão

Tipo de UP	Alto Risco	Baixo Risco	N
Dias			
0	14	2	16
1	5	0	5
2	2	0	2
4	5	0	5
5	3	0	3
7	1	0	1
9	1	0	1
10	3	0	3
13	0	1	1
Total	34	3	37

Relativamente à frequência de posicionamentos (tabela 30) pode observar-se que a grande maioria (87,4%) dos doentes com alto risco foram posicionados de 4 em 4 horas. Contrariamente a este aspeto estão 6 doentes com alto risco que não foram posicionados, contrastando com 14 de baixo risco que foram posicionados de 4 em 4 horas.

Tabela 30 – Risco através de score da Escala de Braden na admissão por frequência de posicionamentos

Tipo de UP	Alto Risco	Baixo Risco	N
Frequência			
0	6	44	50
3	4	2	6
4	1	0	1
6	76	14	90
Total	87	60	147

Através da tabela 31, é novamente perceptível a influência que a dependência nos autocuidados, neste caso no posicionamento, tem no risco de UP. À medida que aumenta a necessidade de apoio aumentam o número de indivíduos com alto risco de UP e diminuem os de baixo risco. Os 82,5% de doentes que não necessitam de nenhuma ajuda são de baixo risco contrastam de forma evidente com os 95,5% de doentes que necessitam de ajuda total que são de alto risco.

Tabela 31 – Risco através de score da Escala de Braden na admissão por tipo de ajuda no posicionamento

Tipo de UP	Alto Risco	Baixo Risco	N
Ajuda			
Nenhuma	10	47	57
Parcial	13	10	23
Ajuda Total	64	3	67
Total	87	60	147

No que diz respeito à realização de levante (tabela 32) apenas a destacar que quase todos os doentes que não são levantados apresentam alto risco de UP.

Tabela 32 – Risco através de score da Escala de Braden na admissão por realização de levante

Tipo de UP	Alto Risco	Baixo Risco	N
Levante			
Sim	54	58	112
Não	32	2	34
Total	86	60	146

4 - DISCUSSÃO

O presente estudo pretendia compreender a importância e influência dos cuidados de enfermagem na presença e desenvolvimento de UP, num serviço de medicina interna. Através da análise descritiva dos dados foi possível determinar as taxas de prevalência e incidência de UP e compreender que existem fatores que apresentam uma associação evidente com a presença de UP.

Relativamente aos dados epidemiológicos a taxa de prevalência de UP entre a amostra é de 11,6%. Este valor é muito idêntico ao da maioria da bibliografia, que aponta valores próximos destes (Uzun e Tan, 2007; EPUAP e ANPUAP, 2009; Peralta, Varela e Gálvez, 2009). No contexto português, os dados da literatura também são semelhantes (EPUAP, 2001; Ferreira, *et al.*, 2007) excetuado o estudo do Grupo ICE (2008) que identificam taxas de 9% nos Açores e 22,4% na Madeira e no estudo de Ferreira *et al.* (2007) a prevalência em serviço de medicina, o mesmo tipo de serviço deste estudo, foi de 17,4%, valores bastante superiores ao deste estudo.

Relativamente à taxa de incidência, esta foi de 1,1% para o total da amostra ou 1,23%, caso sejam excluídos os doentes que faleceram durante o internamento. Estes valores demonstram-se bastante satisfatórios, já que revelam que a probabilidade de desenvolver uma UP, no serviço onde o estudo foi realizado, é muito baixa, apenas um em cada cem internados desenvolverá uma UP. Tendo em conta alguns dados já apresentados, como a idade avançada e a mobilidade diminuída da amostra, este valor é salutar. Para reforçar este resultado está a bibliografia onde as taxas de incidência descritas variam entre os 10 e os 18% (Ferreira, *et al.*, 2007; Bredesen, *et al.*, 2015).

Relativamente aos fatores de risco, o primeiro a destacar é a idade. Com uma média de 73 anos e uma mediana de 77 anos, é possível afirmar que se trata de uma amostra com idade avançada. Com a análise dos quartis esta afirmação é reforçada, uma vez que 75% da amostra tem 66 anos ou mais (tabela 1). Associando a idade com a presença de UP (tabela 16 e 17) observa-se que todos os indivíduos que apresentam UP têm idade igual ou superior a 65 anos, tanto na admissão como na alta. Parece assim clara a influência que a idade tem na presença e no desenvolvimento de UP. Esta afirmação é apoiada na bibliografia, segundo a qual a idade avançada (Young, *et al.*, 2002; Coleman, *et al.*, 2013) ou idade superior a 65 ou 70 anos (Russo, 2006; Peralta, Varela e Gálvez, 2009; Slowikowski & Funk, 2010) apresentam relação

estatística com a presença de UP. Fogerty *et al.* (2008) relatam que no seu estudo 51,7% dos doentes com UP têm mais de 75 anos, valor próximo do deste estudo onde 57,1% dos doentes que na admissão apresentam UP têm 80 anos ou mais.

Peralta, Varela e Gálvez (2009) justificam a influência da idade numa nutrição ineficaz e numa estrutura muscular diminuída. Assim, a nutrição poderá ser um determinante importante. Tendo em conta os dados que foi possível colher, podemos compreender o estado nutricional da amostra através do IMC (tabela 8). Desta análise, percebe-se que a maioria apresenta excesso de peso (51,7%) ou mesmo obesidade (15,2%). E por esse motivo, o maior número de indivíduos que apresentam UP está entre estes grupos. No entanto, é efetivamente entre os de baixo peso que surge a maior percentagem de UP. São 33,3% dos indivíduos com baixo peso que apresentam UP, enquanto nos outros grupos ronda os 10%. A bibliografia volta a ser concordante com estes dados, referindo que a malnutrição é um dos principais fatores no desenvolvimento de UP (Schols, *et al.*, 2006; VanGilder, *et al.*, 2009; Peralta, Varela e Gálvez, 2009; Gunnarsson, Lönn e Gunningberg, 2009; Shahin, *et al.*, 2010; Iizaka, *et al.*, 2010; Banks, *et al.*, 2010; Akca, Aydin e Gümüs, 2015). A este tema Gunnarsson, Lönn e Gunningberg (2009) introduzem um dado importante, a implementação de um planeamento nutricional específico para cada indivíduo. Neste trabalho não foi possível compreender se existia algum planeamento específico, já que os instrumentos de colheita não forneciam estes dados e os registos de enfermagem também nunca fizeram menção a este planeamento.

Outro fator que se revela bastante significativo é o contexto familiar / social do indivíduo. Através dos dados colhidos, observou-se que a grande maioria (77,3%) veio do domicílio (tabela 3), e que vivem apenas com o cônjuge (29,8%), com o cônjuge e outros familiares (26%) ou mesmo sozinhos (9,9%). Relacionando a proveniência com a presença de UP (tabela 18) percebe-se uma forte associação, com 66,7% dos indivíduos com UP e com 60% dos indivíduos com UP com perda de integridade cutânea a provirem do domicílio. Como foi referido na apresentação dos resultados, tornou-se importante relacionar também a presença de UP com a forma de coabitação, de forma a perceber com quem vive, no domicílio, a maioria dos indivíduos que apresentam UP (tabela 19). Dos doentes com UP na admissão, 52,4% vivem com o cônjuge (n=11) e 14,3% vivem com o cônjuge e outros (n=3). Ou seja, dos 14 que vêm do domicílio com UP a grande maioria (78,6%) vivem sozinhos com esposa. Tendo em conta estes resultados, o apoio da comunidade torna-se essencial na assistência destas pessoas. Contudo, a tabela 20 revelou que um terço dos doentes com alguma UP não tem nenhum apoio na comunidade nem reside numa instituição. Se a este dado for acrescentado o facto que todos os doentes com UP têm mais de 65

anos e supondo que a diferença de idade entre os cônjuges não será, na maioria, muito significativa, os cuidadores destes doentes com UP serão pessoas com idade avançada, que poderão já não possuir as capacidades físicas ideais para o realizar e que uma grande parte destes nem apresenta nenhum apoio da comunidade. O que torna ainda mais clara estas dificuldades dos cuidadores é o aumento de internamentos em UCC e a diminuição dos doentes que regressam ao domicílio (tabela 7).

O contexto familiar e social revela-se um fator com evidente importância no desenvolvimento de UP. Contudo, a bibliografia não faz referência ao mesmo, sendo importante salientar que não foi encontrado nenhum estudo que tentasse compreender a relação do contexto familiar e social com o desenvolvimento de UP.

Em oposição com estes resultados surge o factor tempo de internamento. Neste caso, surgiu um estudo que refere o tempo de internamento como um dos fatores mais relevantes, doentes com UP estiveram em média mais dias internados (Gallant, *et al*, 2009). Neste estudo, este não parece ser um fator relevante. A tabela 21 e 22 revelam uma distribuição homogénea da presença de UP pelos diferentes intervalos de tempo. Relativamente à avaliação do risco de UP a EPUAP, a APUAP e a PPPIA (2014) enumera várias recomendações como a utilização e documentação estruturada, e sua repetição sempre que necessário, instaurando medidas preventivas adequadas a cada situação. No caso deste estudo, a avaliação do risco foi realizada, em média, de cinco em cinco dias (tabela 12) estando documentada em 147 doentes na admissão (taxa de utilização de 81,2%) e 111 na alta (taxa de 61,3%).

Neste estudo, a escala utilizada em toda a amostra foi a escala de Braden. Esta é vista na bibliografia como uma das escalas com maior capacidade de predição do desenvolvimento de UP (Ferreira, *et al.*, 2007; Tannen, *et al.*, 2010; Coleman, *et al.*, 2013).

A média de score da escala de Braden na admissão foi de 15,68, com 25% da amostra entre scores de 9 e 12. Através deste dado é possível afirmar que a amostra apresentava um alto risco de UP. Na alta, estes valores médios aumentam consideravelmente, com uma média de 16,43. Este valor reflete uma melhoria do estado geral dos doentes do momento da admissão até ao momento da alta. Esta evolução do estado do doente é ainda melhor compreendida com a análise dos subscores, nos quais todos apresentaram aumento dos valores médios da admissão até à alta (tabela 14).

Quando se cruzou os scores da escala de Braden com a presença de UP foi possível observar uma forte associação entre estes dois (tabela 15 e 16), onde apenas um

doente com UP apresentava um baixo risco para UP, ou seja, 95% dos doentes com UP apresentavam um alto risco para UP.

Relativamente à avaliação do risco, a bibliografia é ambígua. Enquanto vários autores comprovam a utilidade da avaliação do risco (Ferreira, *et al.*, 2007; Gunningberg, *et al.*, 2011; Coleman *et al.*, 2013), outros referem que a mesma não pode ser associada a uma diminuição da incidência de UP (Pancorbo-Hidalgo, *et al.*, 2006; Moore e Cowman, 2010; Johansen, *et al.*, 2014) e que a mesma não se demonstrou mais eficaz que a decisão clínica (Cullum, Nelson e Nixon, 2005; Anthony, *et al.*, 2009; Saleh, Anthony e Parboteeah, 2009; Chou, *et al.*, 2013). Neste estudo é possível afirmar que, no mínimo, a avaliação do risco apresenta uma evidente capacidade de predição da presença de UP.

Para além desta capacidade de predição, também é possível observar uma forte ligação entre o score da escala e as intervenções de enfermagem diretamente relacionadas com a prevenção de UP (tabela 32, 33, 34, 35 e 36). Através da análise destes resultados, é possível compreender que a colocação de uma superfície de apoio para o alívio de pressão, a sua precocidade, a frequência e o tipo de posicionamento estão diretamente relacionados com o risco de UP dos doentes. Este aspeto vai totalmente de encontro ao preconizado pela EPUAP, a APUAP e a PPIA (2014) no que se refere à adequação das intervenções para cada doente.

No entanto, não é possível compreender, com os dados colhidos, se as intervenções de enfermagem se devem efetivamente ao score de risco de UP ou a outros fatores, como a decisão clínica. Vários autores referem que a implementação de um plano de cuidados é tão influenciada pelo risco avaliado através de um instrumento como pela decisão clínica (Cullum, Nelson e Nixon, 2005; Moore e Cowman, 2010; Chou, *et al.*, 2013). Esta decisão clínica será sempre baseada num quadro conceptual, único de cada enfermeiro, mas que se baseará nos conhecimentos essenciais sobre a prevenção de UP e certamente estas concepções englobarão os vários fatores que as escalas utilizam, só que de forma não estruturada e empírica. Assim, os instrumentos de avaliação, no caso a escala de Braden, é uma forma de estruturar e sistematizar o que a decisão clínica poderá realizar empiricamente e sem documentação. Por sua vez, a sistematização e documentação dos cuidados de enfermagem parece uma vantagem demasiadamente importante para ser sobreposta pelo simples facto de não existir evidência de uma maior efetividade na implementação de intervenções específicas.

Ainda relativamente a este aspeto da importância da decisão clínica, é possível realizar uma breve análise de alguns dados que estão intimamente ligados com o processo de decisão. Esta será influenciada por vários fatores, específicos para cada

enfermeiro. Contudo, um dado básico sobre o qual toda a decisão clínica na prevenção de UP se baseará é a presença de UP. Parece mais que evidente que um doente com UP necessite, impreterivelmente, de cuidados especiais na prevenção de novas UP e que um enfermeiro que esteja perante um doente com UP decida tomar medidas preventivas para prevenir novas UP. Os resultados mostram, contudo, que o facto de já possuir uma UP não foi, em todos os casos, o motivo da utilização de medidas mais específicas: 33,3% dos doentes com UP não tiveram nenhum dispositivo de alívio de pressão colocado (tabela 25), um doente com perda de pele teve uma superfície de apoio colocada apenas ao fim de 13 dias de internamento (tabela 26) e 2 doentes com perda de pele que apenas foram posicionados de 6 em 6 e 8 em 8 horas (tabela 27). Parece óbvio que nestes casos a decisão clínica não foi suficientemente eficaz. Mesmo que a taxa de incidência seja baixa, os cuidados prestados a estes doentes não foram, de todo, os mais adequados à sua situação clínica como preconizam a EPUAP, a APUAP e a PPPIA (2014). Deste modo, por mais eficaz que a decisão clínica possa ser, neste estudo a sistematização da avaliação do risco através da escala de Braden parece um método mais eficaz no processo de implementação de intervenções de enfermagem para a prevenção de UP. Outro dado importante da literatura foi a sugestão da utilização de escala de dependência nos cuidados que, simultaneamente, se torna capaz de avaliar a dependência e o risco de UP (Mertens, *et al.*, 2008; Tannen, *et al.*, 2010). Neste estudo não foi utilizada nenhuma escala de avaliação da dependência nos cuidados, pelo não ser possível comparar a eficácia da mesma com a avaliação do risco de UP.

No que diz respeito aos cuidados de enfermagem é possível destacar vários aspectos. Relativamente à utilização de superfícies de apoio, e como já foi referido, um terço dos doentes com algum tipo de UP não possuíram durante todo o internamento nenhum tipo de dispositivo de alívio de pressão (tabela 25). E dos dois terços (10 indivíduos) que tiveram, num caso esta colocação foi realizada apenas 13 dias após o internamento (tabela 26). Toda a bibliografia encontrada demonstra a efetividade da utilização destes dispositivos (Mistiaen, *et al.*, 2010a; Peterson, *et al.*, 2010; McInnes, *et al.*, 2011; Peterson, *et al.*, 2013), pelo que a não utilização em doentes que previamente já possuem UP contrasta com a literatura. Sobre este dado, a interpretação não pode ser superficial. É, também, importante compreender o contexto do serviço que levou à não utilização de superfícies de apoio, como a falta de material ou não disponibilidade imediata. No serviço onde foi realizado o estudo existem seis CPA, três colchões de espuma altamente específica e peles de carneira e almofadas que, frequentemente, não são suficientes para todas as necessidades. Tendo em conta as características da amostra, que em média apresenta alto risco de UP, a não

utilização pode ser explicada por este contexto, falta de disponibilidade de material. Por sua vez, a utilização destas superfícies de apoio em doentes sem UP revela uma atenção com a prevenção, onde cerca de metade possuiu durante o internamento algum tipo de dispositivo e, de forma geral, com precocidade na sua colocação (tabela 25 e 26). Este aspeto vai de encontro à bibliografia supracitada e às orientações da EPUAP, a APUAP e a PPPIA (2014).

Relativamente aos posicionamentos percebeu-se que, de forma geral, os doentes são posicionados de 4 em 4 horas, ou seja, 6 vezes por dia (tabela 27). Esta frequência é aconselhada por Defloor, Durme e Gobert (2008) e Krapfl e Gray (2008), que a associam a uma diminuição da incidência de UP. Já Bredesen *et al.* (2015) referem que a baixa percentagem de planeamento dos posicionamentos se refletiu numa taxa de incidência de 18%. Através da tabela 34, observa-se que a maioria dos doentes com alto risco de UP (87,3%) foram posicionados de 4 em 4 horas. Não é possível quantificar o número de doentes com planeamento, mas o facto de a maioria apresentar uma frequência idêntica, leva a presumir que existe algum tipo de planeamento. Juntando a esta suposição a taxa de incidência de cerca de 1%, percebe-se o impacto que o planeamento destes cuidados terá na prevenção de UP. Ainda sobre os posicionamentos é de relevar o que Defloor, Durme e Gobert (2008) referem relativamente à direta ligação com a carga de trabalho dos enfermeiros. Através do InterRAI – AC foi possível calcular que, em média, os enfermeiros no serviço deste estudo eram responsáveis por 9 doentes por turno, o que resulta em menos de uma hora por doente em cada turno de 8 horas. Tendo em conta o sistema de classificação de doentes em enfermagem (SCD/E) para serviços de medicina interna (Anexo III) percebemos que à frequência de seis vezes por dia correspondem 2 horas de cuidados necessários, ou seja, 20 minutos para cada posicionamento ou 40 minutos por turno. Torna-se assim clara a forte carga que os posicionamentos têm nos cuidados de enfermagem.

Através dos resultados presentes na tabela 28, observou-se que dois doentes com perda parcial de pele não receberam qualquer tipo de ajuda nos posicionamentos e que apenas necessitariam de uma assistência limitada na mobilidade na cama (tabela 29). Estes dados revelam que a etiologia das UP é efetivamente multifatorial. Apesar da mobilidade reduzida e da não necessidade de assistência nos posicionamentos, estes doentes apresentavam UP com perda de pele. Gallant *et al.* (2009), Peralta, Varela e Gálvez (2009) e Coleman *et al.* (2013) referem a limitação na mobilidade, quer total como parcial, como influenciadoras do desenvolvimento de UP. Através deste estudo, é possível perceber que apesar de ser um indicador importante, a mobilidade não pode ser isolada nem considerada única responsável.

Relativamente à realização de levante, observa-se através da tabela 30 e 31 que este foi realizado na maioria da amostra e na maioria dos doentes com UP. Este levante foi realizado de forma precoce, até ao máximo de 3 dias de internamento. Apesar da bibliografia não relevar a realização do levante com uma intervenção importante na prevenção de UP, as suas vantagens funcionais e cognitivas estão descritas, entre elas a melhoria da mobilidade que Gallant *et al.* (2009), Peralta, Varela e Gálvez (2009) e Coleman *et al.* (2013) descrevem como relevantes na prevenção de UP.

Por fim, o último aspeto a realçar nesta discussão dos resultados prende-se com os registos de enfermagem propriamente ditos. Ao longo desta apresentação foi possível notar que, da amostra de 181 indivíduos que a constituiu, existem dados que foram colhidos a um número inferior da amostra. Os dados colhidos através do InterRAI-AC estão praticamente completos em todos os questionários, com raras exceções como por exemplo no peso (tabela 8). Já os dados colhidos através da escala de Braden e do processo clínico do doente estão muito incompletos. Principalmente nas intervenções de enfermagem, como a frequência de posicionamento, a colocação de dispositivos e a realização de levante (tabela 25, 34 e 36, por exemplo) apresentam uma percentagem baixa da amostra, já que não havia registos sobre as respetivas intervenções.

Ainda mais preocupante são os registos relacionados com a avaliação da pele e cuidados com a mesma, que não existem. Não foram encontrados, em nenhum dos instrumentos de colheita, dados sobre a avaliação e cuidados da pele durante o internamento. Estes resultados vão completamente contra as recomendações da EPUAP, a APUAP e a PPIIA (2014) e as sugestões de alguns autores (Rijswijk, 2004; Bale, Cameron e Meaume, 2006).

Todos os dados e conclusões apresentados tornam-se relativos se analisados com base no relatório anual de 2012 do Ministério da Saúde, elaborado pela Administração Central do Sistema de Saúde, IP (ACSS) (2013) acerca do SCD/E. Neste documento estão especificados as horas e média de cuidados necessárias e prestadas e o défice entre cada uma. Relativamente ao serviço onde foi realizado este estudo, é possível observar um défice entre as horas de cuidados prestadas e necessárias de cerca de 30000 horas negativas, isto é, das 63221 horas necessárias de cuidados apenas foram efetivamente prestadas 33744. Em média, os doentes necessitaram de 5,73 horas de cuidados diários sendo que efetivamente dispuseram de 3,06, valor que se aproxima do resultado do InterRAI-AC de cerca de uma hora por turno para cada doente.

Estes dados da ACSS revelam, desde logo, um aspeto: os doentes deste serviço não tiveram ao seu dispor as horas de cuidados que necessitaram. A razão é mais que

evidente: poucos recursos humanos. E aqui não estamos a falar de um ou dois enfermeiros em falta. Se considerarmos que cada enfermeiro fará 40 horas semanais, estas equivalem a cerca de duas mil horas anuais. Trinta mil horas correspondem, assim, a 15 enfermeiros em défice. Se com um défice de 15 enfermeiros, a taxa de incidência de UP é de cerca de 1%, só é possível enaltecer o trabalho realizado pela equipa de enfermagem, no que diz respeito à prevenção de UP. Tendo em conta os dados comparativos de Gunningberg *et al.* (2011) que referem que em hospitais com mais números de horas de cuidados por doente houve menos incidência de UP, este 1% poderia muito facilmente ser de 0%, com a dotação adequada do serviço.

Em termos económicos são bastantes os benefícios da prevenção descritos na literatura (Betsy Kuhn e Coulter, 1992; Bennett, Dealey e Posnett, 2004; Russo e Elixhauser, 2006; Agreda, *et al.*, 2007; Shuurman, *et al.*, 2009; Asimus, MacLellan e Li, 2011; Dealey, Posnett e Walker, 2012; Chan, *et al.*, 2013), com despesas no tratamento de uma UP, em contexto hospitalar, que varia entre os 24€ (para UP de categoria I) até aos 5000€ (para a categoria IV). Assim, pode-se deduzir que se em Portugal um enfermeiro auferir cerca de 1500 euros de salário bruto, o simples facto de prevenir o desenvolvimento de uma UP, num mês, trará imediatamente um retorno financeiro para a instituição em causa.

CONCLUSÃO

O presente estudo teve como principal objetivo analisar o resultado das intervenções de enfermagem na prevenção de UP. Os resultados mostram uma taxa de incidência muito baixa de UP entre a amostra, taxa bastante inferior à maioria dos estudos mais recentes na área.

A utilização de vários instrumentos de colheita de dados possibilitaria uma compreensão mais global da temática. Contudo, tratando-se de um estudo retrospectivo, em que a colheita de dados não foi realizada inicialmente com os objetivos deste estudo, houve alguns dados que se apresentaram incompletos, impossibilitando um estudo analítico e correlacional. Este problema constituiu-se como a principal dificuldade deste estudo.

Assim, foi realizada uma análise descritiva dos resultados, tendo sido possível compreender que o planeamento dos cuidados, associados à prevenção de UP, é indispensável. A colocação atempada de dispositivos, a precocidade do levante e o planeamento da frequência de posicionamentos tendo em conta as necessidades de cada doente revelaram-se relevantes na prevenção de UP. Inerente às intervenções de enfermagem, estão os registos, que em algumas intervenções como os cuidados com a pele e a avaliação da pele não existiram.

Relativamente à avaliação do risco de UP, através da escala de Braden, é possível afirmar que esta se apresenta como um instrumento muito importante na perceção dos doentes com maior risco de desenvolver uma UP. É um instrumento mais eficaz que a decisão clínica por si só. Contudo, sugere-se que estes aspetos sejam melhor esclarecidos, com estudos que compreendam em que se baseia a decisão clínica na prevenção de UP, compreendendo quais os principais fatores que os enfermeiros têm em conta na implementação de medidas preventivas.

Neste estudo, a taxa de prevalência de UP foi de 11,2%. Dos fatores estudados, a idade avançada, a malnutrição e o contexto sociofamiliar apresentaram-se como os fatores com mais influência na presença de UP na admissão. Sendo a idade um aspeto não passível de nenhuma intervenção para a modificar, a malnutrição e o contexto são áreas onde o enfermeiro poderá intervir de forma ativa. Através de um planeamento nutricional mais adequado às características de cada pessoa, poderá ser possível evitar que uma pessoa esteja constantemente em défice nutricional. Relativamente ao contexto sociofamiliar é essencial uma intervenção global. Nos

centros de saúde, através de um conhecimento vasto sobre as condições de cada pessoa, sendo essencial perceber as capacidades que os cuidadores têm para cuidar de outra pessoa. Com um conhecimento mais aprofundado do contexto também será possível providenciar apoios mais adequados para esta pessoa. Por sua vez, nos hospitais, na preparação do regresso a casa os enfermeiros terão inevitavelmente de se empenhar na identificação clara do cuidador, preparação do mesmo para os cuidados que terá de prestar e solicitação de apoio na comunidade, sempre que necessário. No que diz respeito à prevenção de UP, esta preparação fará toda a diferença. Este fator, contexto sociofamiliar, não era descrito na bibliografia como importante no desenvolvimento de UP, pelo que se sugere a realização de mais estudos que tentem comprovar a sua relevância.

Por fim, uma nota às condições e carga de trabalho dos enfermeiros. A prevenção de UP é claramente uma mais-valia económica para os hospitais e para os estados. Esta prevenção nunca poderá acontecer sem a presença de enfermeiros. São estes que compreendem os fatores influenciadores e que atuam sobre os mesmos, implementando medidas com o intuito de prevenir UP.

Neste serviço surgiram duas novas UP. Tendo por base a média de outros estudos era expectável terem surgido mais de dez UP, para a amostra em questão. Assim é possível afirmar, convictamente, que intervenções como a avaliação do risco de UP, os posicionamentos, o levante e a colocação de superfícies de apoio ajudaram a prevenir várias UP. Isso foi possível alcançar com dotações deficitárias. O que seria possível realizar com dotações adequadas não se pôde estudar, mas seria excelente que pudesse.

BIBLIOGRAFIA

Administração Central do Sistema de Saúde. (2013). *Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem - SCD/E - Relatório Anual 2012*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Agreda, J. J., Bou, J. T., Posnett, J., Soriano, J. V., San Miguel, L., & Santos, J. M. (2007). An approach to the economic impact of the treatment of pressure ulcers in Spain. *Gerokomos* , 18 (4), 43-52.

Akca, N. K., Aydin, G., & Gümüş, K. (2015). Pressure Ulcers and Their Associated Factors in Nursing Home Inmates . *Journal of the College of Physicians and Surgeons*, 25 (1), 27-30 .

Aleixo, T., Escoval, A., Fontes, R., & Fonseca, C. (2011). Indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de enfermagem em lares de idosos. *Revista de ENfermagem Referência* , 141-149.

Anthony, D., Papanikolaou, P., Parboteeah, S., & Saleh, M. (2009). Do risk assessment scales for pressure ulcers work? . *Journal of Tissue Viability* , 132-136.

Amaral, A.F.S., Ferreira, P., & Gray, L. (2014). Validação do International Resident Assessment Instrument – Acute Care (InterRAI-AC) para a população portuguesa. *Revista de Enfermagem Referência* , Série 4 (nº1), 103-115.

Asimus, M., MacLellan, L., & Li, P. (2011). Pressure ulcer prevention in Australia: the role of the nurse practitioner in changing practice and saving lives . *InternationalWoundJournal* , 8 (5), 508-513.

Bale, S., Cameron, J., & Meaume, S. (2006). Skin Care. In M. Romanelli, *Science and Practice of Pressure Ulcer Management* (pp. 75-84). Londres: Springer-Verlag.

Banks, M., Bauer, J., Graves, N., & Ash, S. (2010). Malnutrition and pressure ulcer risk in adults in Australian health care facilities. *Nutrition* , 26 (9), 896-901.

Benett, G., Dealey, C., & Posnett, J. (2004). The cost of pressure ulcers in the UK . *Age and Ageing* , 33 (3), 230–235 .

Bergstrom, N., Braden, B., Boynton, P., & Bruch, S. (1995). Using a research-based assessment scale in clinical practice. *Nursing Clinics of North America* , 30 (3), 539-551.

- Bredesen, I. M., Bjørro, K., Gunningberg, L., & Hofoss, D. (2015). The prevalence, prevention and multilevel variance of pressure ulcers in Norwegian hospitals: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies* , 52, 149–156 .
- Cullum, N., Nelson, E. A., & Nixon, J. (2005). Pressure sores. *Clinical Evidence* , 13, 2565-2575.
- Chan, B., Mitsakakis, N., Pham, B., & Krahn, M. (2013). Net costs of hospital-acquired and pre-admission PUs among older people hospitalised in Ontario . *Journal of Wound Care* , 22 (7), 341-346.
- Chamanga, E. (2010). A critical review of the Waterlow tool. *Journal of Community Nursing* , 26-32.
- Chou, R., Dana, T., Bougatsos, C., Blazina, I., Starmer, A. J., Reitel, K., et al. (2013). Pressure Ulcer Risk Assessment and Prevention: A Systematic Comparative Effectiveness Review . *Annals of Internal Medicine* , 159 (1), 29-38.
- Coleman, S., Gorecki, C., Nelson, E. A., Closs, S. J., Defloor, T., Halfens, R., et al. (2013). Patient risk factors for pressure ulcer development: Systematic review. *International Journal of Nursing Studies* , 974-1003.
- European Pressure Ulcer Advisory Panel. (2001). *Summary report on pressure ulcer prevalence data collected in Belgium, Italy, Portugal, Sweden and the United Kingdom over the 14th and 15th of November*. EPUAP.
- European Pressure Ulcer Advisory Panel; National Pressure Ulcer Advisory Panel; Pan Pacific Pressure Injury Alliance. (2014). *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide*. Cambridge: Cambridge Media.
- EPUAP, E. P., & ANPUAP, A. N. (2009). *Prevenção das úlceras de pressão: Guia de consulta rápida*. EPUAP.
- Duque, H. P., Menoita, E., Simões, A., Nunes, A. C., Mendanha, M. F., Matias, A., et al. (2009). *Úlceras de Pressão - Uma abordagem estratégica*. Coimbra: Formasau.
- Dantas, S. (2003). Aspectos Históricos do Tratamento de Feridas. In S. Jorge, & S. Dantas, *.Abordagem Multiprofissional do Tratamento de Feridas* (pp. 3-6). São Paulo: Atheneu.
- Dealey, C. (2006). *Tratamento de Feridas - Guia para Enfermeiros* (1ª Edição ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Dealey, C., Posnett, J., & Walker, A. (2012). The cost of pressure ulcers in the United Kingdom. *Journal of Wound Care* , 261-266.

- Dealey, C., Posnett, J., & Walker, A. (2012). The cost of pressure ulcers in the United Kingdom. *Journal of Wound Care* , 261–266 .
- Defloor, T., Vanderwee, K., Wilborn, D., & Dassen, T. (2006). Pressure Ulcer Prevention and Repositioning. In M. Romanelli, *Science and Practice of Pressure Ulcer Management* (pp. 67-74). Londres: Springer-Verlag.
- Defloor, T., Durme, T. V., & Gobert, M. (2008). Mobiliser pour prévenir les Escarres. In G. ICE, *Enfermagem e Úlceras por Pressão: Da Reflexão sobre a Disciplina às Evidências nos Cuidados* (pp. 192-204). Grupo ICE.
- Demarré, L., Verhaeghe, S., Annemans, L., Van Hecke, A., Grypdonck, M., & Beeckman, D. (2015). The cost of pressure ulcer prevention and treatment in hospitals and nursing homes in Flanders: A cost-of-illness study . *International Journal of Nursing Studies* , 52, 1166–1179.
- Direcção Geral de Saúde. (5 de Maio de 2011). Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q). *Orient ação no 17/2011* . Lisboa: Ministério da Saúde.
- Doran, D. I., Sidani, S., Keatings, M., & Doidge, D. (2002). An empirical test of the Nursing Role Effectiveness Model. *Journal of Advanced Nursing* , 38 (1), 29-39.
- Furtado, K. (2001). Úlceras de Pressão. In C. A. Margato, & L. M. Oliveira, *Prevenção e tratamento de úlceras* (1ª edição ed., pp. 7-26). Coimbra: Formasau.
- Ferreira, P. L., Miguéns, C., Gouveia, J., & Furtado, K. (2007). *Risco de Desenvolvimento de Úlceras de Pressão: Implementação Nacional da Escala de Braden*. (1. Edição, Ed.) Loures: Lusociência.
- Flanagan, M. (2001). Prevenção de úlceras de pressão - Uma abordagem estratégica. In C. A. Margato, & L. M. Oliveira, *Prevenção e tratamento de úlceras* (1ª edição ed., pp. 27-42). CoimbraFormasau.
- Fogerty, M. D., Abumrad, N. N., Nanney, L., Arbogast, P. G., Poulouse, B., & Barbul, A. (2008). Risk factors for pressure ulcers in acute care hospitals. *Wound Repair & Regeneration* , 16 (1), 11-18.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação*. Lisboa: Lusodidacta.
- Gunnarsson, A., Lönn, K., & Gunningberg, L. (2009). Does nutritional intervention for patients with hip fractures reduce postoperative complications and improve rehabilitation? *Journal of Clinical Nursing* , 18 (9), 1325-1333.

- Gunningberg, L., Donaldson, N., Aydin, C., & Idvall, E. (2011). Exploring variation in pressure ulcer prevalence in Sweden and the USA: benchmarking in action. *Journal of Evaluation In Clinical Practice* , 904-910.
- Gallant, C., Morin, D., St-Germain, D., Dallaire, & D. (2009). Prevention and treatment of pressure ulcers in a university hospital centre: A correlational study examining nurses' knowledge and best practice. *International Journal of Nursing Practice* , 183-187.
- Gillespie, B. M., Chaboyer, W. P., McInnes, E., Kent, B., Whitty, J., & Thalib, L. (2014). Repositioning for pressure ulcer prevention in adults (Review). *Cochrane Database of Systematic Review* , 4.
- Grupo ICE. (2008). Estudo de prevalência das UPP: Açores, Madeira e Canárias . In G. ICE, *Enfermagem e Úlceras por Pressão: Da Reflexão sobre a Disciplina às Evidências nos Cuidados* (pp. 315-327). Grupo ICE.
- Iizaka, S., Sanada, H., Nakagami, G., Sekine, R., Koyanagi, H., Konya, C., et al. (2010). Estimation of protein loss from wound fluid in older patients with severe pressure ulcers. *Nutrition* , 26 (9), 890-895.
- Holm, B., Mesch, L., & Ove, H. (2007). Importance of Nutrition for Elderly Persons with Pressure Ulcers or a Vulnerability for Pressure Ulcers: A Systematic Literature Review. *Australian Journal of Advanced Nursing* , 25 (1), 77-84.
- Johansen, E., Moore, Z., Etten, M. v., & Strapp, H. (2014). Pressure ulcer risk assessment and prevention: What difference does a risk scale make? A comparison between Norway and Ireland . *Journal of Wound Care* , 23 (7), 369-78.
- Kuhn, B., & Coulter, S. (1992). Balancing the pressure Ulcer cost and quality equation . *Nursing Economics* , 10, 353–359.
- Keen, D. C. (2009). Should care homes adopt a static-led approach to pressure ulcer prevention? *British Journal of Nursing* , 18 (20), S4-S10.
- Kottner, J., Dassen, T., & Lahmann, N. (2009). Comparison of two skin examination methods for grade 1 pressure. *Journal of Clinical Nursing* , 2464-2469.
- Krapfl, L. A., & Gray, M. (2008). Does Regular Repositioning Prevent Pressure Ulcers? *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing* , 35 (6), 571-577.
- Lippoldt, J., Pernicka, E., & Staudinger, T. (2014). Interface Pressure at Different Degrees of Backrest Elevation With Various Types of Pressure-Redistributed Surfaces. *American Journal of Critical Care* , 23 (2), 119-125.

Lise, F., & Chiossi da Silva, L. (2007). Prevenção de úlcera por pressão: instrumentalizando a enfermagem e orientando o domiciliar cuidador. *Como citar este artigo Número completo Mais informações do artigo Site da revista Acta Scientiarum. Health Sciences* , 29 (2), Mar85-89.

National Pressure Ulcer Advisory Panel. (2009). *The Role of Nutrition in Pressure Ulcer Prevention and Treatment: National Pressure Ulcer Advisory Panel White Paper*. National Pressure Ulcer Advisory Panel.

Nixon, J. (2004). Fisiopatologia e etiologia das úlceras de pressão. In M. Morison, *Prevenção e Tratamento de Úlceras de Pressão* (pp. 17-38). Loures: Lusociência.

Nightingale, F. (2005). *Notas sobre enfermagem : o que é e o que não é*. (C. Ferraz, & G. Couto, Trads.) Loures: Lusociência.

Margato, C., Miguéns, C., Gouveia, J., Furtado, K., & Ferreira, P. (2001). Evaluation of the predictive validity of the Braden Scale in the Portuguese population. *12th Conference of the European Wound Management Association*.

McInnes, E., Jammali-Blasi, A., Bell-Syer, S., Dumville, J. C., & Cullum, N. (2011). Support surfaces for pressure ulcer prevention (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* , 4.

McInnes, E., Jammali-Blasi, A., Bell-Syer, S., Dumville, J., Middleton, V., & Cullum, N. (2015). Support surfaces for pressure ulcer prevention. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (9).

Mertens, E., Halfens, R., Dietz, E., Scheufele, R., & Dassen, T. (2008). Pressure ulcer risk screening in hospitals and nursing homes with a general nursing assessment tool: evaluation of the care dependency scale. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* , 1018-1025.

Miles, S. J., Nowicki, T., & Fulbrook, P. (2013). Repositioning to prevent pressure injuries: evidence for practice. *Australian Nursing & Midwifery Journal* , 21 (6), 32-33.

Mistiaen, P., Achterberg, W., Ament, A., Halfens, R., Huizinga, J., Montgomery, K. P., et al. (2010a). The effectiveness of the Australian Medical Sheepskin for the prevention of pressure ulcers in somatic nursing home patients: a prospective multi-centre randomised controlled trial. *Wound Repair and Regeneration* , 6 (6), 572-579.

Mistiaen, P., Ament, A., Francke, A. L., Achterberg, W., Halfens, R., Huizinga, J., et al. (2010b). An economic appraisal of the Australian Medical Sheepskin for the prevention of sacral pressure ulcers from a nursing home perspective. *BMC Health Services Research* , 10 (226).

Moore, Z., & Cowman, S. (2010). Risk assessment tools for the prevention of pressure ulcers (Review) . *The Cochrane Library* .

Moore, Z., Cowman, S., & Posnett, J. (2013). An economic analysis of repositioning for the prevention of pressure ulcers . *Journal of Clinical Nursing* , 22, 2354–2360.

Organização Mundial de Saúde. (2006). *BMI classification*. Obtido em 15 de Maio de 2015, de World Health Organization: http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html

Pancorbo-Hidalgo, P. L., Garcia-Fernandez, F. P., Lopez-Medina, I. M., & Alvarez-Nieto, C. (2006). Risk assessment scales for pressure ulcer prevention: a systematic review . *Journal of Advanced Nursing* , 94-110.

Pancorbo-Hidalgo, P. L., García-Fernandez, F. P., Soldevilla-Ágreda, J. J., & Garcia, C. B. (2009). *Escalas e instrumentos de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión* (1ª edição ed., Vol. 11). (G. N. Crónicas, Ed.) Logroño : Serie Documentos Técnicos GNEAUPP.

Paranhos, W., & Santos, V. (1999). Avaliação para o risco de úlceras de pressão por meio da escala de Braden, na língua portuguesa. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo* , 33, 191-206.

Peralta, E. C., Varela, L. F., & Gálvez, M. C. (2009). Frecuencia de casos de úlceras de presión y factores asociados a su desarrollo en adultos mayores hospitalizados en servicios de Medicina de un hospital general. *Rev Med Hered* , 20 (1), 16-21.

Peterson, M. J., Gravenstein, N., Schwab, W., van Oostrom, J. H., & Caruso, L. J. (2013). Patient repositioning and pressure ulcer risk: Monitoring interface pressures of at-risk patients. *Journal of Rehabilitation Research & Development* , 50 (4), 477-588.

Peterson, M. J., Schwab, W., van Oostrom, J. H., Gravenstein, N., & Caruso, L. J. (2010). Effects of turning on skin-bed interface pressures in healthy adults . *Journal of Advanced Nursing* , 1556-1564.

Phipps, W. J., Sands, J. K., & Marek, J. F. (2003). *Enfermagem médico-cirúrgica : conceitos e prática clínica* (6ª edição ed.). Loures: Lusociência.

Saleh, M., Anthony, D., & Parboteeah, S. (2009). The impact of pressure ulcer risk assessment on patient outcomes among hospitalised patients. *Journal of Clinical Nursing* , 1923-1929.

Schuurman, J., Schoonhoven, L., Defloor, T., van Engelshoven, I., van Ramshorst, B., & Buskens, E. (2009). Economic Evaluation of Pressure Ulcer Care: A Cost Minimization Analysis of Preventive Strategies . *Nursing Economics* , 27 (6), 390-401.

- Schols, J., Clark, M., Benati, G., Jackson, P., Engfer, M., Langer, G., et al. (2006). Pressure Ulcers and Nutrition: A New European Guideline. In M. Romanelli, *Science and Practice of Pressure Ulcer Management* (pp. 85-90). Londres: Springer-Verlag.
- Seeley, R. R., Stephens, T. D., & Tate, P. (1997). *Anatomia e Fisiologia* (3ª Edição ed.). Lisboa: Lusodidacta.
- Serpa, L. F., Santos, V. L., Gonçalves, T. C., Campani, F., & Queiroz, M. (2011). Predictive Validity of the Braden Scale for Pressure Ulcer Risk in Critical Care Patients. *Revista Latino-Americana* , 19 (1), 50-57.
- Silva, R. C., Figueredo, N. M., & Meireles, I. B. (2007). *Feridas: Fundamentos e atualizações em enfermagem* (2ª Edição ed.). São Caetano do Sul: Yendis.
- Shahin, E., J., M., Schols, J. M., Tannen, A., Halfens, R., & Dassen, T. (2010). The relationship between malnutrition parameters and pressure ulcers in hospitals and nursing homes. *Nutrition* , 26 (9), 886-889.
- Slowikowski, G. C., & Funk, M. (2010). Factors associated with pressure ulcers in patients in a surgical intensive care unit. *Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing* , 37 (6), 619-626.
- Russo, C. A., & Elixhauser, A. (Abril de 2006). *Hospitalizations Related to Pressure Sores, 2003*. Obtido em Outubro de 2014, de Agency for Healthcare Research and Quality: <http://www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb3.pdf>
- Russo, C. A., Steiner, C., & Spector, W. (Dezembro de 2008). *Hospitalizations Related to Pressure Ulcers among Adults 18 Years and Older*. Obtido em Outubro de 2014, de Agency for Healthcare Research and Quality: <http://www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb64.pdf>
- Raffoul, W., Far, M., Cayeux, M., & Berger, M. (2006). Nutritional status and food intake in nine patients with chronic low-limb ulcers and pressure ulcers: importance of oral supplements. *Nutrition* , 22 (1), 82-88.
- Rich, S. E., Margolis, D., Shardell, M., Hawkes, W. G., Miller, R. R., Amr, S., et al. (2011). Frequent manual repositioning and incidence of pressure ulcers among bed-bound elderly hip fracture patients. *Wound Repair and Regeneration* , 19, 10–18.
- Taylor, C., Lillis, C., & LeMone, P. (2007). *Fundamentos de Enfermagem - A arte e ciência do cuidado de enfermagem* (5ª Edição ed.). (A. Thorell, & R. M. Garcez, Trads.) Porto Alegre: Artmed.

- Tannen, A., Balzer, K., Kottner, J., Dassen, T., Halfens, R., & Mertens, E. (2010). Diagnostic accuracy of two pressure ulcer risk scales and a generic nursing assessment tool. A psychometric comparison. *Journal of Clinical Nursing* , 1510-1518.
- Uzun, O., & Tan, M. (2007). A prospective, descriptive pressure ulcer risk factor and prevalence study at a university hospital in Turkey. . *Ostomy Wound Manage* , 53 (2), 44-56.
- van Rijswijk, L. (2004). Epidemiologia. In M. Morison, *Prevenção e tratamento de úlceras de pressão* (J. C. Gouveia, & K. Furtado, Trads., pp. 7-16). Loures: Lusociência.
- VanGilder, C., MacFarlane, G., Meyer, S., & Lachenbruch, C. (2009). Body mass index, weight, and pressure ulcer prevalence: an analysis of the 2006-2007. *Journal of Nursing Care Quality* , 24 (2), 127-135.
- Versluysen, M. (1989). Úlceras de Pressão: causas e prevenção. *Nursing* , Ano 1 (12), 21-23 .
- Wound, Ostomy and Continence Nurses Society. (2010). *Guideline for Prevention and Management of Pressure Ulcers*. New Jersey: Wound, Ostomy, and Continence Nurses Society.
- Young, J., Nikoletti, S., McCaul, K., Twigg, D., & Morey, P. (2002). Risk factors associated with pressure ulcer development at a major western Australian teaching hospital from 1998 to 2000: secondary data analysis. *Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing* , 29 (5), 234-241.

ANEXOS

ANEXO I - InterRAI – AC Portugal

SECÇÃO A. IDENTIFICAÇÃO**1. NOME**

a.(primeiro) b.(Iniciais do meio) c. (último)

2. GÉNERO - 1. Masculino 2. Feminino**3. DATA DE NASCIMENTO**

Ano

Mês

Dia

4. ESTADO CIVIL

1. Solteiro
2. Casado
3. Parceiro (a)/outro significativo
4. Viúvo
5. Separado
6. Divorciado

5. ETNIA / RAÇA**6. LÍNGUA MATERNA**

1. Português
2. Outra
3. Especificar: _____

7. HOSPITAL**8. ENFERMARIA****9. MÉDICO ASSISTENTE****10. NÚMERO DO CARTÃO DE UTENTE****11. ACTUAIS FORMAS DE PAGAMENTO DA HOSPITALIZAÇÃO****3. FORMAS DE COABITAÇÃO**

1. Sozinho
2. Apenas com cônjuge/parceiro
3. Com cônjuge/parceiro e outro (s)
4. Com filhos (sem cônjuge/parceiro)
5. Com pais ou tutores
6. Com irmãos
7. Com outros familiares (sem ser cônjuge ou filhos)
8. Com não-familiares

4. EPISÓDIO DESENCADEADOR DA ADMISSÃO

Momento em que surgiu o episódio/problema desencadeador desta admissão (tendo como referência a data de início da hospitalização – item B1)

0. Nos últimos 7 dias

1. Há 8-14 dias
2. Há 15-30 dias
3. Há 31-60 dias
4. Há mais de 60 dias

5. PERÍODO DESDE A ÚLTIMA HOSPITALIZAÇÃO
Registe a hospitalização mais recente nos ÚLTIMOS 90 DIAS

0. Não houve hospitalização nos últimos 90 dias

1. Há 31-90 dias
2. Há 15-30 dias
3. Há 8-14 dias
4. Nos últimos 7 dias
5. Actualmente no hospital

6. TEMPO PASSADO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

0. Não foi admitido através do serviço de urgência

1. 0-8 horas
2. 8-24 horas
3. 24-48 horas
4. Mais de 48 horas

7. CIRURGIA

a) Cirurgia realizada até 48 horas após a admissão?

0. Não
1. Sim

b) Data da Cirurgia

Ano

Mês

Dia

CASO SEJA REALIZADA UMA CIRURGIA, PREENCHER O RELATÓRIO DA ADMISSÃO 72 HORAS DEPOIS DA CIRURGIA, COM BASE NAS OBSERVAÇÕES FEITAS NAS 24 HORAS ANTERIORES.

SECÇÃO B. ADMISSÃO E HISTÓRIA INICIAL

[Nota: Preencher a Secção B na admissão/primeira avaliação]

DATA DE INTERNAMENTO **2. PROVENIENTE DE:**

1. Moradia/apartamento próprio/quarto arrendado
2. Lar
3. Casas assistidas ou semi-independente
4. Centro para pessoas com incapacidades físicas
5. Centro para pessoas com incapacidades intelectuais
6. Hospital ou unidade psiquiátrica
7. Sem-abrigo
8. Unidade de cuidados continuados
9. Centro/Unidade de reabilitação
10. Unidade de cuidados paliativos
11. Hospital de agudos
12. Prisão
13. Outro

Proveniente de _____

SECÇÃO C. DATAS DA AVALIAÇÃO**1. DATAS DE REFERÊNCIA DA AVALIAÇÃO**

a. Na admissão

Ano

Mês

Dia

b. Ao 14º dia

Ano

Mês

Dia

c. Na alta

Ano

Mês

Dia

Alta	14º Dia	Admissão	Pré Admissão
SECÇÃO D. COGNIÇÃO			
1. CAPACIDADES COGNITIVAS PARA TOMAR DECISÕES DO DIA-A-DIA			
<i>Tomar decisões para as tarefas diárias – ex: quando se levantar ou fazer as refeições, que roupa vestir ou que actividades realizar</i>			
0. Independente – Decisões consistentes, sensatas, seguras			
1. Independência modificada – Alguma dificuldade apenas em situações novas			
2. Incapacidade mínima – Em situações específicas recorrentes, as decisões tomam-se fracas e perigosas; estímulos/supervisão necessários nesses momentos			
3. Incapacidade moderada – Decisões constantemente fracas e perigosas; estímulos/supervisão são necessários nesses momentos			
4. Incapacidade grave – Nunca/raramente toma decisões			
5. Sem consciência perceptível, coma [Para a avaliação pré-admissão, continue com as Secções D a G, para todas as outras avaliações passe para a Secção H] <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
2. CAPACIDADE DE MEMORIZAR/RECORDAR			
<i>Codifique em termos de recordação daquilo que foi aprendido ou sabido</i>			
0. Sim, a memória OK. - 1. Problemas de memória			
a. Boa memória de curto prazo			
Parece recordar-se depois de 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> minutos			
b. Boa memória processual			
É capaz de realizar todas ou quase todas as etapas numa sequência de multi-tarefas sem estímulos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
c. Boa memória situacional Reconhece os nomes/caras dos prestadores de cuidados com quem contacta regularmente e conhece a localização dos lugares que visita regularmente (quarto, refeitório, sala de terapia) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
3. PERTURBAÇÕES PERIÓDICAS DO PENSAMENTO OU CONSCIÊNCIA			
<i>[Nota: Uma avaliação rigorosa implica conversas com funcionários, família ou outras pessoas com um conhecimento directo do comportamento do indivíduo ao longo deste período]</i>			
0. Comportamento não presente			
1. Comportamento presente, consistente com o funcionamento normal			
2. Comportamento presente, parece diferente do funcionamento normal (ex: novo aparecimento ou agravamento; diferente das semanas anteriores)			
a. Facilmente distraído – ex: episódios de dificuldade em prestar atenção; dispersa-se <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
b. Momentos de discurso desorganizado – ex: o discurso não faz sentido, irrelevante ou passa de assunto em assunto; perde a linha de pensamento <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
c. Função mental varia ao longo do dia – ex: umas vezes melhor, outras vezes pior <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
4. ALTERAÇÃO AGUDA DO ESTADO MENTAL EM RELAÇÃO AO HABITUAL - ex: agitação, letargia, dificuldade em despertar, percepção alterada do ambiente			
0. Não <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
1. Sim <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			

Alta	14º Dia	Admissão	Pré Admissão
SECÇÃO E. COMUNICAÇÃO E VISÃO			
1. FAZER-SE ENTENDER (Expressão)			
<i>Expressar conteúdo de informação – verbal e não-verbal</i>			
0. Compreendido – Expressa as ideias sem dificuldade			
1. Compreendido geralmente – Dificuldade em escolher as palavras ou concluir os pensamentos MAS, se tiver tempo, pouca ou nenhuma sugestão é necessária			
2. Compreendido frequentemente – Dificuldade em encontrar as palavras ou terminar os pensamentos E é geralmente necessária sugestão			
3. Compreendido algumas vezes – A capacidade limita-se a fazer pedidos concretos			
4. Compreendido raramente ou nunca <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
2. CAPACIDADE PARA COMPREENDER OS OUTROS (Compreensão)			
<i>Compreender informação verbal (ainda que use aparelho auditivo normalmente utilizado)</i>			
0. Compreende – Compreensão clara			
1. Compreende geralmente – Não percebe algumas partes/objectivo da mensagem MAS compreende a maior parte da conversa			
2. Compreende frequentemente – Não percebe algumas partes/objectivo da mensagem MAS através da repetição ou explicação consegue muitas vezes compreender a conversa			
3. Compreende algumas vezes – Responde de forma satisfatória apenas a um tipo de comunicação simples e directa			
4. Compreende raramente ou nunca <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
3. AUDIÇÃO			
<i>Capacidade para ouvir (aparelho auditivo normalmente utilizado)</i>			
0. Adequada – Não tem dificuldades numa conversa normal, interacção social, ouvir televisão			
1. Dificuldade mínima – Dificuldade em alguns contextos (ex: quando uma pessoa fala baixo ou está a mais de 2 metros de distância)			
2. Dificuldade moderada – Problemas em ouvir conversas normais, necessita de um ambiente calmo para ouvir bem			
3. Dificuldade grave – Dificuldade em todas as situações (ex: o falante tem de falar alto ou muito pausadamente; ou a pessoa menciona que todo o discurso é sussurrado)			
4. Sem audição <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
4. VISÃO			
<i>Capacidade para ver com uma luz adequada (com óculos ou com outro aparelho visual normalmente utilizado)</i>			
0. Adequada – Vê os detalhes, incluindo a impressão normal dos jornais/livros			
1. Dificuldade mínima – Vê uma impressão com maior resolução mas não a impressão normal dos jornais/livros			
2. Dificuldade moderada – Visão limitada; não é capaz de ver as manchetes dos jornais, mas consegue identificar objectos			
3. Dificuldade grave – Identificação de objectos duvidosa, mas os olhos parecem seguir os objectos; vê apenas luzes, cores ou formas			
4. Sem visão <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			

	Alta	14º Dia	Admissão	Pré Admissão
SECÇÃO F. COMPORTAMENTO E ÂNIMO				
1. ÂNIMO AUTO-REPORTADO (Use um período de 3 dias para a avaliação pré-admissão e de 24 horas para as outras avaliações)				
0. Não nos últimos 3 dias do período pré-admissão/últimas 24 horas				
1. Não nos últimos 3 dias/24 horas, mas sente-se assim frequentemente				
2. Sim, sentiu-se dessa maneira nos últimos 3 dias/24 horas				
8. A pessoa não pode (quer) responder				
Perguntar: “Nos últimos 3 dias/24 horas, com que frequência se sentiu...”				
a. Com pouco interesse ou prazer em fazer as coisas de que normalmente gosta?				
b. Ansioso, impaciente ou inquieto?				
c. Triste, deprimido ou desesperado?				
SINTOMAS DE COMPORTAMENTO Nos ÚLTIMOS 3 DIAS/24 HORAS, presença de um ou mais dos seguintes sintomas: abuso verbal, abuso físico, resistência aos cuidados, comportamento socialmente inapropriado ou disruptivo.				
0. Não				
1. Sim				
SECÇÃO G. ESTADO FUNCIONAL				
1. AUTO-DESEMPENHO NAS ACTIVIDADES DA VIDA DIÁRIA (AVD) Considere todos os episódios dos últimos 3 dias/24 horas. Se todas as actividades forem desempenhadas ao mesmo nível, pontue a AVD a esse nível. Se houver <i>algum episódio</i> no nível 6, e outros menos dependentes, pontue a AVD com o nível 5. Caso contrário, centre-se nos três episódios mais dependentes [ou em todas os episódios se forem realizadas menos do que 3 vezes]. Se a actividade mais dependente for 1, a pontuação da AVD é 1. Se não for, pontue a AVD de acordo com a menos dependente entre 2-5.				
0. Independente – Sem ajuda, preparação física ou supervisão em qualquer actividade				
1. Independente, ajuda apenas na preparação – Objecto ou aparelho fornecido ou colocado ao seu alcance, sem ajuda física ou supervisão em qualquer actividade				
2. Supervisão – Vigilância/estímulos				
3. Assistência limitada – Orientação para se deslocar, ajuda a nível físico sem suportar o peso				
4. Assistência alargada – Ajuda para suportar o peso (incluindo levantar os membros) por 1 ajudante em que a pessoa ainda desempenha 50% ou mais das sub-tarefas				
5. Assistência máxima – Ajuda para suportar o peso (incluindo levantar os membros) por 2+ ajudantes OU Ajuda para suportar o peso em mais de 50% das sub-tarefas				
6. Dependência total – Todas as actividades são realizadas por outras pessoas				
8. Não houve actividade durante todo esse período				
a. Tomar banho – Como é que toma banho de imersão ou duche. Inclui a maneira como entra e sai da banheira ou polibã E como é lavada cada parte do corpo: braços, parte inferior e superior das pernas, peito, abdómen, área perineal – EXCLUI LAVAR AS COSTAS E O CABELO				
b. Higiene Pessoal – Como trata da sua higiene pessoal, incluindo pentear o cabelo, lavar os dentes, fazer a barba/depilação, maquilhar-se, lavar e limpar a cara e as mãos – EXCLUI BANHOS E DUCHES				
c. Caminhar – Como se desloca em piso igual dentro de casa				
d. Transferência para a sanita: Como se senta e levanta da sanita ou cadeira sanitária				
e. Uso da casa de banho: Como usa a casa de banho (ou a cadeira sanitária, penico, urinol), como se limpa depois de usar a sanita ou episódio(s) de incontinência, muda a fralda, sabe lidar com a ostomia ou cateter, adapta as roupas – EXCLUI ENTRADA E SAÍDA NA CASA DE BANHO				
f. Mobilidade na cama – Como se deita e se levanta, como se vira de um lado para o outro e posiciona o corpo na cama				
g. Alimentação – Como come e bebe (independentemente da capacidade). Inclui a ingestão de alimentos de várias formas (ex: alimentação por sonda, alimentação parentérica total)				
2. LOCOMOÇÃO/CAMINHAR				
a. Principal modo de locomoção				
0. Caminhar, sem aparelho de suporte				
1. Caminhar, usa aparelho de suporte – ex: bengala, andarilho, canadianas, cadeira de rodas de empurrar				
2. Cadeira de rodas, scooter eléctrica				
3. Acamado				
b. Caminhada de 4 metros temporizada – Crie um percurso desobstruído em linha recta. Peça à pessoa que esteja em pé com os pés na linha de partida. <i>Depois diga: “Assim que eu disser, comece a andar a um ritmo normal (com a bengala/andarilho se utilizar). Não se trata de um teste para saber a rapidez com que caminha. Pare quando eu lhe disser para parar. Tem dúvidas?”</i> O avaliador pode demonstrar como se faz o teste. <i>Depois diga: “Comece a caminhar agora”.</i> Comece a cronometrar (ou pode contar os segundos) assim que for dado o primeiro passo. Termine a contagem quando o pé tocar na linha dos 4 metros. <i>Depois diga: “Agora pode parar”.</i>				
Insira o tempo em segundos, até aos 30 segundos, caso contrário:				
30. 30 ou mais segundos para andar 4 metros				
77. Parou antes de terminar o teste				
88. Recusou-se a fazer o teste				
99. Não foi testado – ex: não caminha sozinho				
c. Distância percorrida – A maior distância percorrida de uma só vez sem se sentar nos ÚLTIMOS 3 DIAS/24 HORAS (com apoio caso seja necessário)				
0. Não andou				
1. Menos de 5 metros				
2. 5-49 metros				
3. 50-99 metros				
4. 100+ metros				
5. mais do que 1 quilómetro				
d. Distância percorrida em cadeira de rodas – A maior distância percorrida com cadeira de rodas de uma só vez nos ÚLTIMOS 3 DIAS/24 HORAS (inclui o uso independente de cadeira de rodas motorizada)				
0. Empurrado por outras pessoas				
1. Usou cadeira de rodas motorizada/scooter				
2. Andou sozinho de cadeira de rodas menos de 5 metros				
3. Andou sozinho de cadeira de rodas 5-49 metros				
4. Andou sozinho de cadeira de rodas 40-99 metros				
5. Andou sozinho de cadeira de rodas 100+ metros				
8. Não usou a cadeira de rodas				

Alta 14º Dia Admissão Pré Admissão	Alta 14º Dia Admissão Pré Admissão
SECÇÃO G. ESTADO FUNCIONAL (cont.)	
<p>3. NÍVEL DE ACTIVIDADE</p> <p>a. Número de horas de exercício ou actividade física nos 3 dias antes do aparecimento da doença que desencadeou a admissão – ex: caminhar</p> <p>0. Nenhuma 1. Menos de 1 hora 2. 1-2 horas 3. 3-4 horas 4. Mais de 4 horas</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	
<p>b. Nos 3 dias antes do aparecimento da doença que desencadeou a admissão, o número de dias em que saiu de casa/edifício onde reside (independentemente da duração desse período)</p> <p>0. Não saiu em nenhum dia 1. Não saiu nos últimos 3 dias, mas normalmente sai durante o período de 3 dias 2. 1-2 dias 3. 3 dias</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	
<p>4. ACAMADO O doente está acamado por motivos médicos</p> <p>0. Não 1. Sim</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	
<p>5. AUTO-DESEMPENHO DAS AIVDs E CAPACIDADE No período pré-mórbido, pontue o DESEMPENHO nas actividades rotineiras em casa ou na comunidade durante os ÚLTIMOS 3 DIAS antes do aparecimento da doença aguda que desencadeou a admissão. No momento da alta, pontue a CAPACIDADE com base na competência presumida para realizar uma actividade da maneira mais independente possível. Este processo irá envolver "especulação" por parte do avaliador.</p> <p>0. <i>Independente</i> – Sem ajuda, preparação ou supervisão 1. <i>Ajuda apenas na preparação</i> 2. <i>Supervisão</i> – Vigilância/estímulos 3. <i>Assistência limitada</i> – Ajuda em algumas situações 4. <i>Assistência alargada</i> – Ajuda na realização da tarefa embora realize 50% ou mais da tarefa sozinho 5. <i>Assistência máxima</i> – Ajuda na realização da tarefa embora realize menos de 50% da tarefa sozinho 6. <i>Dependência total</i> – Todas as actividades são realizadas por outras pessoas durante todo esse período 8. <i>Não houve actividade</i> – Durante todo esse período (NÃO USAR ESTE CÓDIGO PARA PONTUAR A CAPACIDADE)</p>	
<p>a. Preparação das refeições – Como são preparadas as refeições (ex: planeamento das refeições, juntar os ingredientes, cozinhar, preparar a comida e os utensílios)</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	
<p>b. Tarefas domésticas – Como são realizadas as tarefas domésticas (ex: lavar a louça, limpar o pó, fazer a cama, arrumar, lavar a roupa)</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	
<p>c. Gerir as finanças pessoais – Como são pagas as contas, verificar o livro de cheques, as despesas da casa são orçamentadas, o uso do cartão de crédito é controlado</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	
<p>d. Gerir a medicação – Como são geridos os medicamentos (ex: lembrar-se de tomar os medicamentos, abrir frascos, tomar as dosagens correctas, dar injecções, aplicar pomadas)</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	
<p>e. Uso do telefone – Como são feitas ou recebidas as chamadas telefónicas (com dispositivos de apoio, tais como telefones com números grandes, amplificação se necessário)</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	
<p>f. Escadas – Como sobe um lance de escadas (12-14 degraus)</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	
SECÇÃO H. CONTINÊNCIA	
<p>1. CONTINÊNCIA URINÁRIA</p> <p>0. <i>Continente</i> – Controlo total; NÃO USA qualquer tipo de cateter ou outro aparelho de recolha da urina</p> <p>1. <i>Controlo com cateter ou ostomia</i> nos últimos 3 dias/24 horas</p> <p>2. <i>Raramente incontinente</i> – Não esteve incontinente nos últimos 3 dias/24 horas, mas tem períodos de incontinência</p> <p>3. <i>Algumas vezes incontinente</i> – Menos do que diariamente [Nota: Este código não se aplica ao período de admissão]</p> <p>4. <i>Frequentemente incontinente</i> – Diariamente, mas tem algum controlo</p> <p>5. <i>Incontinente</i> – Não tem controlo</p> <p>8. <i>Não aconteceu</i> – Não houve produção de urina da bexiga nos últimos 3 dias/24 horas</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	
<p>2. APARELHO DE RECOLHA DA URINA (Exclui pensos, fraldas)</p> <p>0. Nenhum 1. Preservativo de urina 2. Cateter permanente 3. Cistostomia, nefrostomia, ureterostomia</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	
<p>3. CONTINÊNCIA FECAL</p> <p>0. <i>Continente</i> – Controlo total; NÃO USA qualquer tipo de dispositivo de ostomia</p> <p>1. <i>Controlo com ostomia</i> – Controlo com dispositivo de ostomia nos últimos 3 dias/24 horas</p> <p>2. <i>Raramente incontinente</i> – Não esteve incontinente nos últimos 3 dias/24 horas, mas tem períodos de incontinência</p> <p>3. <i>Algumas vezes incontinente</i> – Menos do que diariamente [Nota: Este código não se aplica ao período de admissão]</p> <p>4. <i>Frequentemente incontinente</i> – Diariamente, mas tem algum controlo</p> <p>5. <i>Incontinente</i> – Não tem controlo</p> <p>8. <i>Não aconteceu</i> – Não houve movimento do intestino nos últimos 3 dias/24 horas</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	
<p>4. USO DE PENSOS, FRALDAS</p> <p>0. Não 1. Sim</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	

ANEXO II – Escala de Braden

ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

Nome do doente:	Nome do avaliador:	Idade:	Data da avaliação:
Serviço: _____ Camã: _____			
<p>Percepção sensorial Capacidade de reacção significativa ao desconforto</p>	<p>1. Completamente limitada: Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação, OU capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.</p>	<p>2. Muito limitada: Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação, OU tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.</p>	<p>3. Ligeiramente limitada: Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial ou a necessidade de ser mudado de posição, OU tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.</p>
<p>Humidade Nível de exposição da pele à humidade</p>	<p>1. Pele constantemente húmida: A pele mantém-se sempre húmida devido a sudoresse, urina, etc. E detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.</p>	<p>2. Pele muito húmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.</p>	<p>4. Pele raramente húmida: A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.</p>
<p>Actividade Nível de actividade física</p>	<p>1. Acamado: O doente está confinado à cama.</p>	<p>2. Sentado: Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.</p>	<p>4. Anda frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.</p>
<p>Mobilidade Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo</p>	<p>1. Completamente imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.</p>	<p>2. Muito limitada: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.</p>	<p>4. Nenhuma limitação: Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.</p>
<p>Nutrição Alimentação habitual</p>	<p>1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lacticínios). Ingerir poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido OU está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soros durante mais de cinco dias.</p>	<p>2. Provavelmente inadequada: Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lacticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético OU recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.</p>	<p>4. Excelente: Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lacticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.</p>
<p>Fricção e forças de deslizamento</p>	<p>1. Problema: Requer uma ajuda moderada à máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.</p>	<p>3. Nenhum problema: Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.</p>	<p>3. Nenhum problema: Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.</p>
Pontuação total			<p>_____</p>

Fonte: Sliho do GAIF

© Copyright Barbara Braden and Nancy Bergstrom, 1989 Validada para Portugal por Margato, Carlos; Miguéns, Cristina; Ferreira, Pedro; Gouveia, João; Furtado, Kátia (2001)

ANEXO III – Sistema de Classificação de doente par Enfermagem – Serviços de medicina

SCD/E QUADRO DE CLASSIFICAÇÃO DE DOENTES - CIRURGIA / MEDICINA																	
HOSPITAL: _____ UNIDADE: _____										DATA							
NOME: _____ CAMA: _____										RUBRICA							
Nº PROCESSO CLÍNICO: _____ Nº EPISÓDIO: _____																	
ÁREAS DE CUIDADOS																	
HIGIENE E CUIDADOS PESSOAIS (assinale um nível – o mais elevado que se aplicar)																	
• Independente / por familiar										1	1	1	1	1	1	1	1
• Ajuda parcial										3	3	3	3	3	3	3	3
• Ajuda total										6	6	6	6	6	6	6	6
• Ajuda total com cuidados especiais										8	8	8	8	8	8	8	8
NUTRIÇÃO (assinale um nível – o mais elevado que se aplicar)																	
• Independente / dieta zero / por familiar										1	1	1	1	1	1	1	1
• Ajuda parcial										4	4	4	4	4	4	4	4
• Ajuda total										10	10	10	10	10	10	10	10
• Alimentação por sonda										12	12	12	12	12	12	12	12
MOVIMENTAÇÃO (assinale um nível – o mais elevado que se aplicar)																	
• Independente										0	0	0	0	0	0	0	0
• Independente com supervisão										1	1	1	1	1	1	1	1
• Ajuda parcial 3 – 5 x dia										6	6	6	6	6	6	6	6
• Ajuda parcial ≥ 6 x dia										10	10	10	10	10	10	10	10
• Ajuda total 5 – 6 x dia										12	12	12	12	12	12	12	12
• Ajuda total ≥ 7 x dia										16	16	16	16	16	16	16	16
ELIMINAÇÃO (assinale um nível – o mais elevado que se aplicar)																	
• Independente										1	1	1	1	1	1	1	1
• Ajuda parcial										4	4	4	4	4	4	4	4
• Ajuda total / incontinente / ostomizado (assinale também, se se aplicar)										7	7	7	7	7	7	7	7
• Drenagem de urina										2	2	2	2	2	2	2	2
MEDICAÇÃO (assinale todos os níveis que se aplicarem)																	
• Via oral, sublingual, auricular, nasal, ocular, cutânea, transdérmica, rectal, vaginal 1 - 2 x dia										1	1	1	1	1	1	1	1
• Via oral, sublingual, auricular, nasal, ocular, cutânea, transdérmica, rectal, vaginal 3 - 4 x dia										2	2	2	2	2	2	2	2
• Via oral, sublingual, auricular, nasal, ocular, cutânea, transdérmica, rectal, vaginal ≥ 5 x dia										4	4	4	4	4	4	4	4
• Via parentérica – IV – IM – SC 1 – 2 x dia										2	2	2	2	2	2	2	2
• Via parentérica – IV – IM – SC 3 – 4 x dia										4	4	4	4	4	4	4	4
• Via parentérica – IV – IM – SC ≥ 5 x dia										8	8	8	8	8	8	8	8
• Hemoterapia / Medicação intravenosa intermitente										3	3	3	3	3	3	3	3
• Medicação intravenosa contínua										4	4	4	4	4	4	4	4
• Nutrição parentérica										8	8	8	8	8	8	8	8
• Oxigenoterapia										2	2	2	2	2	2	2	2
• Inaloterapia / atmosfera húmida										3	3	3	3	3	3	3	3
TRATAMENTOS (assinale todos os níveis que se aplicarem)																	
• Penso simples										2	2	2	2	2	2	2	2
• Penso simples a várias lesões										4	4	4	4	4	4	4	4
• Penso com dreno ou dispositivo de drenagem 1 x dia										3	3	3	3	3	3	3	3
• Penso com dreno ou dispositivo de drenagem 2 x dia										6	6	6	6	6	6	6	6
• Penso a lesão aberta 1 x dia										5	5	5	5	5	5	5	5
• Penso a lesão aberta 2 x dia										10	10	10	10	10	10	10	10
• Irrigação 1 – 2 x dia										4	4	4	4	4	4	4	4
• Irrigação ≥ 3 x dia										12	12	12	12	12	12	12	12
• Aspiração de secreções										8	8	8	8	8	8	8	8
• Tricotomia										3	3	3	3	3	3	3	3
SINAIS VITAIS / OUTRAS AVALIAÇÕES (assinale todos os níveis que se aplicarem)																	
• Temperatura, pulso, respiração 1 – 4 x dia										1	1	1	1	1	1	1	1
• Temperatura, pulso, respiração ≥ 5 x dia										3	3	3	3	3	3	3	3
• Pressão sanguínea 1 – 2 x dia										1	1	1	1	1	1	1	1
• Pressão sanguínea 3 – 4 x dia										3	3	3	3	3	3	3	3
• Pressão sanguínea 5 – 8 x dia										5	5	5	5	5	5	5	5
• Pressão sanguínea ≥ 9 x dia										8	8	8	8	8	8	8	8
• Monitorização cardíaca										3	3	3	3	3	3	3	3
• Avaliação neurológica										3	3	3	3	3	3	3	3
• Teste de sangue capilar										3	3	3	3	3	3	3	3
• Teste de urina										3	3	3	3	3	3	3	3
ACTIVIDADES DE APOIO E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE (assinale todos os níveis que se aplicarem)																	
• Apoio emocional especial										2	2	2	2	2	2	2	2
• Ensino programado										3	3	3	3	3	3	3	3
• Deficiência sensorial										3	3	3	3	3	3	3	3
• Indivíduo isolado / indivíduo imobilizado										3	3	3	3	3	3	3	3
AVALIAÇÃO E PLANEAMENTO DE CUIDADOS (assinale um nível)																	
• Acolhimento e elaboração do plano de cuidados inicial										5	5	5	5	5	5	5	5
• Avaliação e actualização do plano de cuidados										2	2	2	2	2	2	2	2
										PONTOS							
										HCN							
TABELA DE CONVERSÃO																	
Pontos	HCN	Pontos	HCN	Pontos	HCN	Pontos	HCN	Pontos	HCN	Pontos	HCN	Pontos	HCN	Pontos	HCN		
1-6	1	16-19	2,5	29-32	4	43-46	5,5	55-59	7	69-72	8,5	82-85	10	95-98	11,5		
7-10	1,5	20-24	3	33-37	4,5	47-50	6	60-63	7,5	73-76	9	86-90	10,5	99-103	12		
11-15	2	25-28	3,5	38-42	5	51-54	6,5	64-68	8	77-81	9,5	91-94	11	104-107	12,5		
														117-120	14		

ACSS/SCD/E/67/M/IV - QCD



