



**FACTORES INFLUENCIADORES DOS CUIDADOS
DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE ÚLCERAS
POR PRESSÃO NO SERVIÇO DOMICILIÁRIO**

Alexandre Rodrigues

Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem

2009

UNIVERSIDADE DO PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR

**FACTORES INFLUENCIADORES DOS CUIDADOS
DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE ÚLCERAS
POR PRESSÃO NO SERVIÇO DOMICILIÁRIO**

Dissertação de Candidatura ao Grau de Mestre em
Ciências da Enfermagem, submetida ao Instituto de
Ciências Biomédicas de Abel Salazar da
Universidade do Porto.

Orientador – Prof. Doutor José Verdú Soriano
Categoria – Profesor Titular de Escuela Universitaria
Afiliação – Escuela Universitaria del Departamento
de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y
Salud Pública e Historia de la Ciencia. Universidad
de Alicante

Alexandre Rodrigues

2009

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho é fruto de uma caminhada própria, que sempre foi apoiada directa ou indirectamente por pessoas que me demonstraram que seria capaz de alcançar este objectivo. Objectivo que me permitiu um desenvolvimento profissional paralelamente a um crescimento pessoal que se tornam mais valias para o desempenho da minha profissão de enfermeiro.

Assim, começando pelos colegas enfermeiros dos cuidados domiciliários do Arquipélago dos Açores e os enfermeiros responsáveis das respectivas Instituições de Saúde, aos quais devo agradecer por se tornarem a “matéria prima” desta obra!

Este trabalho só foi possível ser estruturado e ajustado com o auxílio de um bom guia que me permitiu nortear o caminho a seguir. Este guia é o Doutor José Verdú, ao qual gostaria de agradecer o empenho, o esforço linguístico, a compreensão, a frontalidade e o saber que implicou na orientação deste trabalho.

Há amigos que não podia deixar de enumerar pelo seu contributo essencial: Leocádia, Ana Madruga, Helena José, Enfº. Filipe, Enfº. Messias, Enfº Miguel, Miguel e Marco – Obrigado!

Agradeço ainda à Escola Superior de Enfermagem de Angra do Heroísmo pela oportunidade concedida, aos colegas de trabalho e funcionários.

Obrigado Mana Xani pela disponibilidade!

Aos meus Pais, pelo exemplo e dedicação.

Aos meus irmãos, Maria e restante família, pela recarga energética que são!

Resumo

A prevenção das Úlceras por pressão (UPP) inicia-se desde o primeiro contacto do enfermeiro com o cliente. É efectuada uma avaliação geral diagnosticando o grau de risco e são implementadas intervenções de prevenção adequadas e implica um acompanhamento mais próximo a este cliente. Neste processo existem factores que podem influenciara qualidade dos cuidados de enfermagem: o número e distribuição do pessoal; o tempo de cuidados; equipamento individual de prevenção; tipo de material de prevenção; formação e experiência; motivação dos profissionais, protocolos de prevenção, identificação de doentes com risco e a multidisciplinaridade entre profissionais (Hunter; Cathcard-Silberberg, T; Langemo, Dk; Olson, B; Hanson, D; Burd, C., 1992; Schue, 1999; Frantz; Hsiao-Chen Tang, J; Titler, M., 2004).

Com este estudo pretende-se analisar os factores que influenciam os cuidados de enfermagem na prevenção de UPP do serviço domiciliário da Região Autónoma dos Açores (RAA). Deste modo foi desenvolvido um estudo quantitativo descritivo e correlacional que nos permitisse descrever os factores e estabelecer relações com os cuidados de prevenção dos enfermeiros. O estudo incluiu a totalidade dos enfermeiros da RAA, tendo sido aplicados questionários a 99 dos mesmos e também a 13 enfermeiros responsáveis das instituições de saúde.

Para análise dos dados procedeu-se a uma análise de conteúdo das questões abertas seguindo-se uma análise quantitativa através do programa estatístico SPSS 16.0.

Da análise dos dados verificou-se que existe uma pequena percentagem de enfermeiros que efectua uma avaliação do risco de desenvolver UPP; a maioria dos enfermeiros implica o cuidador informal nos cuidados preventivos; a formação dos enfermeiros nesta área é actual e transparece-se pela não apresentação de conhecimentos Insuficientes. Ao nível institucional constatou-se uma reduzida quantidade de dispositivos de alívio de pressão disponíveis nas instituições de saúde bem como a baixa percentagem de instituições com protocolos de prevenção de UPP.

Dos discursos dos enfermeiros sobre os factores que influenciam os cuidados de prevenção de UPP, emergiram os recursos humanos e a falta de tempo para prevenção; os recursos materiais; a formação sobre prevenção de UPP; as políticas institucionais especificamente os protocolos de prevenção e o

incentivo aos enfermeiros para a formação; a implicação do cuidador informal e a parceria com outros profissionais de saúde.

Abstract

The prevention of the pressure Ulcers (PU) is initiated since the first contact of the nurse with the client. A general evaluation is performed to diagnose the risk degree and adequate interventions of prevention are implemented and involve a near accompaniment to this client. In this process there are factors that can influence the quality of the nursing cares: the number and distribution of the staff; the time of cares; individual equipment of prevention; type of prevention material; formation and experience; motivation of the professionals, protocols of prevention, identification of patients at risk and the multidisciplinary between professionals (Hunter; Cathcard-Silberberg, T; Langemo, Dk; Olson, B; Hanson, D, Burd, C., 1992; Schuer, 1999; Frantz; Hsiao-Chen Tang, J; Titler, M., 2004).

With this study it is intended to analyze the factors that influence the nursing cares in the prevention of PU of the domiciliary service on the Autonomous Region of the Azores (ARA). In this way was developed a descriptive and correlational quantitative study that allowed us to describe the factors and to established relations with the prevention cares of the nurses. The study also included the totality of the nurses of the ARA, having been applied questionnaires to 99 of them and also to 13 responsible nurses of the health institutions.

For the analysis of the data we had procedure to an analysis from content of the open questions followed by a quantitative analysis through the statistical program SPSS 16.0.

From the analysis of the data we verified that exist a small percentage of nurses who make an evaluation of the risk to develop PU; the majority of the nurses include the informal caregiver in the preventive cares; the formation of the nurses in this area is current and transparent we can observe this due to the non presentation of Not-Satisfactory knowledge. At the institutional level was evidenced a reduced amount of available devices of relief of pressure in the institutions of health as well as a low percentage of institutions with protocols of prevention of PU.

From the speeches of the nurses about the factors that influence the prevention cares of PU, had emerged the human resources and the lack of time for prevention; the material resources; the formation about prevention of PU; the institutional politics specifically the protocols of prevention and the incentive to the nurses for the formation; the implication of the informal caregiver and the partnership with other health professionals.

Siglas e Abreviaturas

AHCPR - Agency For Health Care Policy And Research

DGS - Direcção Geral de Saúde

EPUAP - European pressure Ulcer Advisory Panel

GNEAUPP - Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por
Presión y Heridas Crónicas

NICE - National Institute For Clinical Excellence

NPUAP - National Pressure Ulcer Advisory Panel

RAA - Região Autónoma dos Açores

UPP - Úlcera por Pressão

Índice de tabelas

<i>Tabela 1</i> - Questionário aos enfermeiros responsáveis da organização	64
<i>Tabela 2</i> - Questionário aos Enfermeiros de cuidados domiciliários.....	64
<i>Tabela 3</i> - Categoria profissional	80
<i>Tabela 4</i> - Experiência profissional.....	81
<i>Tabela 5</i> - Caracterização do tipo de cuidados em função da prioridade atribuída	81
<i>Tabela 6</i> - Responsabilidade na prevenção de UPP.....	82
<i>Tabela 7</i> - Incentivo da instituição na formação em prevenção das UPP.....	83
<i>Tabela 8</i> - Dispositivos de alívio de pressão por instituição	83
<i>Tabela 9</i> - Material de prevenção face ao número clientes que apresentam risco de UPP.....	84
<i>Tabela 10</i> - Tempo utilizado para a prevenção de UPP por cliente.....	87
<i>Tabela 11</i> - Número de visitas tendo em conta a distância do posto de saúde	87
<i>Tabela 12</i> - Fonte de conhecimento	88
<i>Tabela 13</i> - Nível de conhecimentos.....	89
<i>Tabela 14</i> - Cuidados de prevenção	90
<i>Tabela 15</i> - Tipo de avaliação de risco	90
<i>Tabela 16</i> - Factores de risco de desenvolver UPP	91
<i>Tabela 17</i> - Enfermeiros que executa a totalidade de cuidados preconizados pelas <i>guidelines</i>	91
<i>Tabela 18</i> - Razões para a não prestação de cuidados preventivos adequados ..	92
<i>Tabela 19</i> - Razões para a prestação de cuidados preventivos adequados	92
<i>Tabela 20</i> - Tabela de contingência: nível de conhecimentos x nível de cuidados preventivos	95
<i>Tabela 21</i> - Dispositivos de alívio de pressão X Prevalência por instituição.....	97

Índice de Quadros

<i>Quadro 1</i> - Factores de risco de desenvolver UPP	69
<i>Quadro 2</i> - Avaliação de risco de desenvolver UPP.....	71
<i>Quadro 3</i> - Cuidados de prevenção de UPP.....	72
<i>Quadro 4</i> - Justificação para os cuidados na instituição serem adequados	76
<i>Quadro 5</i> - Justificação para os cuidados na organização não serem adequados	76
<i>Quadro 6</i> - Tipos de dispositivos de alívio de pressão	79

Índice de gráficos

<i>Gráfico 1</i> - Clientes com dispositivos de prevenção	85
<i>Gráfico 2</i> - Recursos humanos face à população de risco por instituição.....	86
<i>Gráfico 3</i> - Número de visitas domiciliárias em função da distância.....	88
<i>Gráfico 4</i> - Experiência profissional x cuidados de prevenção.....	93
<i>Gráfico 5</i> - Total de conhecimentos x cuidados de prevenção	94
<i>Gráfico 6</i> - Total de enfermeiros da instituição x Prevalência por instituição	96

Índice

0 - INTRODUÇÃO	13
PARTE I – CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA	17
1 - CUIDADOS DE SAÚDE DOMICILIÁRIOS	17
2 – A DIMENSÃO QUE AS ÚLCERAS POR PRESSÃO ALCANÇAM.....	23
3 – CUIDADOS DE PREVENÇÃO.....	26
3.1 - Avaliação do grau de risco	28
3.2 - Cuidados locais da pele.....	32
3.3 - Controle da pressão	34
3.4 – Dispositivos de alívio de pressão	36
3.5 - Nutrição.....	38
3.6 – Implicação do Familiar/Cuidador Informal	39
4- FACTORES QUE INFLUENCIAM OS CUIDADOS DE PREVENÇÃO	41
4.1 - Aspectos profissionais	41
4.2 - Conhecimentos do enfermeiro	42
4.3 - Recursos humanos e materiais	45
4.4 – Políticas de Prevenção	47
4.5 - Distância do domicílio à instituição de saúde	49
PARTE II – OPÇÕES METODOLÓGICAS.....	50
1 - PROBLEMÁTICA	51
2 - HIPÓTESES.....	56
3 - TIPO DE ESTUDO	57
4 – OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS.....	58
4.1 - Variáveis de atributo	58
4.2 - Variável dependente.....	58
4.3 - Variáveis independentes	59
5 - POPULAÇÃO	61
6 - INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS	61
6.1 – Instrumento para o enfermeiro responsável pela organização.....	62
6.2 – Instrumento para os enfermeiros de cuidados domiciliários.....	62
6.3 – Validação dos Instrumentos de Recolha de dados	63
7 – PROCESSO DE RECOLHA DE DADOS.....	65
8 – PROCEDIMENTOS PARA A ANÁLISE DOS DADOS.....	66
8.1 – Análise de conteúdo das questões abertas	66
8.2 – Análise descritiva	66

8.3 - Análise Correlacional	66
9 - ASPECTOS ÉTICOS	67
PARTE III - ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	68
1- ANÁLISE DOS DADOS	68
1.1 - Análise qualitativa das questões abertas	68
1.2 - Análise quantitativa dos dados	80
2 - Discussão de Dados	99
PARTE IV - LIMITAÇÕES	108
PARTE V - CONCLUSÕES, IMPLICAÇÕES E SUGESTÕES	110
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	114
ANEXOS	127
ANEXO I - Autorização do Estudo	127
ANEXO II - Informação ao sujeito	Erro! Marcador não definido.
ANEXO III - Questionário Enfermeiros de Cuidados Domiciliários ...	Erro! Marcador não definido.
ANEXO IV - Questionário Enfermeiro Responsável da Instituição	Erro! Marcador não definido.

0 - INTRODUÇÃO

Nos últimos tempos tem se verificado que os sistemas nacionais de saúde têm sofrido uma profunda mudança, principalmente nos países desenvolvidos, para que todos os cidadãos possam usufruir de um modelo social de prestação universal de serviços de saúde.

Tendo em conta o exposto, e com a exigência induzida pelos gestores e pelos usuários que se encontra cada vez mais a um nível elevado, as repostas das profissões de saúde em geral e da Enfermagem em particular, tem que acompanhar esta evolução. Não basta apenas prestar cuidados, é necessário que estes sejam de qualidade e que vão ao encontro das expectativas de quem os vai receber. A qualidade é um factor para o qual os serviços de saúde se encaminham e, como tal, também a enfermagem tende a orientar-se nessa direcção, o que obriga os enfermeiros a encontrarem referências, de forma a atingir esses padrões de qualidade nos cuidados que prestam.

Considerando que as UPP são um indicador de qualidade dos cuidados prestados, faz todo o sentido que os enfermeiros trabalhem afincadamente esta problemática, pois apresenta uma relação directa com os seus cuidados, tornando-se num tema de interesse e de importância para a sua prática clínica.

As UPP surgem em pessoas acamadas, por longos períodos, com mobilidade reduzida ou nula e com baixas defesas, sendo na sua maioria idosos, no entanto não escolhem a idade, o sexo, a etnia ou a classe social dos indivíduos que atingem! Elas desenvolvem-se e traduzem-se em resultados negativos, principalmente para o cliente.

Se olharmos para o impacto que causam pelo número de indivíduos que atingem, na vivência, na dor e no sofrimento do cliente, bem como a nível económico, pelos gastos que se impõe a nível de prevenção e de tratamento, constatámos que as UPP constituem, de facto, um grave problema de saúde que abrange os diferentes níveis de cuidados, ao qual os enfermeiros não se podem limitar a ser meros observadores.

Desde Florence Nightingale, a úlcera tem sido vista com uma conotação negativa para a assistência de enfermagem e vista como uma falha ou cuidados inadequados. No livro *Notas sobre a enfermagem*, a autora refere que: “Se o

doente sente frio, apresenta-se febril, sofre desfalecimentos, sente-se mal após as refeições, ou ainda se apresenta úlceras de decúbito, geralmente, não é devido à doença, mas à enfermagem” (Nightingale, 1860/1989)

Actualmente, a responsabilidade da origem da úlcera por pressão (UPP) só pode ser atribuída aos enfermeiros se a partir da avaliação das intervenções documentadas se concluir que houve falta de cuidados específicos. Entretanto, os estudos têm demonstrado que as UPP não são de responsabilidade única da enfermagem, pois a sua ocorrência envolve uma multicausalidade de factores, o que nos leva a inferir que é necessária uma abordagem e intervenção multidisciplinar com uma visão sistémica do problema (Costa, 2003).

Se o objectivo é obter ganhos em saúde para o cliente, mais importante que o tratamento é impedir que as UPP se desenvolvam – portanto, a sua prevenção.

Uma UPP deve ser considerada como susceptível de ser prevenida e não como uma complicação efectiva de uma doença ou debilidade, pois a bibliografia afirma que se poderão prevenir 95% das mesmas (Hibbs, 1988), o que nos alerta para o facto de podermos atingir esse objectivo, e que para isso, é importante adoptar de estratégias de educação e prevenção baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis (Verdú, 2005).

Os enfermeiros apresentam-se nesta área como intervenientes privilegiados, na medida em que apresentam intervenções autónomas, capazes de evitar o desenvolvimento das mesmas, quer seja no contacto directo com o cliente, quer na integração do cuidador informal na prestação de cuidados. Para isso, é imprescindível reflectir sobre todos os aspectos relacionados com elas, de forma a atribuir aos enfermeiros formação técnico-científica adequada para ultrapassar esta problemática.

Segundo Delaunois (1991) e Neto et al (1997), os cuidados de enfermagem preventivos baseiam-se essencialmente em: melhorar a vascularização e a oxigenação dos tecidos, através da redução ou eliminação da pressão sobre os mesmos, tendo sempre presente que a duração daquela é sempre mais importante que a sua intensidade; utilização de materiais de prevenção; atenuar ou eliminar os factores de risco proporcionando um aporte nutricional e hídrico adequados e uma higiene cuidada. A participação do cliente, sempre que a sua condição o permita, e da família na prevenção das UPP é essencial, o que implica uma formação contínua dos mesmos.

Como foi referido anteriormente, as UPP abrangem todos os níveis de cuidados de saúde, pelo que também é verdade que em todos estes níveis de

cuidados é possível apostar na sua prevenção. Assim, centrando-nos nos cuidados de saúde primários, onde a prevenção primária surge como base de acção de enfermagem, faz todo o sentido que se reflecta e se investigue especificamente sobre a prevenção das UPP e as condicionantes que esta apresenta.

Neste sentido, torna-se necessário compreender de que forma poderemos contribuir para a clarificação do fenómeno das UPP, conhecendo quais as percepções, pensamentos, sentimentos e a forma de cuidar dos profissionais que influenciam na tomada de decisão e aplicação de práticas de prevenção actualizadas e bem fundamentadas (Bergstrom e tal, 1997; Morison et al 2004).

Decorrente do atrás exposto surge a questão de investigação: *Quais os factores que influenciam os cuidados dos enfermeiros na prevenção de UPP aos clientes no domicílio, no arquipélago dos Açores?*

Deste modo, através de um processo de análise e interpretação, pretende-se verificar quais os factores que influenciam os cuidados dos enfermeiros na prevenção de UPP no domicílio, de forma a contribuir para uma evolução dos cuidados de enfermagem e, consequentemente, para a melhoria da qualidade de vida dos clientes em risco de desenvolver UPP.

Cliente será a terminologia utilizada ao longo deste trabalho quando nos referirmos ao doente ou ao utente, e que se define na Versão 1.0 da Classificação Internacional para Prática de Enfermagem (2005) como: “Sujeito a quem o diagnóstico se refere e que é o beneficiário da intervenção”.

Em termos estruturais, o presente trabalho divide-se em quatro partes. A primeira parte diz respeito ao referencial teórico e ao problema de investigação, que se traduz no resultado de toda a pesquisa efectuada para suporte de todo trabalho. Inicia-se com uma contextualização aos cuidados de saúde primários para se perceber a forma de actuação do enfermeiro neste nível de cuidados. Segue-se uma abordagem sobre a dimensão que as UPP alcançam, demonstrando as implicações que estas apresentam para a sociedade actual.

Tal como foi evidenciado anteriormente, os cuidados de prevenção efectuados pelos enfermeiros deverão ser baseados em directrizes baseadas na evidência. É o que se traduz na temática relativa aos cuidados de prevenção, em que são trabalhados os tipos de cuidados de prevenção com melhor índice de evidência encontrado.

Os factores que influenciam os cuidados de prevenção emergiram da pesquisa bibliográfica e são abordados no sentido de sustentar de que forma é

que estes poderão ter implicações nos cuidados ao cliente em risco de desenvolver UPP.

A segunda parte inicia-se com a justificação do objecto de estudo que é reflexo da preocupação do investigador. Em seguida relata-se o trabalho metodológico realizado para a consecução do estudo, explicitando todos os passos dados pelo investigador, devidamente justificados.

Na terceira parte faz-se uma alusão à análise e discussão dos dados. A análise dos dados versa, numa primeira fase a análise de conteúdo das questões abertas dos instrumentos de recolha de dados, à qual se seguiu uma análise quantitativa. Após este trabalho faz-se a discussão dos dados, por confronto com literatura existente.

Na quarta parte enunciam-se as limitações identificadas com o decorrer do estudo e finalizamos apresentando as conclusões do estudo, bem como as implicações e sugestões para trabalhos futuros.

PARTE I - CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

1 - CUIDADOS DE SAÚDE DOMICILIÁRIOS

No passado, o local privilegiado para a prestação de cuidados de enfermagem era o hospital. Hoje em dia, os enfermeiros encontram diversos locais para o seu exercício profissional, de entre eles o domicílio.

Verifica-se uma preocupação na diminuição do tempo de internamento hospitalar, logo um precoce regresso a casa do cliente. Este facto traduz-se, para muitas famílias, num problema grave pela não existência de condições habitacionais (barreiras arquitectónicas, equipamentos e ajudas técnicas), pelas dificuldades em lidar com a situação por escassez de conhecimentos, por fragilidade emocional provocada por problemas económicos, profissionais, diminuta rede familiar e alterações de papéis e, ainda, por debilidade física do cuidador relacionada com a idade, antecedentes de doença e (Rice, 2004)

Assim, na preparação do regresso a casa “o enfermeiro também deve proporcionar informação sobre recursos existentes na comunidade e que poderão ser úteis após a alta. A maior parte das comunidades dispõem de uma série de serviços, nomeadamente serviços de apoio domiciliário, centros de dia, acolhimento familiar, lar, centros de actividade ocupacionais, lar de apoio, lar residencial” (Jesus, 2004:26)

Um dos recursos existentes na comunidade, que permite acompanhamento e que pode reduzir as dificuldades do cliente/família, são os cuidados de saúde, prestados no domicílio, pelos enfermeiros do centro de saúde. Estes designam-se por cuidados de saúde domiciliários, incluídos na enfermagem comunitária sendo que a sua definição e objectivos não se restringem aos cuidados no domicílio, mas a um vasto número de actividades que vão de encontro às necessidades dos indivíduos/ família, relacionadas com a prevenção da doença e acidentes, promoção da saúde, cuidados de readaptação e suporte, nos seus locais habitacionais (Imagínario, 2004)

Maximizar o nível de independência, prevenção de complicações, promoção da qualidade de vida em situações de fim de vida, alívio da dor e de outros desconfortos são cuidados prestados por uma equipa multidisciplinar, que organiza as suas actividades segundo as necessidades identificadas, planeando as intervenções e implementando-as e efectuando a avaliação dessas mesmas actividades (Rosenbaum, 1999).

Entende-se por cuidados de saúde domiciliário como “a componente de um continuado cuidado de saúde global, em que os serviços de saúde são prestados aos indivíduos e famílias nos seus locais de residência, com a finalidade de promover, manter ou recuperar a saúde, ou de maximizar o nível de independência, enquanto se minimiza os efeitos da deficiência e doença incluindo a doença terminal. São planeados, coordenados e tornados disponíveis serviços adequados às necessidades do cliente individual e família por prestadores organizados para a execução do cuidado domiciliário...” (Warhola, citado em Stanhope e Lancaster, (1980: 883).

Nesta definição estão incluídos os elementos na prestação de cuidados no domicílio: o cliente, a família e os profissionais de saúde; os objectivos que estão inerentes aos cuidados bem como a sua organização e planeamento.

Neste sentido Rice (2004) afirma que cuidados de saúde domiciliários não é uma abordagem apenas técnica, mas holística “ É a saúde segundo o ponto de vista do cliente, que deve incluir tudo o que ele é e deseja ser.” (ix).

A deslocação de uma equipa de profissionais de saúde, à residência do cliente, implica o conhecimento, por parte da equipa, da sua realidade local, das suas relações familiares e rede social, permitindo um conhecimento mais íntegro de toda a situação, ao contrário do que poderá acontecer em meio hospitalar.

Quando se aborda o domicílio como destino para os clientes com alta hospitalar ou com uma incapacidade temporária ou permanente, remete-se para a necessidade, ou não, de cuidados domiciliários prestados por equipas de enfermagem. Apesar da ajuda de profissionais, estes clientes necessitam de uma retaguarda familiar, ou não familiar, para minimizar o impacto da doença na sua autonomia e para o restabelecimento da sua qualidade de vida.

A família, ou um seu elemento, possui um papel fundamental em todo o processo de tratamento, prevenção ou promoção da saúde do cliente, visto ser a «continuidade do profissional de saúde», quando este não está. Se o cliente não tiver um elemento da família, que se responsabilize pela continuidade de cuidados, esta responsabilidade será atribuída a outras pessoas da sua confiança,

ou nomeadas pelos serviços sociais (ajudantes familiares, famílias de acolhimento) (Imaginário, 2004).

Na prática profissional verifica-se que as pessoas alvo, para assegurar os cuidados e apoio diário aos clientes no domicílio, são familiares ou vizinhos cuja relação se caracteriza como próxima, presente e afectiva. Estes tipos de cuidadores designam-se por cuidadores informais, ou não institucionalizados, e prestam cuidados sem receber remuneração económica.

Para Rosenbaum (1999), o prestador de cuidados informal é “aquela pessoa da família que assume primordialmente a responsabilidade de promover acções de suporte, que assiste e ajuda o cliente com necessidades evidentes ou previstas, tendo como objectivo uma melhoria e estilo de vida”. (p.453)

Ao longo das últimas décadas têm-se verificado alterações estruturais dos modelos familiares, assim, como o aumento da institucionalização das pessoas funcionalmente dependentes porém, segundo Rebelo (2001), é a família em 96,4% das situações, o principal agente dos cuidados informais

Dentro do grupo de famílias que adoptam por cuidar os «seus» clientes, satisfazendo necessidades psico-afectivas, físicas, sociais e espirituais, há elementos que assumem os cuidados informais com maior relevância. Estes são maioritariamente do género feminino (esposa, filhas, nora, entre outras), predominante entre os 45 e os 69 anos, nível de instrução baixa, actividade laboral pouco relevante e fracos recursos económicos. De acordo com Imaginário (2004) para alguns autores é este o perfil dos cuidadores de idosos dependentes, em Portugal.

As mulheres parecem ser, por natureza e no seu percurso de vida, mais bem preparadas e motivadas do que os homens, para a arte de cuidar “ Para muitas mulheres, o cuidar dos membros da família é um cuidar informal que prestam em simultâneo com os seus empregos remunerados fora de casa. As mães assumem a principal responsabilidade pela saúde e doença de seus filhos, as mulheres em geral cuidam dos maridos idosos e doentes, as filhas e noras cuidam dos pais e sogros idosos.” (Stanhope e Lancaster, 1999).

Os homens também podem assumir um papel relevante na prestação de cuidados informais, quando a sua disponibilidade se prende com situações de desemprego, laços de afecto, ou quando são a única pessoa próxima, à pessoa cliente.

A situação de doença/dependência é para o indivíduo uma situação de crise, assim o é também para quem cuida. As consequências relacionadas com a

gravidade da situação, das sequelas, do prognóstico da doença, entre outras, podem ser geradores de stress e de estados emocionais graves se o cuidador não estiver preparado e adaptado ao seu novo papel, que se adiciona ao que já possui em termos de vida pessoal.

Na realidade, esta transição, quer para uma situação de dependência, quer para o papel de cuidador, só será bem sucedida se se verificar bem-estar emocional, domínio (mestria) e bem-estar nos relacionamentos (Schumacker e Meleis, 1994). Na definição de Meleis e Trangenstein (1994:257) a Enfermagem (...) *está preocupada com os processos e as experiências dos seres humanos durante o percurso das transições, no qual a saúde e a percepção do bem-estar são os resultados/ganhos.*

Efectivamente, os enfermeiros, no seu agir profissional, ajudam o cliente a alcançar uma sensação de poder, um nível de funcionalidade e o conhecimento, como meios, através dos quais, a energia pode ser mobilizada.

Neste sentido, o papel de cuidador informal deve merecer, por parte dos enfermeiros, uma atenção especial, no sentido de responder às necessidades, deste, em grande parte relacionadas com a prestação de cuidados mas, também, a necessidades de ordem psicológica, social e espiritual.

“A promoção do bem-estar dos cuidadores e a prevenção de crises merece por parte dos profissionais de saúde uma atenção particular, pois deles dependem os doentes a seu cargo, assim como a permanência na comunidade.” (Martins, 2004).

Já Lyneham (2004), reforça que o apoio e o amparo ao cuidador é fundamental, por se tratar da linha matriz para o resto da família, pois é a este que a família coloca as perguntas. Identificar, no seio da família, o elemento que assume o papel de cuidador é a actividade primeira.

O enfermeiro, ao assumir o papel de prestador de cuidados domiciliários, responsabiliza-se por múltiplos papéis: cuidador, educador e gestor de caso, de acordo com necessidades detectadas.

Em termos de cuidados de saúde, o enfermeiro deverá estar atento, não só às necessidades do cliente, mas às da família em que está inserido e também ter em atenção os factores socioculturais, económicos e ambientais, que podem influir nos cuidados.

Na operacionalização do seu plano de cuidados a educação ao cliente/cuidador informal será uma constante, no sentido de fomentar aprendizagem de informações, cuidados e comportamentos importantes, com impacto positivo na melhoria da qualidade de vida.

O conhecimento do cuidador é um foco de atenção altamente sensível aos cuidados de enfermagem, o qual emerge nos cuidados domiciliários e que se torna elemento-chave na produção de ganhos em saúde para o cliente no domicílio. “A formação prestada no domicílio é uma componente muito importante da prática de enfermagem domiciliar. Dado às visitas dos técnicos de enfermagem serem feitas intervaladamente, quer o cliente, quer o prestador de cuidados devem ter a capacidade de dar resposta às necessidades que surgem em termos de cuidados de saúde na ausência do enfermeiro” (Rice, 2004:107)

A participação activa do cliente/cuidador, no plano de cuidados, é fundamental principalmente no que concerne à informação, visto que deverá identificar quais as suas necessidades. De facto as informações e o material, a usar pelo enfermeiro, deverão ser adequados aos interesses do adulto que está a aprender, e as suas experiências deverão, também, ser valorizadas (Rice, 2004).

Segundo a mesma autora (2004), os processos de avaliação inicial, diagnóstico, planeamento, concretização e avaliação dos resultados são princípios para a formação de um cliente/cuidador. Assim:

Avaliação inicial – Recolha de dados. Identificar o indivíduo cujas instruções vão ser transmitidas, incluindo prestadores de cuidados ou familiares que ajudam o cliente nos seus cuidados e que necessitam, portanto, de ser ensinados. Avaliar a predisposição para a aprendizagem. Identificar as necessidades de aprendizagem e as estratégias de ensino. Identificar os recursos, equipamentos disponíveis para a terapia a efectuar no domicílio. Determinar se o ambiente envolvente é favorável, efectuando os ajustes possíveis.

Diagnóstico – Identificar os problemas do cliente/cuidador, tendo em conta os diagnósticos de enfermagem.

Planeamento – Atribuir prioridade às necessidades de aprendizagem. Definir conjuntamente com o cliente/cuidador e a equipa de multidisciplinar os objectivos e resultados dos cuidados.

Concretização – Iniciar, colocando em prática, as actividades que conduzem aos resultados esperados de aprendizagem, as actividades devem centrar-se na aprendizagem cognitiva, afectiva e psicomotora.

Análise dos resultados – Avaliar se os resultados e os objectivos dos cuidados foram atingidos.

Avaliar a participação do cliente/cuidador na realização das actividades, assim como na tomada de decisões correctas, é extremamente necessário,

principalmente quando a presença do enfermeiro não é constante, exigindo-lhe uma capacidade de resposta efectiva mediante as situações que enfrenta.

Os cuidados domiciliários impõem ao enfermeiro uma dinâmica de acção que inclui o cliente, o cuidador, a família e os recursos sociais para dar uma resposta adequada e eficaz às necessidades detectadas. Estando os cuidados preventivos das UPP incluídos na intervenção do enfermeiro de cuidados domiciliários é nesta problemática que nos iremos centrar, efectuando uma análise de situação sobre a complicação emergente de uns cuidados de prevenção desadequados – a úlcera por pressão.

2 – A DIMENSÃO QUE AS ÚLCERAS POR PRESSÃO ALCANÇAM

Para podermos desenvolver um trabalho de organização de medidas preventivas e eficazes no combate ao aparecimento das úlceras por pressão, teremos que obter um conhecimento epidemiológico, a prevalência e incidência, a distribuição e o somatório dos factores que controlam a sua presença ou ausência (Merriam-Webster, 1994). Estes instrumentos são de extrema utilidade para medir o alcance e a evolução temporal do problema.

Cada vez mais, enfermeiros, outros prestadores de cuidados de saúde, gestores com responsabilidades em garantir a qualidade dos cuidados prestados e clientes, revelam interesse em classificar os cuidados prestados, de acordo com os resultados obtidos, através deste tipo de estudos (Berlowitz et al, 1996).

Vários estudos, em diferentes contextos, já foram efectuados, tendo em conta a frequência do problema. De acordo com dados provenientes de estudos realizados por autores como Thoroddsen em 1999, Torra i Bou em 1998, Soldevilla e Torra I Bou, J. em 1999, Anaya em 2000, Kaltenhalen em 2001 e Soldevilla, Torra I Bou, Je, Verdú, J, Martínez, F, López, P, Rueda, J, Mayán, J. em 2006, verificou-se que a prevalência de UPP se situa entre 4,7% e 32,1% para os cuidados hospitalares, entre 4,4% e 33% na comunidade e entre 4,6% e 20,7% para os lares.

Ao nível dos cuidados domiciliários verificámos que outros autores defendem a variação dos valores de prevalência na ordem dos 6 a 21,3 % (Bergquist e Frantz 1999, Meehan et al. 1999, Ferrell et al. 2000, Halfens, Bours e Bronner, C., 2001).

Em Portugal, para relatar a realidade das UPP, apenas nos podemos basear em dois estudos realizados e publicados até à data, sendo que existem, também, estudos de cariz institucional mas, com pertinência diagnóstica apenas para a própria organização. Em 2001, a European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) realizou um estudo piloto de prevalência de úlceras por pressão em vários hospitais de cinco países europeus (Bélgica, Itália, Portugal, Suécia e Reino Unido). Um total de 5947 clientes foram observados, dos quais 1078 (18,1%) apresentavam úlceras por pressão (Furtado, 2003).

Os países envolvidos no estudo apresentaram os seguintes valores de prevalência: Bélgica (21%); Itália (8%); Suécia (23%); Reino Unido (21%). Concretamente em Portugal, a prevalência encontrada foi de 12,5%, tendo sido avaliados 784 clientes hospitalizados, dos quais 98 apresentavam úlceras por pressão. É importante ressaltar que o estudo piloto não reuniu uma amostra significativa da «população hospitalar» portuguesa, portanto os dados apresentados não podem ser extrapolados a nível nacional (EPUAP, 2001).

O único estudo de prevalência sobre úlceras por pressão, com abrangência ao meio hospitalar, lares e cuidados de Saúde Primários em simultâneo, foi realizado nos arquipélagos dos Açores, Madeira e a ilha da Gran Canária, em 2006, pelo Grupo de Investigação Científica em Enfermagem e através de um Projecto financiado pelo Interreg III B. Neste, a amostra incluía 1.186 indivíduos, apresentando uma prevalência geral de 14,2% e, especificamente nos Açores, de 9%, devendo realçar-se que a maior prevalência foi encontrada a nível dos cuidados de saúde primários (Grupo ICE, 2008).

Os dados epidemiológicos acima referenciados, sobre as úlceras por pressão, reflectem a tendência destas ocorrerem, com maior frequência, em cuidados domiciliários. Assim, tendo em conta que este estudo incidirá sobre os cuidados de enfermagem domiciliários, no Arquipélago dos Açores, iremos direccionar a nossa abordagem epidemiológica para os estudos com especial atenção para a comunidade.

Um estudo efectuado por Oot-Giromini (1993), utilizando uma amostra por conveniência de clientes em casas visitadas por enfermeiros treinados, obteve uma prevalência de 29%.

A nível de cuidados de agudos, incluindo a comunidade, Hallett (1996) realizou outro estudo, através de um questionário por correspondência, onde determinou o ponto de prevalência de 2,5% na comunidade.

Também Kanagawa et al (1998) utilizaram um questionário por correspondência, abrangendo 23500 clientes na comunidade, determinando um ponto de prevalência de 14,6%.

Uma taxa de prevalência de 33,2% entre 990 pacientes de cuidados domiciliários foi encontrada por Zulkowski (1999), embora Shuer e Roe (1999), somente encontrassem uma taxa de 7.9% numa população de cuidados domiciliários de 1278 pacientes. Os estudos de prevalência, entre pessoas cuidadas em casa, atingiram taxas de 4,9% - 29,1%, 19,2% e 21,9%.

Outro estudo efectuado por Torrance e Maylor (1999) encontrou o ponto de prevalência em múltiplos locais de cuidados na comunidade entre 4,4 e 6,1%. Do mesmo modo Bours et al (1999), em cuidados comunitários, obtiveram resultados de 12,7%.

Em Espanha, o GNEAUPP realizou dois estudos de prevalência em 2001 e em 2005 onde encontrou, respectivamente, os valores de 8,34% e 9,11% na comunidade (Torra i Bou, Soldevilla, Jj, Rueda, J, Verdú, J., 2003; Soldevilla; Torra I Bou, Je, Verdú, J, Martínez, F, López, P, Rueda, J, Mayán, J., 2006).

Não só a prevalência, mas também a incidência de úlceras por pressão, tem sido estudada ao longo dos últimos anos. Assim, Bergstrom et al (1996) e Oot Giromini (1993) mencionam incidências de 3% a 38% em clientes em ambulatório e 6% a 29% em clientes que recebem cuidados domiciliários.

Na década de 90, vários autores analisaram um conjunto de estudos de incidência nos Estados Unidos, Canadá e Reino Unido e identificaram índices que variaram entre os 8 e os 40% (Theaker et al. 2000). Na mesma década, Ayello e Cuddigan (NPUAP, 2002), em revisão bibliográfica na base de dados Medline, encontraram índices de incidência de 0,4% a 38% para clientes em cuidados agudos, 2,2% a 23,9% em organizações de cuidados crónicos e 0 a 17% em cuidados domiciliários.

Assim, se é evidente que uma maior incidência existe no âmbito hospitalar, também se deve realçar que os números da prevalência aumentam nas unidades de longa permanência, como lares e domicílios (Thomas, 2001).

Os altos valores de prevalência e incidência de UPP representam um agravamento da doença e da qualidade de vida dos pacientes, levando a uma maior necessidade de cuidados, desta feita, os seus custos tornam-se muito elevados para o sistema de saúde.

3 – CUIDADOS DE PREVENÇÃO

As lesões por pressão são um importante problema com o qual os profissionais de saúde se deparam na sua prática de cuidados. Tendo em conta que a maior parte das UPP se podem prevenir, é importante dispor de estratégias de educação e prevenção integradas em guias de prática clínica.

As actividades preventivas incluem a identificação e selecção dos clientes com risco e providenciar cuidados apropriados. Desta forma, a existência de protocolos para as práticas preventivas induz os profissionais para a sua implementação, permitindo uma actuação mais efectiva, facilitando também a multidisciplinaridade dos cuidados.

Após a identificação do cliente em risco, devem ser planificadas, implementadas e avaliadas as intervenções apropriadas. Embora existam diferentes estratégias de actuação e diferentes intervenientes que apresentam responsabilidade sobre esta problemática, é necessário uma aproximação multidisciplinar, sendo necessário, para isso, o desenvolvimento de directrizes, recomendações e guias de prática clínica. Estas, por sua vez, deverão ser baseadas nos consensos dos profissionais, no entanto torna-as mais fiáveis se existir uma evidência científica disponível que as justifique. É essencial que qualquer iniciativa para a redução da incidência das UPP esteja baseada na melhor evidência da efectividade clínica, daí que sejam necessários estudos bem desenhados, independentes, aleatórios e controlados (Verdú, 2005).

É essencial que as iniciativas de prevenção sejam baseadas nas melhores evidências disponíveis entre efeito clínico/custo e doravante poder-se-á empreender uma revisão sistemática das evidências, para que haja uma maior eficácia por parte dos suportes e cuidados para o alívio de pressão.

Além da evidência científica patente nos guias de prática clínica não podemos descurar que existem vários profissionais de saúde com um papel coadjuvante ao do enfermeiro nesta área. Segundo Berlowitz et al, 1996, a prevenção terá maior sucesso se for implementada com a integração de toda a equipa multidisciplinar: o fisioterapeuta, o enfermeiro, o médico, o enfermeiro de reabilitação, nutricionista e assistente social. Esta acção conjunta permite uma maior abrangência tendo em conta as necessidades que cada pessoa apresenta

sendo, por isso, e para Culley (1998), importante a tomada de consciência, de todos os profissionais de saúde, da necessidade de estarem implicados na prevenção de UPP.

Em 1988, Boucheron defende que o aparecimento das escaras, para os enfermeiros, cria sentimentos de culpabilização e uma carga de trabalhos acrescida. Assim, o mesmo clarifica que a ação profilática necessita de uma consciencialização perfeita dos factores de risco de constituição de uma escara, dos meios de prevenção, como também de uma perfeita coordenação no retardar do aparecimento da mesma. Reforça ainda, que avaliar o risco e prevenir são as traves mestras da prevenção e que os enfermeiros, face ao risco de escara, não podem ignorar a responsabilidade que lhes incumbe.

As estratégias de prevenção que incluem a avaliação de risco de desenvolver UPP, a observação da pele, os posicionamentos, o material de prevenção, a nutrição, a redução da fricção e forças de cisalhamento, os cuidados de higiene, a redução da humidade da pele e a educação do cliente, familiares e/ou cuidadores são recomendadas como enunciados básicos, quer pela US Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR) (1992), quer pela European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) (1998), quer pelo Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento de Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP) (2003). Estas medidas de prevenção, apresentadas de uma forma mais abrangente, são por vezes agrupadas de diferentes formas consoante o nível de cuidados para o qual se destinam. Ao nível hospitalar agrupam-se geralmente em 4 áreas essenciais: avaliação do risco de desenvolvimento de UPP; cuidados à pele; uso de dispositivos de alívio de pressão e formação do cliente/cuidador (Bergstrom e Braden, 1992; Garcia; Pancorbo P.; Torra J.; Blasco C., 2004); ao nível dos cuidados de saúde primários, será descrito no capítulo relativo aos cuidados de prevenção, a forma de organização dos mesmos.

As estratégias de prevenção são baseadas na avaliação inicial do enfermeiro que lhe permite enunciar o diagnóstico de risco de UPP e a partir deste definir intervenções adequadas. Tendo em conta as atitudes preventivas existentes, estas poderão ser utilizadas isoladamente ou em conjugação, sendo esta última opção a mais efectiva (Servicio Andaluz de Salud, 2007)

O objectivo destas estratégias de prevenção das UPP é de reduzir a magnitude e/ou a duração da pressão entre o paciente e os dispositivos de suporte, bem como de trabalhar juntamente com o cliente e cuidador informal na diminuição/redução da predisposição aos factores de risco.

Considerando as directrizes de Instituições peritas na área – GNEAUPP, AHCPR e EPUAP - para este estudo foi considerado como referência de práticas preventivas o *Guia de prática clínica para a prevenção e tratamento das Úlceras por Pressão*, do Serviço Andaluz de Saúde (2007) – Espanha, recorrendo apenas à secção de prevenção que o compõe.

A escolha deste guia justifica-se pelo facto de que em Portugal ainda não existe um protocolo de actuação na prevenção de UPP, o que consequentemente nos obriga a recorrer a um instrumento desenvolvido para o efeito. Argumentamos também, que é o mais recente documento publicado na área da prevenção, incorpora recomendações procedentes de todo tipo de estudos de investigação e publicações que lhe aportam nível de evidência, o que o tornou também num documento com a acreditação da GNEAUPP.

Neste documento, os cuidados de prevenção são agrupados em avaliação do grau de risco; cuidados locais da pele; controlo da pressão; superfícies especiais para redução da pressão; nutrição e implicação do familiar/cuidador informal – que passaremos a explorar seguidamente.

3.1 - Avaliação do grau de risco

A avaliação do grau de risco de desenvolver UPP é um aspecto essencial na prevenção, na medida em que permite a identificação dos clientes susceptíveis ao desenvolvimento de UPP e, tratando-se de uma intervenção diagnóstica do enfermeiro, torna a sua actuação mais efectiva e consistente com a aplicação de cuidados adequados às necessidades individuais.

Tendo como base esta premissa e, referenciado por Lyder e Van Rijswijk, L, (2005), há mais de 100 factores de risco identificados na literatura, pelo que é importante efectuar uma avaliação eficaz do grau de risco, tendo em conta uma inspecção da pele, o histórico de admissão e o uso de escalas de avaliação de risco.

Para Wilson (1995) citado em Furtado (2001:15) risco é “como um potencial para um resultado não desejado ou não esperado. Um factor de risco pode ainda ser definido como uma característica identificável, que aumenta a susceptibilidade do indivíduo a forças que induzem o trauma tecidual”.

As UPP são resultado de uma combinação de factores extrínsecos ao cliente e factores inerentes ao próprio (EPUAP, 1998; Verdú, 2005; Dealey, 2006; Martinez, 2008).

Os factores extrínsecos são aqueles que no meio físico do cliente contribuem para o desenvolvimento da úlcera de pressão (Versluisen, 2000). Destes devemos realçar a pressão, deslizamento ou torção e a fricção que, isoladamente ou em conjunto, são responsáveis pelo aparecimento das UPP (Dealey, 2006).

Quando os tecidos moles do corpo se encontram comprimidos entre uma proeminência óssea e uma superfície dura e as pressões resultantes se tornam superiores à tensão capilar, surge uma isquémia que é detectada através da hiperémia no local atingido. Esta é a manifestação de um fornecimento sanguíneo temporariamente maior à zona afectada de forma a proporcionar um maior aporte de oxigénio e nutrientes (Dealey, 2006). Verificando-se uma falta de alívio de pressão durante um longo período de tempo, o processo subsequente será a necrose dos tecidos, iniciando-se mais próximo do osso e emergindo até à superfície da pele.

Por sua vez, as forças de deslizamento apresentam-se como factor a controlar, visto que podem ocorrer quando um cliente escorrega no leito ou quando está sentado na cadeira. Esta ocorrência tende a deformar e comprometer o tecido, danificando especificamente os vasos sanguíneos. Dealey (2006), defende ainda que as forças de fricção surgem quando duas superfícies friccionam entre si fazendo com que as camadas superiores de células epiteliais sofram um processo de lesão por raspagem.

Os factores extrínsecos incluem ainda os dispositivos adequados, a presença de humidade e de substâncias irritantes para a pele, (urina, suores, fezes), (Fuentes, 2000; Versluisen, 2000).

Os factores extrínsecos descritos são potenciadores do desenvolvimento de UPP, no entanto podemos considerar os intrínsecos como determinantes, pois além de serem mais difíceis de controlar, são aqueles cujas características individuais do cliente são passíveis de desenvolver uma sensibilidade excessiva aos traumatismos locais (Versluisen, 2000). Incluem condição física geral (imobilidade, emagrecimento excessivo, obesidade; caquexia); idade (Bliss, 1990, Margolis; Berlin, J.; Strom, B., 2003); incontinência, particularmente a incontinência dupla (Norton et al 1962; Ferrel et al 2000; Schue e Langemo, 1999); alimentação (desidratação) (Delaunois, 1991); insuficiências dietéticas, falta de proteínas, de hidratos de carbono e de vitamina c, níveis de albumina sérica de 3 g/dl, hemoglobina abaixo de 12,5g/dl, (Ek, 1989; Guenter et al 2000 e Williams; Stotts, N.; Nelson, K., 2000); infecção e estado febril (Berlowitz, 1996),

doenças debilitantes simultâneas; afecções neurológicas (comas, paralisias, paraplégias, parestesias, insensibilidade, perda da sensação dolorosa, demência, agitação, debilidade, astenia); afecções cardiovasculares, (transtornos vasculares periféricos, estase venosa), alterações endócrinas e metabólicas (diabetes) (Norton et al, 1962; Delaunois, 1991; Fuentes, 2000; Gonçalves, 1996); lesões cutâneas, (edema, pele seca, falta de elasticidade); alterações respiratórias (diminuição do transporte de oxigénio); tratamento ou fármacos que produzem acção imunopressora ou que alteram as capacidades e actividades de vida, (radioterapia, sedativos, corticoides, citostáticos), (Fuentes, 2000; Gonçalves, 1996)

Um estudo efectuado por Ek (1989), inclui a temperatura como um factor intrínseco, tal como Delaunois (1991), refere que um aumento ou diminuição da temperatura corporal de três graus até ao máximo de 37 graus, diminui ou aumenta para metade a tolerância à isquémia.

Estes factores de risco, segundo Bale; Tebble N, Jones Vj, Price P., (2004), podem ser avaliados de duas formas pelo enfermeiro para que possa considerar um cliente em situação de risco de desenvolver UPP ou não. Poderá efectuar a avaliação formalmente, através de uma escala reconhecida para o efeito, ou informalmente utilizando o seu juízo clínico, adquirido pela experiência na avaliação dos clientes, quanto aos factores de risco que lhe estão inerentes bem como a toda a sua envolvimento.

A avaliação do risco de desenvolver UPP tem gerado uma certa controvérsia no seio de alguns investigadores da área, no que respeita à utilização das escalas preditivas de risco em detrimento do juízo clínico dos enfermeiros. Cullum; Nelson Ea, Nixon J. (2005), realizou um estudo no qual concluiu que nenhum dos instrumentos de avaliação de risco de UPP foi considerado como melhor ou mais eficaz do que o julgamento clínico, o que lhe permite afirmar que não há uma evidência clara de que a utilização de escalas de avaliação de risco, na prática clínica, faça decrescer a incidência de UPP.

Em 2000, Defloor referiu-se ao valor preditivo das escalas como limitado; elas, por vezes, aumentam o problema da motivação dos enfermeiros, na medida em que, por exemplo, pelo facto de muitos pacientes, considerados em risco, pela avaliação de uma escala, não desenvolverem UPP, mesmo quando as medidas de prevenção são omitidas e, por outro lado, alguns daqueles que não eram considerados de risco desenvolverem UPP. Consideramos esta a justificação para o facto do uso das escalas de avaliação, na prática clínica, continuar

limitado, sendo frequentemente substituído por juízos clínicos subjectivos, das enfermeiras, apesar deste método ainda não ter sido validado (VandeBosch et al, 1996).

Outra perspectiva é a de Lyder e Van Rijswijk, L, (2005), que defende ser necessário para a avaliação do grau de risco a utilização de uma forma sistemática: uma escala validada de avaliação de risco de UPP – Braden ou Norton. Estas são as mais utilizadas actualmente e estão ambas validadas, permitindo identificar pacientes em risco de desenvolver úlceras por pressão.

O objectivo das avaliações de risco é identificar os clientes que necessitam de medidas de prevenção e quais os seus factores de risco específicos. Uma das recomendações para a prática clínica é efectuar uma avaliação de risco sistemática, através de escalas validadas, tais como a escala de Braden (Bergstrom e Braden, 1992, Best Practice 1997; Research Dissemination Core 2002, The Nursing Best Practice Guideline 2003) ou a escala de Norton (Bergstrom e Braden, 1992, Best practice, 1997)

Uma escala de avaliação de risco de desenvolver UPP é um instrumento para estabelecer um nível de acordo com uma série de parâmetros considerados como factores de risco. Por outras palavras, estas escalas não impedem a aplicação de medidas de prevenção em pacientes que apresentaram um nível inferior ao considerado de risco (Smith et al 1995, Thomas 2001).

Das duas escalas referidas, daremos ênfase à escala de Braden, por ser o instrumento de avaliação de risco preconizado pela Direcção Geral de Saúde para o efeito (DGS, 2008) e, também, porque foi validada por 22 estudos e pode-se considerar que foi uma óptima validação, provavelmente pela definição operacional dos seus termos. Um destes estudos de validação foi efectuado em Portugal por Furtado et al (2001), sendo a única escala validada para o efeito no País. Nela foi estabelecido um ponto de *corte* no score 16, que permite classificar os clientes em alto e baixo risco, respectivamente acima ou abaixo deste valor. O score final, que ajuíza o grau de risco de desenvolver UPP, é obtido através de uma pontuação de 1 a 4 ou a 3, que reflecte o estado do cliente relativamente a cada uma das seguintes categorias: percepção sensorial; humidade; actividade; mobilidade; nutrição e fricção.

Existem e de acordo com Bergstrom e Braden (1992), estudos onde foi constatado que, na prestação de cuidados prolongados a clientes, as avaliações de risco são melhores quando realizadas num prazo de 48 horas após a admissão, semanalmente durante as primeiras quatro semanas após a admissão

e, posteriormente, em intervalos regulares, ou quando a situação do cliente muda.

Contudo, os resultados devem ser analisados também à luz das condições gerais de saúde do cliente e de factores que, por vezes, não são capturados pela escala de Braden, como por exemplo se sofre de diabetes *mellitus*, se é portador de deficiência de fluxo sanguíneo, ou de doença renal terminal. Assim, é importante realçar que, presentemente, não há evidências de que o julgamento clínico das enfermeiras pode prever o risco de desenvolvimento de UPP em todos os clientes. Nesta linha de pensamento NICE (2001), afirma que as escalas de avaliação de risco são um excelente apoio para a intervenção do enfermeiro, no entanto, há poucas evidências que o seu uso traga vantagens quando comparadas com uma avaliação clínica, já que os instrumentos de avaliação de risco não devem substituir uma boa avaliação clínica.

A confirmar esta ideia, a EPUAP e NPUAP (2009), nas Guidelines de prevenção de UPP defendem o uso de uma abordagem estruturada para a avaliação do risco que seja refinada pelo juízo crítico suportado pelo conhecimento dos factores de risco chave de cada cliente. Esta abordagem pode ser obtida através do uso de escalas de avaliação de risco conjuntamente com a avaliação abrangente da pele e o juízo clínico. Acrescentam ainda que, pese embora o facto de existirem limitações nas escalas de avaliação de risco, a sua utilização generalizada é indicativa do valor que tem para os profissionais.

3.2 - Cuidados locais da pele

Uma avaliação diária da pele em pacientes com limitações de mobilidade é crucial para detectar os primeiros sinais de úlcera por pressão (Lyder e Van Rijswijk, L, 2005).

As marcas na pele, desde dispositivos médicos e áreas ruborizadas, sensíveis, frescas, endurecidas, ou quentes, devem ser observadas, especialmente quando estão situadas em áreas de alto risco, como é o caso da região occipital, sacro, calcanhar, coxas e trocânteres. Estas alterações poderão ser difíceis de avaliar, especialmente se o paciente for de pele escura ou morena.

Na observação da pele é necessário dar ênfase ao primeiro sinal de alerta para o desenvolvimento de UPP, ao qual designamos por eritema não branqueável (EPUAP e NPUAP, 2009). Segundo Luckmann (1998:1626) o eritema não branqueável é definido como “o eritema (rubor) da pele que persiste quando lhe é

aplicada uma pressão digital e depois aliviada”. Para o mesmo autor, há que o distinguir claramente do eritema branqueável, que “é um rubor que desaparece pouco tempo depois de o utente ser rodado para outra posição ou quando é premido com os dedos o eritema não branqueável, o rubor não desaparece quando cessa a pressão digital”.

Como referíamos anteriormente, a existencia de inúmeras pessoas com diferentes pigmentações cutâneas, dificulta a detecção desta alteração, pelo que, a NPUAP incluiu novos indicadores para além da cor: “Uma alteração observável da pele intacta relacionada com a pressão, cujos indicadores, quando comparados com a área do corpo adjacente ou oposta, pode incluir uma ou mais das seguintes alterações: temperatura cutânea (quente ou fria), consistência tecidual (firme ou flutuante) e /ou sensações (dor, prurido).” Defende ainda que em pele com pigmentação de tons mais escuros, pode apresentar-se com tons vermelho, azul ou roxo persistentes (Baranoski, 2006:294).

Acrescentando ao exposto Martinez (2008), defende que estas vigilâncias à pele deverão ser efectuadas diariamente, especialmente em zonas de risco como são as proeminências ósseas bem como as superfícies corporais expostas à pressão de dispositivos terapêuticos especiais (sondas, máscaras, cateteres, e outros dispositivos).

A pele húmida, principalmente se a humidade é causada por fezes ou urina, é mais vulnerável aos efeitos da fricção e da pressão, do que a pele seca. A Wound Ostomy e a Continence Nurses Society (2003), de forma a prevenir a formação de úlceras por pressão devido à incontinência, recomendam que se estabeleça um programa de intestinos e bexiga; que a pele seja limpa cada vez que se suja, com produtos cujo pH seja neutro; que se utilizem barreiras de incontinência na pele; que haja uma selecção de pensos, fraldas ou roupa interior que sejam absorventes e que afastem a humidade; que se considere a utilização de um sistema de bolsas ou de um dispositivo para colher fezes ou urina e finalmente, que se considere apropriado o uso de um cateter subcutâneo durante um período curto, a fim de prevenir a contaminação da úlcera por pressão (Lyder e Van Rijswijk, L., 2005). É necessário fazer uma avaliação para tratar os diferentes processos que podem originar um excesso de humidade na pele da pessoa: incontinência, sudorese, drenagens e exsudado de feridas.

Para a higiene diária deve-se utilizar sabões ou substâncias de limpeza com baixo potencial irritativo, tendo em conta o PH da pele. A maioria dos sabonetes contém uma carga eléctrica negativa, tornando-os mais irritantes do

que os produtos de limpeza sem carga (Kirsner e Froelich C.,1998), exemplo disso são os perfumes e desodorizantes que contém álcool que deterioram a camada córnea da epiderme. Estudos comprovaram que a limpeza da pele pode alterar o pH da mesma, o que pode alterar a flora da pele do paciente.

Sendo a pele dos idosos mais vulnerável é necessária uma limpeza cada vez que se dá um episódio de incontinência, a área deverá ser limpa delicadamente, usando um produto de limpeza com pH equilibrado, ou um produto especial de limpeza perineal com pH-equilibrado e deve ser aplicado um produto para proteger e hidratar a pele (Lyder e Van Rijswijk, L., 2005).

Assim, uma intervenção de prevenção importante, especialmente em peles delicadas como a dos idosos, é a utilização de cremes hidratantes que aumentarão o potencial de resistência da pele às agressões externas. Os ácidos gordos hiperoxigenados (AGH) mostram uma elevada capacidade de hidratação, aumentam a resistência da pele, favorecem a microcirculação e estão indicados, tanto na prevenção de UPP, como no tratamento das UPP no estadio I (Segóvia; Bermejo F, Molina R, Rueda J, Torra J., 2001).

As massagens, quer seja na aplicação de cremes hidratantes, quer seja com o intuito de estimulação da circulação não deverão ser efectuadas sobre as proeminências ósseas e/ou em zonas expostas à pressão, pois trata-se de uma fonte adicional de pressão que está a ser aplicada na zona. (Garcia, 2005; Paquay, 2008).

3.3 - Controle da pressão

O cliente deve ter um plano de cuidados que fomente e melhore a sua mobilidade e actividade, por isso, não deve estar posicionado sobre áreas ruborizadas do corpo, ou sobre úlceras por pressão e deve ser reposicionado regularmente ou, quando for possível, ensinar a pessoa a reposicionar-se em intervalos frequentes, que permitam redistribuir o peso e a pressão.

A ocorrência das UPP pode ser reduzida através dos posicionamentos regulares, na medida em que se evita a hipoxia tecidular e, conseqüentemente, a lesão dos tecidos devido à redução da pressão à superfície do corpo, especialmente nos pontos de pressão e limitando o tempo em que a pressão é exercida sem interrupção (Defloor et al, 2008).

O reposicionamento regular é uma intervenção recomendada para indivíduos vulneráveis aos quais se aplicou recentemente um protocolo clínico de

avaliação do risco e de prevenção. Esta recomendação é directamente baseada na opinião de peritos, visto que as evidências científicas são limitadas. Ainda não foram especificadas as questões sobre com que frequência os indivíduos devem ser reposicionados, existindo diferentes perspectivas no que respeita ao intervalo de tempo entre os mesmos (NICE, 2001).

A implementação de posicionamentos deverá ser efectuada a cada 2 horas (Lyder e Van Rijswijk, L., 2005; Panel for the Prediction and Prevention of Pressure Ulcers in Adults, 1992) ou a cada 2 a 3 horas, segundo Bakker (1992) e o Servicio Andaluz de Salud (2007) para pessoas acamadas. Se estiver na cadeira é aconselhável que o faça a cada hora, caso o paciente seja independente deverá fazê-lo a cada 15-30 minutos, para descarregar o peso das nádegas (Martinez, 2008). Tendo em conta esta não-uniformização de critérios e o factor inerente ao cliente - a tolerância dos tecidos à pressão -, deve-se efectuar uma planificação individual de posicionamentos. O termo "*tolerância tecidular*" foi utilizado por Braden e Bergstrom et al (1987) para designar a capacidade da pele e das suas estruturas subjacentes suportarem os efeitos da pressão, sem sequelas adversas.

Esta ambiguidade é difícil de eliminar, pelo facto da distribuição do peso e da pressão estarem condicionadas pela tolerância dos tecidos às alterações de concentração de oxigénio e consequentemente à pressão, factores que variam de indivíduo para indivíduo (Defloor et al, 2008).

Este autor (2008), refere-se ainda à frequência dos posicionamentos como uma forma de prevenção que não constitui, por si só, uma medida preventiva eficiente. É necessário que este método seja aplicável, na prática, e que seja efectivamente utilizada. A carga de trabalho que representa a mobilização do paciente faz com que esta medida preventiva eficaz seja aplicada de forma limitada, mesmo com pacientes de alto risco.

É possível diminuir a frequência da mobilização, a fim de permitir esta medida acessível às equipas de tratamento. Mas, para tal, será então preciso associar a mobilização aos materiais redutores de pressão, bem como ao auto-posicionamento do paciente, quando possível.

A realização de mudanças posturais exige cuidados especiais na forma como o corpo do cliente é posicionado, tornando-se num aspecto determinante na deformação tecidular e, consequentemente, entrave à oxigenação dos tecidos.

Como forma de reduzir o risco de danificar a pele, pela fricção e deslizamento, a cabeceira da cama ou a cadeira deverão estar num ângulo não

superior a 30° e durante o mínimo tempo. Para as posições de decúbito lateral também não deve ultrapassar-se os 30° de inclinação.

Relativamente a estes cuidados Defloor et al (2008), tece algumas considerações:

Na posição semi-fowler, numa amplitude de 30° a pressão é a mais baixa, coadjuvado pelo facto de proporcionar uma posição particularmente relaxante minimizando ainda as forças de deslizamento envolvidas. A conjugação destes factores torna o risco de desenvolver UPP mais baixo.

Nos decúbitos laterais deve evitar-se o posicionamento a 90°, porque a superfície de contacto, entre o corpo e o colchão é reduzida, depositando todo o seu peso praticamente sobre o trocanter, o que eleva os níveis de pressão na zona onde, também, a massa tecidual não é abundante. Assim, as pressões mais baixas, nos decúbitos laterais, ocorrem numa posição de 30°, aumentando a superfície de contacto, bem como zonas corporais com maior massa tecidual, permitindo uma melhor distribuição da pressão.

Um «esquema» de posicionamentos, que tenha em conta as premissas anteriormente referidas, deverá respeitar a seguinte ordem de alternâncias: semi-fowler 30° - decúbito lateral esquerdo a 30° - semi-fowler 30° - decúbito lateral direito a 30° (Defloor et al, 2008)

É importante referir ainda que o cliente tem de ser mobilizado de modo a garantir a sua actividade física e a evitar a rigidez articular. Aos clientes com diminuição da mobilidade devem ser feitas mobilizações passivas e activas das articulações, evitando a fricção e os movimentos de deslizamento e sem provocar dor (Servicio Andaluz de Salud, 2007).

3.4 – Dispositivos de alívio de pressão

As superfícies especiais para a redução da pressão, pelas suas condições físicas e/ou estruturais, permitem distribuir o peso do cliente sobre uma área maior, não se restringindo apenas ao local de pressão, ou mecanicamente variar a pressão debaixo do cliente, reduzindo então a duração da pressão aplicada (Bliss, 1995).

Estes dispositivos são considerados, segundo as evidências disponíveis, elementos convenientes, tanto para a prevenção como para o tratamento de clientes em risco ou portadores de UPP (Torra i Bou; Rueda J; Cantón R., 2000)

Consoante a capacidade que apresentam para o controle da pressão local, são classificados em dois tipos: superfícies estáticas e superfícies dinâmicas.

Consideram-se superfícies estáticas aquelas que aumentam a zona de contacto do paciente, de forma que ao aumentar a superfície diminuem a pressão. Aqui incluem-se os revestimentos e todos os materiais de ar, espuma, poliuretano, gel, silicone e água. São ideais para pacientes com baixo risco de desenvolver úlceras por pressão (Cullum; Mcinnes E; Bell-Syer Sem; Legood R., 2004).

Para redução de pressão local estes dispositivos demonstram-se indicados, pelo que os pensos de espuma de poliuretano deverão ser utilizados nas proeminências ósseas, de forma a prevenir o aparecimento de UPP. Este tipo de material demonstrou maior eficácia, apesar do maior custo efectivo, que o uso de ligaduras almofadadas (Torra i Bou, Rueda, J; Cañames et. al, 2002). Não devem de ser utilizadas rodilhas nem flutuadores, como superfície de assento, já que ao invés de repartir a pressão que exerce o peso do corpo, concentra-a sobre a zona corporal que está em contacto com a rodilha, provocando edema e congestão venosa, o que facilita a aparição de UPP (Crewe, 1987). Também as superfícies de pele de carneiro sintética se mostram desadequadas neste tipo de cuidados (EPUAP e NPUAP, 2009).

As superfícies dinâmicas actuam mediante um processo de alternância que varia a pressão que se produz sobre as zonas de apoio, de forma que, ora por sistemas de insuflação e desinsuflação das células de ar, ora por sistemas pulsáteis, geram valores máximos e mínimos na pressão de interface entre o corpo e o suporte (Martinez, 2008). Exemplos destas superfícies são os colchões ou almofadas de pressão alterna e as camas flutuantes de ar, que são usados em pacientes com alto risco de desenvolver úlceras por pressão, ou que já apresentam UPP.

O uso destes materiais já resultou numa redução das taxas de incidência de úlceras por pressão e provaram reduzir os custos (Inman, 1993; Lyder e Van Rijswijk, L., 2005).

Em todas as organizações de saúde e níveis de cuidados as pessoas que se consideram com risco de desenvolver UPP necessitam ter um plano de cuidados escrito e personalizado de prevenção, que deve induzir a utilização de superfícies especiais para a redistribuição da pressão, tendo em consideração o risco que apresentam de desenvolver UPP.

A escolha do equipamento correcto é um desafio (Maklebust e Sieggreen, M., 2001) pois, uma revisão sistemática da literatura efectuada na base de dados Cochrane, mostra que não é possível identificar o dispositivo mais eficiente quer

para a prevenção, quer para, posteriormente, o tratamento das UPP (Cullum; McInnes E; Bell-Syer Sem; Legood R., 2004).

Contudo, é necessário considerar sempre as superfícies especiais como um material complementar, que não substitui os restantes cuidados (mobilização e posicionamentos). De acordo com Defloor et al (2008) existem estudos a comprovar que mobilizar os pacientes em suportes de redução da pressão, a cada 4 horas, foi mais efectivo do que a mobilização a cada 6 horas. Verifica-se assim, a importância da conjugação de diferentes estratégias de forma a tornar mais eficientes os cuidados de prevenção, estratégias essas onde importa incluir a nutrição da pessoa.

3.5 - Nutrição

Ao longo da vida é necessário assegurar uma adequada ingestão dietética, para prevenir a malnutrição, de acordo com as necessidades individuais da pessoa ou da sua condição de saúde. À medida que a idade passa, os cuidados com a alimentação têm de mudar já que os adultos, por exemplo, precisam de menos calorias e de mais nutrientes.

Para uma adequada regeneração celular da epiderme o organismo necessita de um aporte nutricional adequado, de forma que este processo ocorra aproximadamente entre os 25 a 35 dias que são normais. Quando o organismo está em défice deste aporte, a capacidade de auto-regeneração é deficiente. Por outro lado, a mal nutrição tem implicações na capacidade de resposta do sistema imunológico, potencia a redução da mobilidade, a apatia e a própria depressão, factores estes que estão directamente relacionados com o desenvolvimento de UPP (Oliver, 1994).

Ainda que o tópico relativo à nutrição seja uma componente da Escala de Braden, é fundamental uma avaliação do estado nutricional e de hidratação de todos os pacientes (Centers for Medicare and Medicaid Services, 2002).

É necessário proporcionar um suporte nutricional às pessoas que demonstrem alguma deficiência, pois deficiências nutricionais são um importante factor de risco para o desenvolvimento de úlceras por pressão, visto que influenciam directamente na perfusão dos tecidos e na integridade da pele. As pessoas magras, que tem pouco tecido sobre as proeminências ósseas, são mais susceptíveis às UPP.

A nutrição é fundamental para manter o corpo num balanço positivo de nitrogénio, ao mesmo tempo que promove a cura das feridas. É importante aumentar os níveis de proteínas nos pacientes em risco, ou com úlceras por pressão, que estejam subnutridos. Evidências empíricas demonstram que o uso de suplementos vitamínicos e de minerais promovem a cura ou a prevenção das úlceras por pressão (Ek, 1989, Guenter et al 2000, Williams; Stotts, N.; Nelson, K., 2000).

Os indivíduos subnutridos tem um risco maior de lesão dos tecidos, pelo que deverão ter um maior aporte diário de proteínas, vitaminas, verduras e muitos líquidos, para prevenir as UPP aumentando e melhorando os tecidos e a integridade das células. Deve-se ter em conta os gostos e limitações do paciente. (Servicio Andaluz de Salud, 2007).

Nos idosos, a desnutrição pode incrementar nove vezes mais o risco de desenvolver UPP. Se apresentar autocuidado dependente para alimentar-se, ou tiver alimentação entérica sem suplementos, o risco é 4,6 vezes superior, em relação aos idosos autónomos para esta actividade de vida (Martínez, 1996).

3.6 – Implicação do Familiar/Cuidador Informal

A educação do cliente e do cuidador informal é fundamental para que a prevenção das úlceras por pressão seja efectiva. Assim, a participação do cliente e da família deverá ser incrementada, promovendo o direito à participação e à tomada de decisão sobre os seus cuidados sendo, para isso, necessários conhecimentos para optarem de forma responsável em prol de comportamentos saudáveis (Pipier, 1998).

É altamente recomendável que, em cuidados domiciliários, se desenvolvam e implementem estratégias educacionais, com vista a prevenir as UPP, as quais se destinam não apenas aos profissionais envolvidos, mas também aos pacientes e sobretudo aos cuidadores informais.

Autores como Ferrell et al (2000), verificaram que, nalguns estudos, foram apontados problemas, no que concerne ao conhecimento dos cuidadores informais e às instruções técnicas que estavam a receber sobre a prevenção de UPP. O mesmo autor (2000), concluiu que a adequação da educação dos pacientes e cuidadores acerca da prevenção de UPP estava, por vezes, em falta e também, a família e os cuidadores informais podem não ter a capacidade de

assimilar os conhecimentos fornecidos, traduzindo-se na falta de cuidados otimizados ou de qualidade.

A educação dos pacientes/cuidadores deve começar imediatamente aquando da primeira visita de identificação do cliente e devem ser integrados no processo de planificação, execução e avaliação dos cuidados de prevenção. Para tal, deverá ser adoptada uma linguagem que assegure uma correcta compreensão por parte do cliente e da família, reforçando a sua participação. Um apoio importante para este efeito é a utilização de documentação escrita, sob a forma de guias de autocuidado e de recomendações para os cuidadores informais (Martinez, 2008).

Nesta abordagem deverá iniciar-se por alertar para os factores de risco com maior evidência no cliente que esta a cargo do cuidador, enunciando também as complicações passíveis de se desencadearem de forma a sustentar a necessidade e a pertinência de efectuar cuidados de prevenção adequados. Lamantia (2000), referencia estudos onde se estabelecem correlações entre o envolvimento da família nos cuidados e o aumento da tomada de consciência dos factores de risco, avaliação e tratamento precoce das UPP.

Nos cuidados domiciliários a participação de um cuidador informal, na prevenção de UPP, é fundamental para a continuidade da prevenção; assim é uma responsabilidade prioritária para a enfermagem verificar se os cuidadores informais têm o conhecimento e a habilidade que permita assegurar o protocolo de prevenção (Maklebust e Sieggreen, M., 2001).

A transmissão de conhecimentos ao cuidador, já foi enunciada como um instrumento de trabalho. Assim, além do anteriormente exposto, informações sobre os diferentes tipos de cuidados a adoptar em função das necessidades do cliente, os tipos de materiais de prevenção, os cuidados com alimentação, bem como a importância das mobilizações são temáticas que deverão estar ao alcance deste, de forma que permita ao enfermeiro ter garantias de que existe um acompanhamento e uma maior sensibilidade do cuidador para esta problemática.

Os enfermeiros, como forma de controlar os factores que influenciam os cuidados de prevenção devem educar os clientes e cuidadores para a importância de recorrer à inspecção diária da pele, como forma de diagnóstico e a métodos para reduzir a intensidade da pressão e da fricção (Bergquist e Frantz, 1999).

4- FACTORES QUE INFLUENCIAM OS CUIDADOS DE PREVENÇÃO

O comportamento do enfermeiro traduz-se pela acção ou reacção perante determinada situação. Esta acção vai depender da singularidade da situação e das características individuais e institucionais existentes.

No que respeita às medidas de prevenção, também estas são, muitas vezes, usadas pelos enfermeiros e cuidadores na prática e não são necessariamente correspondentes às recomendações teóricas (Hulsenboom, 2004), isto justifica-se pela necessidade de adequação e adaptação dos cuidadores à realidade existente e às determinantes inerentes aos cuidados, no domicílio.

A prevenção de UPP deve ser focada na etiologia, para poder ser modificada e limitada. Efectivamente, terá de ser ajustada de forma a serem prestados cuidados com qualidade tendo em conta os vários factores que a podem influenciar: o número e distribuição do pessoal; o tempo de cuidados; equipamento individual de prevenção; tipo de material de prevenção; formação e experiência; motivação dos profissionais, protocolos de prevenção, identificação de clientes com risco e multidisciplinaridade entre profissionais (Hunter; Cathcard-Silberberg, T; Langemo, Dk; Olson, B; Hanson, D; Burd, C., 1992; Schuer, 1999; Frantz; Hsiao-Chen Tang, J; Titler, M. 2004). Estes aspectos tornam-se importantes na medida em que, se contribuem para uma melhoria na qualidade dos cuidados, diminuem a incidência das UPP e a mortalidade.

4.1 - Aspectos profissionais

A categoria profissional bem como as habilitações académicas são factores que, segundo a literatura consultada, exercem maior influência relativamente ao potencial de conhecimentos sobre as UPP, despertando nos profissionais um maior interesse para a aplicação da sua prática baseada na evidência.

Quanto ao tempo de exercício profissional Pancorbo (2007), de acordo com uma revisão sistemática de literatura efectuada, afirma que uma maior experiência melhora a prática no entanto explica, também, que a partir dos 20

anos de experiência profissional é possível existir uma desactualização das práticas devido ao cansaço, à rotina e à menor capacitação cognitiva.

O facto de o enfermeiro se ausentar da responsabilização pela prevenção das UPP influencia no interesse para o seu trabalho, o que aumenta a dificuldade de motivar-se para a inovação e aplicação de novas técnicas preventivas. Buss (2004), realça que a falta de envolvimento e de interesse, na problemática das UPP, torna-se num factor que dificulta a adopção de técnicas e de cuidados de prevenção adequados aos clientes e consequentemente o desenvolvimento de úlceras, o que torna o trabalho pouco gratificante.

Para que o enfermeiro efectue um trabalho eficiente, na prevenção das UPP, é importante que apresente sensibilidade para a dimensão do problema, de forma que a motivação seja um potencial para a aplicação de cuidados preventivos. Buss (2004), afirma, ainda, que este é um factor que provavelmente provoca difusão e integração do conhecimento na prática.

No que se refere à motivação, poderemos enquadrar aqui o vínculo profissional, visto que uma situação profissional mais estável poderá conferir um melhor desempenho na área da prevenção, pois considerando-se um papel de grande responsabilidade para o enfermeiro faz com que este queira trabalhar e realizar bem os seus cuidados (Marquis e Huston, J., 1999).

4.2 - Conhecimentos do enfermeiro

A formação e o desenvolvimento profissional na área do conhecimento são aspectos muito importantes no desenvolvimento dos recursos humanos, que contribuem para melhorar o desempenho profissional.

De acordo com estudos efectuados, os enfermeiros que frequentaram um programa educacional sobre prevenção de UPP aumentaram os seus níveis de conhecimento, ao contrário dos outros enfermeiros que o não fizeram (Pancorbo, 2006). Assim, programas educacionais desenvolvem as tomadas de decisão e, por sua vez, uma boa tomada de decisão pode reduzir a prevalência e a incidência das UPP.

Já Tweed e Devadas R., (2006), através de um estudo sobre o efeito de um programa educacional em enfermeiras com conhecimentos de risco e prevenção de UPP, com os dados recolhidos antes e após o programa, verificou que os níveis de conhecimento aumentaram significativamente depois do programa no que

respeita à identificação de factores de risco, uso das escalas de avaliação de risco e uso de mais estratégias de prevenção.

Referente às UPP e de acordo com alguns estudos efectuados na área, verifica-se que os enfermeiros dispõem de um bom grau de conhecimentos na área da prevenção e dos factores de risco, situando-se entre os 73 e 85% os valores de conhecimentos gerais (Pancorbo; Garcia, F.; Rodriguez, M.; Torres, M.; Lopez, I., 2007). Estes dados indicam que os enfermeiros estão despertos, além dos cuidados de prevenção, para os factores predisponentes das UPP, o que direcciona a sua atenção para esses problemas, tornando-se numa mais-valia para a antecipação da sua ocorrência.

O conhecimento dos factores de risco e das medidas preventivas, por si só, podem não ser indicadores de que os enfermeiros, na prática clínica, estão atentos à problemática ou prestam, de facto, os cuidados que explicitam, pois Gunninberg (2001), refere que, por vezes, os enfermeiros apresentam altos conhecimentos na área, mas não os utilizam na definição de prioridades, aplicação de estratégias e métodos de prevenção na prática.

A medida do conhecimento, após uma intervenção educacional, pode ser avaliada através da utilização de instrumentos de pré-teste ou pós-teste, mas os seus efeitos no comportamento dos profissionais é difícil de medir (Sandstrom, 1994)

O conhecimento adquirido pelos profissionais de saúde é limitado pela sua colocação em prática, visto que o conhecimento é necessário, mas não é suficiente para a acção, pois é necessária a sua aplicação. Assim, por muita que seja a aquisição de conhecimentos, não é garantido que as mudanças ocorram na prática (Ardblaster, 1998)

O conhecimento inerente aos enfermeiros pode ser adquirido de duas formas: o conhecimento tradicional e o conhecimento baseado na evidência.

O conhecimento tradicional é o mais evidenciado, quer na prestação de cuidados, quer no pensamento dos enfermeiros, pois caracteriza-se por ser adquirido no curso básico da formação, acrescido pela experiência diária e das situações reais que vai encontrando, recorrendo ao auxílio da opinião dos colegas e envolvidos pelas tradições e rotinas do serviço/organização onde trabalha. Por outro lado, o conhecimento baseado na evidência é aquele que é utilizado na prática diária, mas que procura fundamentar-se em protocolos ou princípios científicos actualizados para justificar a sua acção (Buss, 2004). Este último terá um maior incremento na prestação de cuidados diários quanto mais actual ele

seja e, por conseguinte, obrigará a mudanças em alguns hábitos, rotinas e conhecimentos aos quais, por vezes os enfermeiros se mostram renitentes.

As revisões e actualizações periódicas das políticas e procedimentos são de extrema necessidade, de forma a assegurar que os padrões dos cuidados actualizados sejam incorporados correctamente na prática (Pieper; Sugrue M.; Weiland M.; Sprague K.; Heiman C., 1997).

O desenvolvimento profissional contínuo e uma aprendizagem ao longo da vida são conceitos bem estabelecidos para uma melhoria dos cuidados de saúde e é promovido um contínuo processo de aprendizagem na prática (Peck, 2000). O objectivo principal é promover uma prática profissional que resulte na promoção de cuidados de prevenção com qualidade ao cliente.

Também Pieper; Sugrue M.; Weiland M.; Sprague K.; Heiman C., (1997), defende que a qualificação profissional influencia os conhecimentos sobre as UPP, pois quanto maior for a qualificação do enfermeiro maior será o aporte a nível de leitura de artigos científicos e de assistência em congressos e jornadas, o que contribui para um alargamento no nível de conhecimentos e na sua actualização.

Como forma de aquisição de conhecimentos, hoje em dia, está ao alcance de qualquer pessoa uma série de fontes de conhecimento que podem ser utilizadas: livros (obras, monografias, histórias clínicas), artigos (revistos por peritos, sem revisão, imprensa local), reportagens, conferencias/simpósios (material publicado ou comunicações livres não publicadas), publicações oficiais, revisões de literatura e internet. Importante é conseguir filtrar as credíveis e pautar por uma aquisição de conhecimentos baseados na evidência.

O nível de conhecimentos é também influenciado pelo tempo de experiência profissional na área, de acordo com Maylor e Torrance, C., (1999) e Esperón e Vasquez, F., (2004), verificaram que os conhecimentos aumentam com a experiência, no entanto Garcia; Pancorbo P.; Torra J.; Blasco C., (2004) afirma que os extremos em anos de experiência são os que menos conhecimentos apresentam, portanto os enfermeiros com menos de 2 anos e com mais de 20 anos de serviço.

Quando falamos em formação e em conhecimentos e, sendo este um estudo que se vai desenvolver em âmbito comunitário, não podemos negligenciar o papel que os familiares ou cuidadores têm na prevenção das UPP, ou até mesmo os próprios clientes com capacitação para tal.

Nos cuidados domiciliários, os cuidadores têm um papel importante nos cuidados ao cliente, pois o acompanhamento diário é efectuado por estes. Assim devem, estes, ser capacitados para dar resposta às necessidades dos clientes, ou para estabelecer a ligação com o profissional de saúde que efectua a visita domiciliária.

Para que os cuidadores apliquem uma efectiva prevenção das UPP é necessário habilitá-los para escolher e implementar uma, ou mais, destas estratégias: implementar uma boa nutrição, tratamento da pele, reposicionamentos e aplicação de material de alívio de pressão (RCN, 2001)

Estes agentes necessitam suporte, no que concerne ao aumento dos seus conhecimentos na área, visto que muitos deles não auferem formação de base, nem apresentam qualquer noção dos problemas que poderão advir se não forem efectuados cuidados preventivos. E esta é, em várias situações, uma lacuna que caracteriza o papel do enfermeiro na prevenção: o não envolvimento dos cuidadores. Bostrom e Keneth (1992), concluíram, num estudo que realizaram, que as intervenções relatadas em maior número, pelos enfermeiros, eram os cuidados da pele e as menos evidenciadas eram a nutrição e a educação dos cuidadores.

4.3 - Recursos humanos e materiais

A efectividade de algumas actividades depende, em grande parte, de factores que contribuem igualmente para a qualidade dos cuidados de saúde. Assim, o número e a distribuição do pessoal, o tempo para prestar cuidados e os equipamentos especiais para redução da pressão (colchões, almofadas, agentes tópicos, roupa apropriada, entre outros) contribuem fortemente para o combate dos factores que potenciam o desenvolvimento das UPP (Dopieralda, 2007).

Os profissionais de saúde tendem a reduzir a incidência de UPP através da identificação de pessoas com risco e, a partir desta, através do uso de estratégias de prevenção, das quais a utilização de equipamentos para aliviar a pressão é a que apresenta melhores resultados, sempre conjugados com outros cuidados de prevenção.

A disponibilidade dos recursos materiais é um factor que influencia na qualidade da prática clínica na prevenção de UPP. A sua escassez é identificada pelos profissionais de enfermagem como uma das principais causas, juntamente com a falta de pessoal, que dificultam a aplicação de cuidados de prevenção com

qualidade (Wilkes, 1996; Panagiotopoulou, 2002). Num estudo efectuado em serviços domiciliários, nos Estados Unidos, apenas 27,3% dos clientes com UPP e 14,2% dos clientes em risco possuem dispositivos de alívio de pressão concluindo-se, assim, que estes indivíduos estavam a receber cuidados deficientes no que se refere à prevenção de UPP (Ferrell et al, 2000).

Apesar da sua importância, os estudos relativos à dotação de meios materiais preventivos e, também de tratamento, são muito escassos, o que não permite corroborar ou contrariar a opinião anteriormente defendida pelos enfermeiros, no que se refere à qualidade dos cuidados. É, no entanto, certo que existem evidências indiciadoras de uma melhoria dos indicadores epidemiológicos de UPP, relacionada com o aumento da disponibilidade de superfícies de redução da pressão (Rodríguez, 2004; Ramón; Salvador C; Torra I Bou J. 2000; Gebhardt; Bliss Mr.; Winwright P.; Thomas J.; Goode, P.; Tarquine, P.; Allman, R., 1996; Herrero e Ordoño C., 2004; McKeeney, 2004).

Os dispositivos de alívio de pressão permitem distribuir o peso do cliente sobre uma área maior, não se restringindo apenas ao local de pressão ou, mecanicamente, variar a pressão debaixo do cliente, reduzindo então a duração da pressão aplicada (Bliss, 1995).

Os recursos materiais são fundamentais para o bom funcionamento das organizações, pois estes contribuem para que os funcionários possam dar resposta adequada às necessidades dos clientes e às exigências da organização. Devem ser adequados em qualidade e quantidade e estar disponíveis, por forma a que a sua falta, ou redução, não sirva de desculpa para a não realização de cuidados ou para a desmotivação dos profissionais.

As limitações destes dispositivos incluem o custo, a disponibilidade e o ajuste aos diferentes ambientes de cuidados, pois nos serviços domiciliários pode não ser possível (Iglesias, 2006).

O equipamento de alívio de pressão acarreta custos económicos, mas é necessário para a prevenção e, conseqüentemente, para a redução da incidência e prevalência de UPP.

Já Dopieralda (2007), acrescenta que, além da falta de equipamento especial e de materiais para prevenção, o aumento da prevalência de UPP é muitas vezes resultado do número reduzido de profissionais, em função da carga de trabalho que é preciso dar resposta pois, a nível dos cuidados domiciliários, o acompanhamento é efectuado através de visitas domiciliárias, e a sua frequência é instaurada em função dos recursos humanos existentes.

Um estudo efectuado por Palma (1997), sobre a importância da identificação do cliente de risco, de úlcera por pressão, em cuidados primários a nível domiciliário, encontrou como obstáculos à prevenção a falta de tempo, a pressão da sobrecarga de trabalho, a carga de trabalho e o reduzido número de pessoal, que fazem com que seja inevitável a aparição de complicações. Este estudo refere, ainda, as úlceras por pressão como um dos problemas que maior impacto causa, dentro do âmbito dos cuidados primários. Também Price (2004) baseada num estudo realizado na Irlanda, nesse ano, verificou que as principais barreiras, para efectuar uma prevenção adequada e individualizada, eram a falta de tempo e a escassez de recursos humanos.

4.4 – Políticas de Prevenção

As úlceras por pressão são um dos indicadores da avaliação da qualidade de cuidados de enfermagem em muitos países do mundo e, por isso, seria de todo o interesse que as organizações de saúde tivessem em preocupação um registo permanente desta ocorrência. Para Boucheron et al (1988) as úlceras por pressão acarretam, para a sociedade, custos elevados no investimento em material e equipamento necessários aos cuidados curativos, assim como o aumento do consumo de fármacos e os custos eventuais de uma intervenção cirúrgica, ou hospitalização prolongada.

É necessário, portanto, efectuar um planeamento da distribuição do trabalho dos enfermeiros na gestão dos cuidados de enfermagem. A organização dos cuidados de enfermagem e a selecção do método de trabalho envolve vários aspectos a considerar, entre eles: os afectivos da organização, o número e tipo de clientes, os recursos humanos e materiais disponíveis e as características das instalações (Frederico e Leitão, M., 1999).

Em Portugal desconhecem-se estudos sobre as razões que levam os enfermeiros a não identificar o cliente de risco de úlcera de pressão. Desde 1998 que existe uma recomendação da Direcção Geral de Saúde, através da Circular Informativa N.º 25/DSPCS de 23/06/98 na qual se expressa preocupação em relação ao problema das úlceras por pressão, nos clientes acamados, propondo um protocolo de avaliação das mesmas e dos factores de risco através de uma adaptação da escala de Norton. Em Dezembro de 2008, a Circular Informativa Nº: 35/DSQC/DSC, da Direcção geral de Saúde, veio revogar a anterior e recomendar a aplicação da *Escala de Braden*, em todas as Unidades de Saúde, no entanto não

se verifica uma aplicação efectiva desta medida em todas as organizações de saúde, especialmente ao nível das prestadoras de cuidados de saúde primários.

O sucesso de qualquer intervenção também depende do grau de importância e da prioridade que cada organização atribui à prevenção de UPP. Uma atitude positiva da própria organização, para a prevenção, também pode ser promotora de influência nas atitudes e comportamentos preventivos dos enfermeiros.

A política da organização de saúde torna-se determinante, não só quanto à definição de padrões de qualidade, como também a nível dos factores motivadores dos seus profissionais, na medida em que, se por um lado apresenta uma linha orientadora na prestação de cuidados, por outro contribui para uma estimulação para a realização desses cuidados.

Autores como Halfens e Eggink (1995:20) recorrem ao exemplo das escalas de avaliação de risco para explicitar esta situação “apesar dos estudos científicos efectuados, nem todos os profissionais que atendem a clientes em risco de padecer de úlceras de pressão utilizam de maneira sistemática as escalas de avaliação ou outras medidas resultado da investigação, quer seja por falta de conhecimento das mesmas, quer seja por falta de contextos que propiciem o uso metódico como os protocolos, programas ou guias de prática clínicas específicas”.

A prevenção de U.P.P. requer cuidados individualizados ao cliente pelo que, por vezes, implicam mudanças no sistema que deverão ser avaliadas, quer pelo enfermeiro prestador de cuidados, quer pelo enfermeiro responsável da organização, cabendo ao último a avaliação das necessidades reais e a implementação de medidas que sejam capazes de dar o máximo de resposta. Assim, é importante que estejam salvaguardados alguns princípios, excluindo o facilitismo, que sustentem uma boa dinâmica de organização e de capacidade de resposta: as dificuldades para obter dispositivos de redistribuição da pressão, a quantidade de recursos humanos, processo de comunicação estabelecido e lacunas na liderança ou nas políticas de prevenção instituídas (Calianno, 2007).

O enfermeiro chefe é o responsável por toda a gestão de cuidados de enfermagem, incluindo a formação contínua dos enfermeiros, a prática de cuidados e a própria investigação. De acordo com AMERICAN NURSES ASSOCIATION (ANA) (2004), o enfermeiro chefe é responsável por garantir que os padrões profissionais e os valores se mantenham, durante o desenvolvimento,

implementação e avaliação dos programas implementados e que as políticas sejam suportadas pela evidência.

Estudos sobre a qualidade dos cuidados de enfermagem, para clientes em serviço domiciliário, revelaram que as medidas de prevenção de UPP raramente estavam de acordo com *guidelines*, baseadas na evidência, ainda que houvesse inúmeras oportunidades para melhorar os cuidados de prevenção de UPP (Baier et al. 2003; Bates-Jensen et al. 2003; Saliba et al. 2003; Wipke-Tevis et al. 2004) Apesar das *guidelines* disponíveis, os grupos de investigação dos cuidados domiciliários sugerem que existem várias falhas nas políticas de previsão e de prevenção das UPP.

Assim, os cuidados às áreas de pressão e viabilidade tecidular devem ser uma preocupação para todos os membros das equipas multidisciplinares de saúde (Johnson, 1994). Opinião que é corroborada por NICE (2001), quando recomenda a interdisciplinaridade, para o treino e educação dos profissionais de saúde em prevenção de UPP.

4.5 - Distância do domicílio à instituição de saúde

No que concerne a este aspecto não há referência bibliográfica que o refira, no entanto na Região Autónoma dos Açores, pela experiência e pelas vivências do quotidiano, a distância existente entre o domicílio e a instituição de saúde de referência, bem como as respectivas acessibilidades, devido à geografia específica das ilhas, tornam-se num factor que parece influenciar a prestação de cuidados e acompanhamento contínuo dos clientes. Desta forma, esta é uma hipótese enunciada que pretendemos demonstrar com o presente trabalho, tornando-se de interesse o seu estudo pelo facto de aportar novos dados, que até aqui ainda não foram estudados.

PARTE II – OPÇÕES METODOLÓGICAS

O contacto com a pesquisa bibliográfica permitiu-nos familiarizar com a informação sobre o fenómeno que se propõe investigar e evitar. Assim sendo, importa agora saber como proceder à investigação, partindo do confronto crítico dos conhecimentos teóricos obtidos pela documentação bibliográfica.

Evidentemente que, neste percurso, é imprescindível explicitar a problemática em estudo, evidenciando a fundamentação da necessidade de continuar a investigar acerca do objecto de estudo «Cuidados de enfermagem, preventivos das úlceras por pressão e que são prestados no domicílio dos clientes»

Os métodos e as técnicas são parte integrante do planeamento da pesquisa científica, pelo que o método não representa apenas o caminho, mas sim uma via de acesso que permite interpretar com maior coerência e correcção possíveis as questões que o investigador colocou e perceber a perspectiva através da qual ele desenvolveu o estudo.

No capítulo que se segue pretende-se demonstrar de que forma se desenvolveu o presente trabalho, de forma a elucidar sobre a organização, os procedimentos, as estratégias e os instrumentos utilizados. Seguindo Fortin (2009), é através dos processos metodológicos que se precisa como o fenómeno objecto de estudo vai ser planeado, bem como as actividades que permitem a sua realização.

1 - PROBLEMÁTICA

O interesse em enveredar por um estudo na área da prevenção das UPP ficou a dever-se a vários factores, que levaram a uma reflexão mais atenta sobre ela e, inicialmente, devido a um factor emocional, pelo facto de terem existido pessoas próximas que possuíam uma grande sensibilidade para o desenvolvimento de UPP e que necessitaram de cuidados preventivos.

Em vários locais onde efectuou ensino clínico, durante o Curso de Licenciatura em Enfermagem, existiam poucos recursos materiais de prevenção de UPP.

Contrariamente a este facto, já como profissional, teve oportunidade de vivenciar que, apesar da existência de material de prevenção, os recursos humanos eram de tal forma escassos para o número de clientes, que era impossível efectuar uma prevenção adequada a todos os clientes em risco de desenvolver UPP.

Outro forte contributo que suscitou o interesse em desenvolver o estudo nesta área específica dos cuidados domiciliários, foi a participação num grupo de trabalho que desenvolveu um estudo de prevalência de UPP a nível dos Arquipélagos dos Açores, Madeira e Ilha de Gran Canária, despertando para alguns aspectos que evidenciam a situação das UPP e dos cuidados de prevenção.

As úlceras por pressão constituem um grave problema, na medida em que provocam no cliente uma diminuição importante da sua qualidade de vida e comprometem a resolução de outros problemas de saúde.

As úlceras por pressão são consideradas por vários autores como indicadores da qualidade de cuidados médicos e de enfermagem (Bergstrom et al, 1997; Bours, 2003; Morison e tal, 2004) quer por clientes, entidades reguladoras, decisores políticos e famílias.

Já em 1988, Pam Hibbs, defendia que 95% das UPP eram evitáveis através da prestação de cuidados e recursos adequados, sendo este um factor relevante a ter em conta, pelo facto de considerar que o melhor tratamento para estas lesões é a sua prevenção, não apenas pelas complicações para o paciente e todos aqueles que o envolvem, como também a nível económico para os serviços de saúde. Assim, se estamos perante um problema de saúde evitável, causado por práticas de cuidados deficientes, maior relevância tem a sua abordagem.

Um cliente que desenvolve UPP aumenta o tempo de internamento até 5 vezes (Allman, 1997) e fica susceptível ao desencadeamento de diversas experiências pouco positivas, como é exemplo a dor, a alteração da imagem corporal, o risco de infecção sistémica, o que aumenta a probabilidade de morrer. O risco de morte aumenta de duas a quatro vezes se o cliente de idade avançada apresentar este tipo de lesões (Thomas; Goode, Ps; Tarquine, Ph; Allman, R., 1996).

O impacto económico que as úlceras por pressão provocam na sociedade também se torna noutro factor de relevância para se investir nos cuidados preventivos. A nível do nosso país ainda não existem estudos que retratem a realidade dos custos com as úlceras por pressão, quer para o tratamento, quer para a prevenção. No entanto, há alguns estudos efectuados em vários países, em âmbito hospitalar, que mostram como os gastos nesta área são muito significativos.

Em geral, os custos com o tratamento das UPP são muito mais elevados do que com a prevenção (Bergstrom et al, 1995), e o investimento em recursos materiais e humanos para a prevenção é mais rentável em termos económicos e na qualidade de cuidados aos clientes (Pancorbo e García F., 2002). Considerando apenas alguns dos estudos efectuados verifica-se que, em 1992, Kuhn estimou que 1,7 milhões de clientes desenvolveram úlceras por pressão, o que representou um custo de 8,5 biliões de dólares em cuidados de saúde.

Na Rioja - Espanha, o custo associado às UPP estimou-se nos setenta milhões de pesetas (Soldevilla e Torra I Bou, J., 1999). Com os dados provenientes do segundo estudo de prevalência de UPP em Espanha, em 2005, e com a informação proveniente de questionários administrados a um painel de peritos do 2º Encuentro Nacional de Comisiones de Úlceras por Presión, estimou-se que o custo anual do tratamento das UPP em Espanha é de 435 milhões de euros (Posnett, 2006);

Também Bennet, Dealey e Posnett (2004) efectuaram um estudo, no Reino Unido, onde evidenciaram que o custo de tratar de uma UPP varia desde 1.062 Libras para uma úlcera no estágio I, até 10.551 Libras no estágio IV. Este aumento reflecte-se com a evolução no estágio, pois o tempo de cicatrização e a incidência de complicações também aumentam. Anualmente, custam entre 1,4 e 2,1 biliões de libras nos Estados Unidos (4% do orçamento do Serviço de saúde Inglês).

No que se refere à prevenção, nos Estados Unidos, Flanagan evidenciou gastos entre 60 e 200 milhões de Libras (Furtado, 2001; Ousey, 2005). Argyll e

Clyde (1999) investigaram que os custos relacionados com as medidas preventivas se situavam entre 17.606 e 28.669 libras, que se traduziam em benefícios decorrentes deste investimento na ordem dos 305.506 e 342.510 libras.

Segundo Miller e Deloizer (1994) é provável que exista uma subvalorização do problema e dos custos financeiros, pois ainda existe uma elevada percentagem de população institucionalizada que apresenta uma ou mais UPP que não é caracterizada na sua totalidade.

Quando possível, a prevenção é recomendada em detrimento do tratamento, visto que os custos para a organização do sistema de saúde de tratar uma UPP podem ser 2 vezes mais do que para prevenir (Whittington, 2004). Mais ainda se pode acrescentar que as UPP estão associados a custos não financeiros tais como a dor, o desconforto, a qualidade de vida, o tempo de internamento e a morte (Clark, 1994; Davies 1991; Touche Ross, 1993). Todos os custos apostados num processo de prevenção falhado aumentam ainda mais os custos no tratamento (Land, 1995).

Assim, é lógico assumir que a incidência de UPP tende a aumentar, a não ser que a educação /formação e o equipamento de alívio de pressão possam contrariar isso.

Na comunidade é onde se encontram os indivíduos com maior idade e com maior propensão para a cronicidade da sua doença, pelo que existe um maior número de factores que não favorecem a reabilitação e, por isso, contribuem para a fragilização dos tecidos (Milward, 1993). O desenvolvimento de aspectos relacionados com a prevenção de UPP é uma das tarefas a valorizar nas pessoas com doença crónica, pois estas doenças apresentam factores de risco que potenciam o aparecimento de UPP, o que se torna mais complicado quando reparamos na nossa realidade e verificamos que muitos destes não usufruem de um acompanhamento de uma visita domiciliária diária.

Independentemente do âmbito da prestação de cuidados, o enfermeiro depara-se com alguns factores que condicionam a sua prática. E, neste aspecto, os cuidados de saúde primários e especificamente os cuidados domiciliários não ficam alheios, pois são várias as condicionantes profissionais, colocando-se desde o nível da formação até às práticas, não esquecendo os bloqueios organizacionais e algumas limitações impostas pelo próprio sistema de saúde (Correia, 2001). Também deveremos considerar os aspectos socio-económicos, relacionados com o cliente, bem como os recursos materiais existentes, pois contribuem para uma

intervenção mais eficiente. Por outro lado, não podemos descurar o papel dos cuidadores informais e a sua formação, visto que a intervenção do enfermeiro, em muitas situações, é efectuada em parceria com os mesmos.

É, portanto, necessário conhecer os factores que contribuem para os valores de prevalência existentes e só se torna possível conhecendo as percepções, os pensamentos, os sentimentos e a forma de cuidar dos enfermeiros (Buss, 2004)

Nos tempos que correm, o que parece continuar relativamente constante, nos estudos acerca de UPP, é que a prevalência é maior na população mais idosa. O número de clientes com UPP está a aumentar nos indivíduos com mais de 65 anos e este aumento é ainda maior nos indivíduos com mais de 80 anos (Office of Health Economics, 1992)

Considerando que, em 2050 se estima que na população portuguesa, 35% das pessoas terão mais de 65 anos e destes, 10% têm mais de 80 anos, estabelecendo uma relação efectiva entre a idade avançada e o desenvolvimento de UPP, leva-nos a pensar nas grandes probabilidades de estarmos perante um problema de saúde pública, caso não sejam efectuados esforços, quer a nível da movimentação de recursos materiais e humanos, quer na implementação de medidas preventivas.

Face à problemática exposta consideramos relevante o estudo que ora se realiza e definimos a questão de investigação, considerando que, de acordo com Fortin (2009), deverá ser uma interrogação explícita, clara e inequívoca relativa ao domínio que pretendemos explorar, de forma a obter novas informações e que é a partir dela que surgem as variáveis a investigar. Assim, enunciamos: *Quais os factores que influenciam os cuidados dos enfermeiros na prevenção de UPP aos clientes no domicílio, no arquipélago dos Açores?*

Tendo em conta esta enunciação apresenta-se, como objectivo geral:

- Analisar os factores que influenciam os cuidados de prevenção em clientes com risco de UPP no domicílio, no arquipélago dos Açores.

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

- Conhecer os aspectos profissionais relativos à prevenção de UPP;
- Verificar a existência de políticas de saúde para a prevenção de UPP;
- Identificar os dispositivos de alívio de pressão existentes nas instituições;
- Conhecer a formação na área da prevenção de UPP dos enfermeiros;

- Conhecer se os cuidadores informais são implicados na prevenção de UPP;
- Determinar a distância dos domicílios em relação à instituição de saúde;
- Descrever os cuidados de prevenção aos clientes com risco de UPP prestados pelos enfermeiros no domicílio;
- Analisar o efeito que os diferentes factores encontrados provocam na prestação de cuidados;
- Comparar os cuidados de prevenção prestados pelos enfermeiros com as recomendações de prevenção de UPP.

Para a consecução destes objectivos formulam-se, em seguida, as hipóteses do estudo.

2 - HIPÓTESES

Uma hipótese é uma previsão do investigador em relação ao que ele espera encontrar, prevendo à priori como essas variáveis se relacionarão (Polit, 2004). Pode-se considerar como uma suposição que o investigador faz sobre o seu objecto de estudo e dos resultados que ele prevê encontrar.

Tendo em conta o enquadramento teórico e os objectivos definidos para a realização deste estudo, formularam-se as hipóteses a seguir enunciadas.

Hipótese 1 – Os enfermeiros com maior experiência profissional prestam melhores cuidados de prevenção de UPP;

Hipótese 2 – Os enfermeiros com maiores conhecimentos em prevenção de UPP prestam melhores cuidados de prevenção.

Hipótese 3 – Os centros de saúde com protocolos dirigidas para a prevenção de UPP proporciona melhores cuidados ao cliente com risco de UPP.

Hipótese 4 – Os centros de saúde com maior número de recursos humanos para a população abrangida em cuidados domiciliários têm menor índice de prevalência de UPP.

Hipótese 5 – Os centros de saúde com maior número de dispositivos de alívio de pressão para a população abrangida em cuidados domiciliários têm menor índice de prevalência de UPP.

Hipótese 6 – A distância dos domicílios à instituição de saúde é determinante nos cuidados prestados.

Hipótese 7 – A combinação de diferentes factores tem um efeito sumativo na prevenção de UPP.

3 - TIPO DE ESTUDO

Para a realização deste trabalho foi seleccionada a metodologia quantitativa, por parecer a mais adequada para responder ao problema em estudo por se tratar de um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis, sendo baseada em factos objectivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador (Fortin, 2009).

O tipo de estudo é descritivo e correlacional, pois é o que permite explorar e determinar a existência de relações entre as diferentes variáveis, com vista a descrever essas relações, e conhecer quais as que se apresentam mutuamente associadas (Fortin, 2009).

Com o estudo descritivo pretende-se descrever as variáveis independentes e este tipo de estudo é aquele em que o investigador descreve para compreender, não manipulando nenhum factor ou variável. Já o estudo correlacional visa observar a relação entre algumas variáveis independentes e a variável dependente, conhecendo o tipo e nível de relação entre elas.

O desenho deste estudo foi construído com base em pressupostos teóricos anteriores sobre a prevenção de UPP, orientado pela questão de investigação e hipóteses formuladas.

4 – OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS

As variáveis são características da população, ou do problema, e que variam consoante determinadas circunstâncias com as quais iremos trabalhar. Estas emergem da questão de investigação e constituem a primeira fase de operacionalização das construções teóricas que pretendemos correlacionar e podem ser classificadas de diferentes formas, dependendo da sua utilização em determinada investigação, podendo, ainda, algumas ser manipuladas, contrariamente às outras (Fortin 2009).

Além das variáveis de atributo, da questão de investigação emergiram uma variável dependente e várias independentes

4.1 - Variáveis de atributo

Referem-se às variáveis de caracterização dos sujeitos em estudo:

Idade – é uma variável contínua, medida em anos, desde o nascimento até à data da recolha de dados.

Sexo – é uma variável dicotómica, que assume a categoria de feminino ou masculino.

Categoria profissional – é uma variável nominal que engloba três categorias: Enfermeiro; Enfermeiro Graduado, Enfermeiro Especialista e Enfermeiro Chefe.

Habilitações Académicas – é uma variável nominal com cinco categorias: Bacharelato; licenciatura; Especialidade; Pós-graduação e Mestrado

4.2 - Variável dependente

É aquela que nós pretendemos compreender e explicar, que sofre o efeito dos diferentes factores que podem afectar a prática dos enfermeiros: *nível de cuidados de prevenção dos enfermeiros* em clientes com risco de UPP no domicílio no arquipélago dos Açores.

O nível de cuidados de prevenção dos enfermeiros mediu-se através dos cuidados de prevenção que cada enfermeiro relatou efectuar num cliente em risco de desenvolver UPP, comparando-os com a os 6 tipos de cuidados – avaliação do

risco de desenvolver UPP; posicionamentos; cuidados locais à pele; utilização de dispositivos de prevenção; nutrição do cliente e educação do cliente/cuidador, que são evidenciados nas orientações de referência para este estudo. A cada tipo de cuidado, considerado necessário para a prevenção de UPP, foi colocada uma ponderação de 9 pontos, exceptuando o cuidado relativo à educação do cliente/cuidador que se ponderou com 15 pontos.

Assim, estabeleceu-se uma escala de pontuação dos cuidados de prevenção desde 0 a 60 pontos, sendo 0 os piores cuidados preventivos possíveis e 60 os melhores cuidados de prevenção. No caso de determinar alguma classificação para os cuidados, esta seria baseada na mediana dos resultados para esta variável. De modo que aqueles que se encontrem com pontuações inferiores à mediana consideram-se cuidados deficientes e aqueles que estejam acima desta, consideram-se bons cuidados.

4.3 - Variáveis independentes

Caracterizam-se por variáveis independentes todos os factores que exercem influência sobre a variável dependente: *Experiência profissional; Conhecimentos dos enfermeiros; Cuidadores implicados na prevenção de UPP; Distância dos domicílios à instituição de saúde de referência; Políticas de prevenção; Recursos humanos e Recursos materiais.*

Experiência profissional – é uma variável contínua medida pelo número de anos de serviço;

Nível de Conhecimentos – é uma variável aferida através da verificação de conhecimentos correctos dos enfermeiros de cuidados domiciliários em 23 questões sobre prevenção de UPP. Cada questão correcta corresponde a 1 ponto e, em função do número total de questões correctas, será classificado num nível de conhecimentos conforme descrito abaixo:

Pontuação inferior a 12 pontos – Conhecimentos insuficientes

Pontuação entre 13 e 17 pontos – Conhecimentos Satisfatórios

Pontuação entre 18 e 22 pontos – Conhecimentos Bons

Pontuação de 23 pontos – Conhecimentos Muito Bons

Recursos materiais – esta variável é operacionalizada pela informação obtida junto dos enfermeiros responsáveis da organização, inquirindo-os sobre o tipo e quantidade de dispositivos de alívio de pressão existentes e o número de clientes com risco de desenvolver UPP.

Recursos humanos - esta variável é operacionalizada pela informação obtida junto dos enfermeiros responsáveis da organização, inquirindo-os sobre o número de enfermeiros destacados para os cuidados domiciliários e o número de clientes com risco de desenvolver UPP.

Políticas de prevenção – esta variável é medida pela presença de protocolos de actuação e políticas específicas para a prevenção de UPP através do incentivo na formação.

Distância à instituição de saúde – esta variável é medida através da distância, em quilómetros, entre o domicílio e a instituição de saúde de referência, bem como o tipo de acessibilidades.

5 - POPULAÇÃO

A população escolhida para a realização deste estudo serão os enfermeiros que, no momento da recolha de dados, estejam a prestar cuidados domiciliários no Arquipélago dos Açores, bem como os 13 enfermeiros responsáveis das respectivas instituições de saúde. Dado que o número total de enfermeiros que actualmente trabalham em cuidados domiciliários é de 127, será incluída toda a população no estudo.

6 - INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

Um bom questionário é o que se adapta tanto à problemática que o suscitou, como aos objectivos do inquérito e às características e particularidades da população em estudo.

Os instrumentos a utilizar para a recolha de dados serão do tipo questionário. Para dar resposta à questão de investigação achou-se necessário inquirir os enfermeiros prestadores de cuidados domiciliários, bem como os enfermeiros responsáveis pela organização. Para tal, foram desenvolvidos dois questionários diferentes para cada um dos sujeitos.

Optou-se pela aplicação de questionários visto que é uma área geográfica dispersa e, assim se tratar da forma mais fácil e mais rápida de obter informação. Além disso, está-se perante uma população homogénea profissionalmente e alfabetizada, duas condições necessárias para utilizar os questionários. Este instrumento é aquele que permite obter informação descritiva e objectiva que responda aos objectivos traçados (Hill e Hill, 2000; Munn e Drever, 1995).

Na redacção de um questionário a linguagem afirma-se como a componente mais sensível e decisiva. Aqui o investigador terá que ser ágil e procurar que todos os inquiridos compreendam e, do mesmo modo, todas as questões que são colocadas. As questões devem ser claras, concisas e precisas, sem que sejam necessários complementos ou esclarecimentos adicionais, para que as respostas sejam adequadas (Fortin, 2009).

Os instrumentos de recolha de dados escolhidos, incluíram questões fechadas, que são mais fáceis de compreender, preencher, tratar, interpretar e quantificar, em contrapartida, os riscos de artificialismo, enviesamento e influência das respostas são maiores. Além destas, também foram colocadas questões abertas, nas quais a formulação e a ordem das questões foi fixa, mas foi permitido ao inquirido responder livremente.

Os instrumentos serão de preenchimento auto-administrado.

O tempo de duração necessário para o preenchimento dos questionários situou-se entre os 15 e 20 minutos para os enfermeiros responsáveis das organizações e entre 20 a 30 minutos para o questionário dos enfermeiros da prestação de cuidados. Esta duração vai de encontro ao que defende Ghiglione (1992) estimando que um questionário, quando o preenchimento ocorre em boas condições, ou seja no domicílio da pessoas ou num local tranquilo, pode ser longo, mas não deve ultrapassar os 60 minutos.

A seguir será desenvolvida a constituição de cada um dos instrumentos de recolha de dados.

6.1 – Instrumento para o enfermeiro responsável pela organização

Este instrumento visa obter informações sobre a sensibilidade da organização para a prevenção de UPP. Assim, considerou-se ser o enfermeiro responsável pela organização quem melhor poderia fornecer dados gerais sobre a actividade institucional, de forma a poder-se inferir sobre os cuidados prestados.

Este instrumento é composto por questões acerca da população abrangida pela organização; o número de clientes atendidos em cuidados domiciliários; o número de clientes com risco de desenvolver UPP e com UPP; localização e dispersão dos domicílios em relação à instituição de saúde de referência; protocolos de actuação para a prevenção de UPP e sobre os recursos humanos e materiais que a unidade de saúde dispõe no serviço domiciliário.

6.2 – Instrumento para os enfermeiros de cuidados domiciliários

Este apresentar-se-á dividido em várias secções que englobam: na primeira parte, questões sócio-demográficas e sócio-profissionais; a segunda parte enuncia questões relativas aos cuidados de prevenção; a terceira parte incide nas questões sobre a formação e conhecimentos sobre prevenção de UPP e, por fim, a quarta parte encerra-se com questões sobre a organização e a prevenção das UPP.

A elaboração deste instrumento teve como base apenas um questionário de conhecimentos sobre prevenção de UPP elaborado por Ramos (2004), que foi devidamente adaptado e modificado com a sua autorização. As questões adicionais foram elaboradas pelo investigador, decorrentes do suporte bibliográfico utilizado no referencial teórico.

6.3 – Validação dos Instrumentos de Recolha de dados

Neste estudo decidiu-se que a validação dos questionários deveria ser efectuada em dois períodos. Inicialmente pela análise crítica de peritos na área, que verificaram a pertinência de cada questão face à questão de investigação e aos objectivos do trabalho e fizeram sugestões aos mesmos. Justifica-se com a posição de Polit (2004) ao salientar que, para efectuar a validade de conteúdo de um instrumento pede-se apoio a peritos ou juízes no assunto em estudo, para analisarem os itens e assim verificarem se são representativos do universo do conteúdo.

Baseando-se na estratégia de validação de Waltz (s/d), os questionários foram enviados a dois peritos, um especialista em feridas, com estudos efectuados na área das úlceras por pressão e especificamente na sua prevenção, integrando o grupo de validação das escalas de Braden para Portugal. E um outro, que trabalha, há 22 anos, nos cuidados de saúde primários da Região Autónoma dos Açores, conhecedor da realidade local, com formação específica na área das UPP, incluindo a Pós-Graduação em Feridas e Viabilidade Tecidular, realizada em 2008.

Foram-lhes enviados os instrumentos de recolha de dados acompanhados de uma carta que versava o tema do estudo, a questão de investigação, os objectivos e as variáveis envolvidas.

Segundo Waltz (s/d), propôs-se aos dois peritos que efectuassem uma avaliação de cada questão, através de uma escala de Lickert de quatro pontos, de

Nada relevante até *Muito relevante*, classificando a relevância de cada questão. Acrescentou-se ainda um espaço relativo a *observações* para cada questão. A seguir apresenta-se um exemplo:

Q8. Nos indivíduos que considera de risco de desenvolver UPP, quais são os cuidados de prevenção que efectua?

Nada Relevante	Pouco Relevante	Relevante	Muito Relevante	Observações

Os resultados da classificação dos dois peritos para cada um dos questionários foram verificados e analisados e podem ser observados nas *Tabelas 1 e 2*

Perito 1 Perito 2	Nada Relevante / Pouco Relevante.	Relevante / Muito Relevante	Total
Nada Relevante / Pouco Relevante	2	0	2
Relevante / Muito Relevante	0	16	16
Total	2	16	18

Tabela 1 - Questionário aos enfermeiros responsáveis da organização

Índice de validade do conteúdo: $16/18 = 0,88$

Perito 1 Perito 2	Nada Relevante / Pouco Relevante.	Relevante / Muito Relevante	Total
Nada Relevante / Pouco Relevante	3	0	3
Relevante / Muito Relevante	6	56	62
Total	9	56	65

Tabela 2 – Questionário aos Enfermeiros de cuidados domiciliários

Índice de validade do conteúdo: $56/65 = 0,86$

Desta validação obteve-se um índice de validade de conteúdo dos questionários aceitável. Apresentando o questionário para os enfermeiros de cuidados domiciliários um índice de validação de conteúdo de 0,86 e o questionário para os responsáveis das organizações um índice de 0,88. Segundo Waltz (s.d.), quando o índice de concordância entre os dois se localiza entre 0,80 e 1 o instrumento apresenta validade.

Depois de realizadas as alterações sugeridas pelos peritos, foi efectuado um pré-teste. Esta etapa consiste em submetê-lo ao parecer de outras pessoas, para aferir da sua aplicabilidade e das suas limitações. Na aplicação do pré-teste tivemos particular atenção em perceber se existiam questões que se revelaram inúteis e se repetiam informação.

Este processo decorreu na Região Autónoma da Madeira, numa amostra de 10% da população envolvida no estudo, de forma a haver certificação de que o instrumento foi formulado com clareza, sem parcialidade e adequado para a obtenção das informações pretendidas. Como resultado deste pré-teste foi alterada a construção frásica de algumas questões pois as respostas não correspondiam ao pretendido e também acrescentadas hipóteses de resposta em algumas questões.

7 – PROCESSO DE RECOLHA DE DADOS

Após o pedido de autorização para efectuar o estudo em todas as organizações de cuidados de saúde primários, do Arquipélago, contactou-se o enfermeiro responsável de cada uma das organizações para indicar uma pessoa de referência para receber os questionários, distribuí-los, coordenar o preenchimento, proceder à sua recolha e ao posterior envio ao investigador.

Sempre que surgiam dúvidas no preenchimento dos questionários, ou havia um contacto directo dos inquiridos com o investigador ou, então, a informação circulava através do enfermeiro de referência.

A recolha de dados decorreu entre os meses de Maio e Julho de 2009.

8 – PROCEDIMENTOS PARA A ANÁLISE DOS DADOS

Seguidamente mostra-se o modo como foi efectuada a análise dos dados que emergiram dos inquéritos preenchidos pelos enfermeiros.

8.1 – Análise de conteúdo das questões abertas

Relativamente ao tratamento da informação resultante das questões abertas, existentes nos questionários aplicados, importa referir que, depois das respostas serem lidas e relidas diversas vezes, para apreender o sentido do todo, se procedeu à análise de dados de acordo com Streubert e Carpenter (2002). Foram atribuídos códigos às informações que compunham os discursos dos sujeitos, respeitando os enunciados por eles escritos (códigos substantivos).

À medida que se procedeu à codificação foram emergindo categorias, características e relações entre as mesmas, as quais foram agrupadas em grupos de dados, tendo em consideração a sua semelhança.

8.2 – Análise descritiva

A análise descritiva das variáveis foi realizada em função da sua tipologia. Assim:

- Variáveis quantitativas: descritas medidas de tendência central (média, mediana, valor mínimo e máximo) e de dispersão (desvio padrão).
- Variáveis qualitativas: descritas segundo percentagens.

Nas variáveis de especial interesse realizaram-se representações gráficas mediante tabelas ou gráficos de barras, dependendo do tipo de variável

8.3 – Análise Correlacional

Relativamente à análise correlacional procedeu-se à exploração de relações ou associações entre a variável dependente e as variáveis independentes, tanto através da análise bivariada. Levou-se a cabo uma análise mediante testes

paramétricos (t student para médias e Qui-quadrado para proporções). Procedeu-se para algumas variáveis à análise com testes não-paramétricos.

9 – ASPECTOS ÉTICOS

Durante todas as etapas do estudo foram assegurados os princípios éticos imprescindíveis a qualquer investigação. Assim, procedeu-se à informação de todos os sujeitos sobre as características do estudo, bem como garantidas a privacidade, a confidencialidade e o anonimato, quer dos sujeitos, quer dos dados recolhidos.

Tendo em consideração que o instrumento de recolha de dados é um questionário auto-administrado, o consentimento para a aplicação do mesmo é considerado *insinuado*, na medida em que se considera o retorno do questionário preenchido o consentimento voluntário do inquirido (Polit, 2004).

Previamente foi requerida autorização, ao autor do instrumento de medida, para adaptação do mesmo. Pediu-se também autorização à Direcção Regional de Saúde e às organizações do Arquipélago dos Açores, que participaram no estudo, para aplicação dos instrumentos de medida aos Enfermeiros intervenientes.

PARTE III – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

1- ANÁLISE DOS DADOS

1.1 - Análise qualitativa das questões abertas

Neste capítulo analisam-se as questões abertas presentes nos questionários, de forma a categorizar o conteúdo que emergiu do discurso dos inquiridos, transmitindo a realidade comunicada por estes.

Devemos referir que as categorias foram criadas *à priori* baseadas nas próprias questões por raciocínio dedutivo e no trabalho de pesquisa para o referencial teórico.

Para cada questão efectuou-se uma análise e interpretação do conteúdo de modo a conhecer as variáveis que serão alvo de análise quantitativa no capítulo seguinte.

Considera-se que a análise pressupõe um tratamento dos dados que os classifica em categorias, temas ou conceitos. Por conseguinte, os dados recolhidos serão submetidos a uma análise de conteúdo (Moltó, 2002).

A análise de conteúdo realizada ao nível das respostas dos enfermeiros, oferece a possibilidade de tratar, de forma metódica, informações e testemunhos sobre a prática, que apresentam um certo grau de profundidade e de complexidade (Quivy e Campenhoudt, 1997).

Factores de risco de desenvolver UPP

<u>Categorias</u>	<u>Sub-Categorias</u>	<u>Unidades de Registo</u>
Factores de risco intrínsecos	Condição física	“Grau de mobilidade”, “mobilidade limitada”, “actividade”, “limitações físicas”
	Alterações neurológicas	“Estado de consciência”; “capacidade de reacção a

		estímulos”, “orientação espaço-temporal”; “percepção sensorial”
	Idade	“Idade”
	Incontinência	“Incontinência urinária”; “Incontinência fecal” “Incontinência fecal e urinária”
	Nutrição	“Desnutrição”; “alimentação adequada”; “estado nutricional”; “regime alimentar”; “hidratação”
	Medicação	“Sedativos”
	Patologias associadas	“Antecedentes patológicos”, “doenças associadas”
Factores de risco extrínsecos	Superfícies de apoio	“Recursos adequados”; “tipo de colchão”; “roupa da cama”; “superfícies de contacto”
	Humidade	“Humidade”
	Pressão	“Pressão”
	Fricção	“Fricção e forças de deslizamento”

Quadro 1 – Factores de risco de desenvolver UPP

Quando questionados sobre os factores de risco valorizados, os enfermeiros referiram alguns intrínsecos ao cliente e outros que, embora sejam coadjuvantes no desenvolvimento das UPP, são externos ao mesmo. A abordagem dos enfermeiros vai de encontro ao que diferentes autores defendem acerca das duas categorias de factores de risco para desenvolver UPP (EPUAP, 1998; Verdú, 2005; Dealey, 2006; Martinez, 2008).

Assim, relativamente à categoria factores de risco intrínsecos emergiram sete sub-categorias. A *condição física* onde se inserem as unidades de registo “grau de mobilidade” e “limitações físicas”, que é reflectida por Bliss (1990) e Margolis; Berlin, J. ; Strom, B., 2003.

As *alterações neurológicas* foi outra das sub-categorias que surgiu da questão efectuada, onde se integrou o “estado de consciência”, a “percepção sensorial” e “orientação espaço-temporal”. Norton et al (1962); Delaunois (1991); Fuentes (2000) e Gonçalves (1996) são autores que defendem a inclusão das alterações neurológicas como um factor a ter em consideração na avaliação do risco de desenvolver UPP.

A *idade*, considerada importante pelos enfermeiros da RAA, já o tinha sido por autores como Bliss (1990) e Margolis; Berlin, J. ; Strom, B., (2003) quando afirmaram que esta é um factor de risco a ponderar.

Como sub-categoria dos factores intrínsecos também se constatou a *incontinência*, quando referiram que, quer a “incontinência urinária”, quer a “incontinência fecal”, eram factores potenciadores de desenvolvimento de UPP, alvos de preocupação também enunciados por Norton et al (1962); Ferrel et al (2000) e Schue e Langemo (1999).

Os aspectos relativos à nutrição também foram realçados pelos inquiridos quando se referiam à verificação do “regime alimentar”, “alimentação adequada” e “hidratação”, bem como a aspectos subjacentes ao “estado nutricional”. Autores como Ek (1989), Delaunois (1991), Guenter et al (2000) e Williams; Stotts, N.; Nelson, K. (2000) evidenciam a importância da vigilância deste aspecto.

A medicação realizada pelos clientes foi também uma das sub-categorias emergentes, especificamente “os sedativos” como alvo de atenção dos enfermeiros. Esta é um tipo de medicação que Fuentes (2000) e Gonçalves (1996) constataam como factor que influencia no desenvolvimento de UPP.

A última sub-categoria a emergir nesta categoria foi a das *patologias associadas*, tendo em conta os “antecedentes patológicos” e as “doenças associadas” que os enfermeiros referiram ser necessário conhecer para os clientes em risco de desenvolver UPP. Factor este que é defendido como necessário controlar por Norton et al (1962); Delaunois (1991); Gonçalves (1996) e Fuentes (2000).

Na categoria factores de risco extrínsecos emergiram quatro sub-categorias.

A existência de *superfícies de apoio* para alívio de pressão nos clientes em risco, tal como nos alerta Fuentes (2000); Anaya et al (2000) e Versluisen (2000), foi referenciada como uma preocupação dos enfermeiros face ao desenvolvimento de UPP, quer seja na utilização de “recursos adequados”, quer na existência de “superfícies de contacto” para dar resposta às necessidades dos clientes.

Como sub-categoria emergiu também a *humidade* que, na perspectiva dos autores acima referidos, deve atrair a atenção dos enfermeiros, como um factor predisponente.

A *pressão* e a *fricção ou forças de deslizamento* foram duas sub-categorias alvo de despiste pelos inquiridos, na medida em que são duas das principais

causas etiológicas para emergir a UPP, o que vai de encontro ao que profere Dealey (2006), a respeito destes dois factores.

Avaliação de risco de desenvolver UPP

<u>Categorias</u>	<u>Unidades de Registo</u>
Formal	“Escala de Braden”
Informal	“Observação directa do individuo”; “conhecer a idade”; “avaliação de factores de risco”; “avaliação do estado de consciência”, “avaliação do grau de dependência”, “avaliação do estado nutricional”, “avaliação da mobilidade”, “avaliação da integridade da pele”, “recursos de prevenção disponíveis”; “ter atenção às patologias do doente”; “se está acamado”; “presença de humidade”; “zonas ruborizadas”
Formal e Informal	

Quadro 2 – Avaliação de risco de desenvolver UPP

A avaliação do risco de desenvolver UPP é uma intervenção diagnóstica e preponderante para delinear cuidados de prevenção adequados para cada indivíduo. Segundo a literatura, esta poderá ser efectuada pelo enfermeiro de duas formas: formalmente, utilizando uma escala de avaliação de risco validada, no caso de Portugal as mais usuais são a de Braden e a de Norton; ou informalmente, baseada no juízo clínico do enfermeiro, onde conjuga o seu saber, experiência, conhecimento do cliente e a sua envolvência (Bale; Tebble N; Jones V.; Price P., 2004).

Proveniente da análise, às formas de avaliação de risco dos enfermeiros da RAA, emergiram três categorias que compreendem a avaliação formal do risco, avaliação informal do risco e a conjugação de ambas. Na categoria de avaliação formal do risco a única unidade de registo verificada foi “Escala de Braden”. Para a categoria avaliação informal do risco, os enfermeiros relataram que a efectuavam

recorrendo à “observação directa do indivíduo”, “avaliação dos factores de risco”, “avaliação da integridade da pele”, verificar se há “zonas ruborizadas”, entre outras.

Cuidados de prevenção de UPP

<u>Categorias</u>	<u>Unidades de Registo</u>
Avaliação de risco	“Avaliar o risco”; “aplicar escala de Braden”
Cuidados à pele	“Verificar as proeminências ósseas”; “avaliar áreas ruborizadas”; “secar a pele”; “manter a pele seca”
Posicionamentos	“Mobilizações”; “mudança de posição”
Dispositivos de alívio de pressão	“Utilizo colchões de pressão alterna”; “almofadas de protecção”; “calcanheiras”
Nutrição	“Questionar sobre a alimentação do doente”; “avaliação do estado nutricional”; “necessidade de aporte proteico”; “estimular a ingestão hídrica”
Educação do cliente/cuidador	“Educação para a Saúde ao cliente (quando possível) e cuidador”; “identificar o cuidador”; “delegar funções ao cuidador”; “Informação sobre os cuidados de prevenção”; “informar sobre os factores de risco”; “informação sobre material de prevenção”

Quadro 3 – Cuidados de prevenção de UPP

Como enunciado no referencial teórico, os factores de risco de desenvolver UPP podem ser inúmeros. Assim, os cuidados de prevenção, tendo como

pretensão máxima a diminuição da acção destes factores, poderiam apresentar também uma vasta abrangência.

A nível dos cuidados de prevenção efectuados, do discurso dos inquiridos resultaram seis categorias: avaliação do risco; cuidados à pele; posicionamentos; dispositivos de alívio de pressão; nutrição e educação do cliente/cuidador. Estas categorias, definidas à priori, coincidem com os tipos de cuidados enunciados nas guidelines de referência para este estudo (Servicio Andaluz de Salud, 2007).

A categoria avaliação de risco de desenvolver UPP e que se refere à forma de diagnóstico do risco, ao qual cada cliente está exposto, foi referida pelos enfermeiros nas unidades de registo: “avaliar o risco” e “ aplicar a escala de Braden”.

A “avaliação do risco” é a identificação dos clientes que necessitam de medidas de prevenção e a detecção dos seus factores de risco específicos (Bergstrom e Braden, 1992). Lyder e Van Rijswijk, L., (2005), defende ser necessário para a avaliação do grau de risco a utilização de uma forma sistemática: uma escala validada de avaliação de risco de UPP. Por outro lado, VandeBosch et al, 1996 defende que em vez de se utilizarem escalas indicadas para o efeito, é frequentemente substituído por juízos clínicos subjectivos das enfermeiras, apesar deste método ainda não ter sido validado.

No que concerne à unidade de registo “escala de Braden”, uma das recomendações para a prática clínica é efectuar uma avaliação de risco sistemática, através de escalas validadas, como por exemplo a escala de Braden (Bergstrom e Braden., 1992; Best Practice, 1997; Research Dissemination Core, 2002, The Nursing Best Practice Guideline, 2003).

A categoria cuidados à pele integra todos os tipos de cuidados e vigilâncias inerentes ao órgão de revestimento do corpo.

Nesta categoria surgiram como unidades de registo “verificar as proeminências ósseas”, “avaliar áreas ruborizadas” e “secar a pele”.

Segundo evidências recentes da EPUAP e NPUAP, 2009, na observação da pele, é necessário ter especial atenção ao eritema não branqueável como sinal de alarme para o desenvolvimento de UPP, que se caracteriza por uma área ruborizada na pele que persiste quando pressionada momentaneamente e se mantém após o alívio.

Esta observação deverá ter abrangência à totalidade corporal, no entanto deverão ser alvos de maior atenção as proeminências ósseas (Martinez, 2008).

Outro aspecto realçado pela Wound Ostomy (2003) e a Continence Nurses Society (2003), é a presença de humidade na pele, principalmente se esta é causada por fezes ou urina, pois esta torna-se mais vulnerável aos efeitos da fricção e da pressão do que quando se apresenta seca.

Relativamente à categoria posicionamentos, onde se inserem as unidades de registo “efectuar posicionamentos”, “mobilizações” e “mudanças de posição” constatamos que este é um cuidado de prevenção evidenciado pelos enfermeiros e que é recomendada, principalmente na opinião de peritos, visto que as evidências científicas são limitadas (NICE, 2001).

A utilização de dispositivos de alívio de pressão surge como categoria traduzida nas seguintes unidades de registo: “colchões de pressão alterna”; “almofadas de protecção e calcanheiras”. A utilidade dos dispositivos referidos é justificada pela opinião de Martinez (2008), quando afirma que as superfícies dinâmicas actuam mediante um processo de alternância, que faz variar a pressão que se produz sobre as zonas de apoio. Também Cullum; Mcinnes E, Bell-Syer Sem, Legood R., (2004), se referem aos dispositivos estáticos como indicados para aumentar a zona de contacto do paciente, de forma a que, ao aumentar a superfície, diminuem a pressão. Aqui incluem-se os revestimentos e todos os materiais de ar, espuma, poliuretano, gel, silicone e água. São ideais para pacientes com baixo risco de desenvolver úlceras por pressão.

Centrando-nos na categoria nutrição, emergem as unidades de registo de “questionar sobre a alimentação do doente”, “avaliar o estado nutricional” e “estimular a ingestão hídrica”.

O estado nutricional e os aspectos relativos a uma boa alimentação do cliente devem ser avaliados pelo enfermeiro de cuidados domiciliários, pois é um aspecto protector no desenvolvimento das UPP. Quando o organismo está em défice de aporte nutritivo, a capacidade de auto-regeneração é deficiente. Por outro lado, a mal nutrição tem implicações na capacidade de resposta do sistema imunológico, potencia a redução da mobilidade, a apatia e a própria depressão, factores estes que estão directamente relacionados com o desenvolvimento de UPP (Oliver, 1994).

Por fim, da categoria educação do cliente/cuidador emergem as seguintes unidades de registo: “identificação do cuidador”, “ educação para a saúde ao cliente (quando possível) e ao cuidador”, “delegar funções ao cuidador”, “informação sobre cuidados de prevenção, factores de risco e material de prevenção”.

Considerando que o cuidador é o prolongamento do profissional de enfermagem no domicílio, é importante que o enfermeiro o instrua e capacite para desempenhar um papel na prevenção o mais eficiente possível. Deste modo, é uma responsabilidade prioritária para a enfermagem assegurar-se que os cuidadores informais têm o conhecimento e a habilidade de assegurar o protocolo de prevenção (Maklebust e Sieggreen, M., 2001). Também Martinez (2008), afirma que a educação dos clientes/cuidadores, deve começar imediatamente aquando da primeira visitação de identificação do cliente e devem ser integrados no processo de planificação, execução e avaliação dos cuidados de prevenção.

Protocolos de prevenção

Categoria: Escala de Braden

Cada vez mais é evidenciado por diversos autores a necessidade de estabelecer protocolos e guias de actuação, no sentido da orientação e uniformização das práticas. Verdú (2005), defende o desenvolvimento de directrizes, recomendações e guias de prática clínica para este efeito, baseadas na melhor evidência. Assim, considerando a avaliação de risco como um cuidado integrado nestes protocolos, verificámos que a escala de Braden se torna numa parte integrante dos mesmos, sendo ela um instrumento formal com validação efectuada.

Factores que influenciam os cuidados de prevenção

<u>Categorias</u>	<u>Unidades de Registo</u>
Material de prevenção	“Tipo de material”; “fornecer colchões aos doentes que necessitam”; “existência de material de prevenção na organização”
Formação na área	“Formação dos enfermeiros”
Número de enfermeiros suficiente	“Disponibilidade de pessoal para as visitas domiciliárias”
Frequência das visitas domiciliárias	“Visitas domiciliárias diárias”

Implicação dos cuidadores	“Ensinos efectuados aos cuidadores”; “formação uniforme aos cuidadores”
Parceria com outros profissionais	“Multidisciplinaridade”, “recurso ao médico e nutricionista”
Políticas institucionais	“Responsabilidade incutida pela organização na prevenção”; “apoio à formação dos enfermeiros”

Quadro 4 - Justificação para os cuidados na instituição serem adequados

<u>Categorias</u>	<u>Unidades de Registo</u>
Material de prevenção	“Falta de material preventivo”; “falta de material informativo”
Recursos Humanos	“Falta de recursos Humanos”; “número de enfermeiros insuficiente para a população de risco”; “falta de nutricionista”
Tempo para prevenção	“Falta de tempo dos profissionais”; “Utiliza-se mais tempo noutros cuidados”
Formação na área	“Ausência de formação na ilha e na organização sobre prevenção”; “Pouco investimento na formação”
Protocolos de prevenção	“Não existência de protocolos”

Quadro 5 - Justificação para os cuidados na organização não serem adequados

Efectuando uma análise global destas duas questões visto que, em ambas, existem as mesmas categorias, mas que produzem efeitos inversos, em função da sua presença ou ausência.

Assim, reflectindo sobre a categoria formação em prevenção de UPP que está presente nas duas questões, esta é evidenciada como um factor benéfico para a prevenção, quando é uma aposta, tanto dos enfermeiros como das organizações, mas que poderá ser uma limitação nos cuidados quando esta não é efectuada. O desenvolvimento profissional constante e uma aprendizagem ao longo da vida são conceitos bem estabelecidos para uma melhoria dos cuidados

de saúde e é promovido um contínuo e actualizado processo de aprendizagem e aplicação na prática (Peck, 2000). De acordo com estudos efectuados, os enfermeiros que frequentaram um programa de formação, sobre prevenção de UPP, aumentaram os seus níveis de conhecimento, ao contrário dos outros enfermeiros que não o fizeram (Pancorbo; Garcia F.; Lopez I.; e Alvarez-nieto C., 2006).

Ao nível da categoria material de prevenção verificamos que a existência de material de prevenção suficiente para dar resposta aos clientes em risco de desenvolver UPP é um factor realçado como potenciador da prevenção que as organizações apresentam. Quando se constata que há um déficite de recursos materiais, este factor torna-se limitativo para uma boa resposta das organizações.

Estes dispositivos são considerados, segundo as evidências disponíveis, elementos convenientes tanto para a prevenção como para o tratamento de clientes em risco ou portadores de UPP (Torra i Bou, Rueda J, Cantón R., 2000). Vários autores afirmam, ainda, que há evidências que indicam uma melhoria dos indicadores epidemiológicos de UPP relacionada com o aumento da disponibilidade de superfícies de redução da pressão (Rodríguez, 2004; Ramón; Salvador C; Torra I Bou J., 2000; Gebhardt; Bliss Mr.; Winwright P.; Thomas J., 1996; Herrero e Ordoño C., 2004; McKeeney, 2004).

Em relação aos recursos humanos devemos evidenciar o mesmo princípio verificado nos recursos materiais em que, a maior ou menor disponibilidade dos mesmos, são factores decisivos no acompanhamento dos clientes em risco de desenvolver UPP. Baseando-nos em Dopieralda (2007), o aumento da prevalência de UPP é, muitas vezes, resultado do número reduzido de profissionais em função da carga de trabalho que têm que dar resposta, pois a nível dos cuidados domiciliários o acompanhamento é efectuado através de visitas domiciliárias, e a sua frequência é instaurada em função dos recursos humanos existentes.

Ainda com base na opinião de Dopieralda (2007), justificámos uma categoria que emergiu do discurso dos sujeitos como uma mais valia no processo de prevenção de UPP, e que se refere à frequência das visitas domiciliárias dado que estas estão condicionadas pela quantidade de recursos humanos existentes e que quanto maior for a sua frequência mais efectivo será o acompanhamento aos clientes e aos cuidadores no domicílio.

Ainda conjugado com esta problemática, surge a categoria de tempo para prevenção de UPP como factor diminutivo para a prevenção que, como se denota num estudo efectuado por Palma (1997), existem obstáculos tais como a falta de

tempo, a pressão assistencial, a carga de trabalho e o reduzido número de pessoal, que fazem com que seja inevitável a aparição de complicações. Também Price (2004) verificou que as principais barreiras para efectuar uma prevenção adequada e individualizada eram a falta de tempo e a escassez de recursos humanos.

Outro factor enunciado pelos enfermeiros que resultou como positivo para a prevenção de UPP foi a parceria com outros profissionais que na óptica de Berlowitz et al (1996), a prevenção terá maior sucesso se for implementada com a integração de toda a equipa multidisciplinar: o fisioterapeuta, o enfermeiro, o médico, o enfermeiro de reabilitação, nutricionista e assistente social. Esta acção conjunta permite uma maior abrangência, tendo em conta as necessidades que cada indivíduo apresenta.

Nos cuidados domiciliários, face a algumas condicionantes anteriormente enunciadas, o cuidador informal torna-se num excelente “instrumento” de trabalho, com o qual o enfermeiro poderá e deverá integrar na prestação de cuidados. Assim, a implicação dos cuidadores informais foi outra categoria que surgiu como potenciador dos cuidados de prevenção de UPP. Este aspecto é relevado por Maklebust e Sieggreen, M. (1999), quando afirmam que nos cuidados domiciliários a participação de um cuidador informal, na prevenção de UPP, é fundamental para a continuidade da prevenção. Deste modo e como já referido anteriormente, é uma responsabilidade prioritária para a enfermagem assegurar-se que os cuidadores informais têm o conhecimento e a habilidade de assegurar o protocolo de prevenção. A participação do cliente e família deverá ser incrementada, promovendo o direito à participação e à tomada de decisão sobre os seus cuidados, sendo, para isso, necessário, conhecimentos para optarem de forma responsável em prol de comportamentos saudáveis (Pipier, 1998)

As políticas institucionais são enunciadas aqui como uma categoria com benefícios para a prevenção, na medida em que incutem responsabilidade aos enfermeiros para a prevenção de UPP e os incentivam para a formação na área.

A política da organização de saúde torna-se determinante, não só quanto à definição de padrões de qualidade, mas também a nível dos factores motivadores dos seus profissionais, na medida em que, se por um lado apresenta uma linha orientadora na prestação de cuidados, por outro contribui para uma estimulação para a realização desses cuidados (Calianno, 2007). Também Halfens e Eggink (1995:22) se referem à necessidade de incentivo das organizações a estes aspectos e reportam-se ao exemplo das escalas de avaliação de risco “apesar dos

estudos científicos efectuados, nem todos os profissionais que atendem a doentes em risco de padecer de úlceras de pressão utilizam de maneira sistemática as escalas de avaliação ou outras medidas resultado da investigação, quer seja por falta de conhecimento das mesmas, quer seja por falta de contextos que propiciem o uso metódico como os protocolos, programas ou guias de prática clínicas específicas”.

Por último e na linha de reflexão sobre as políticas de prevenção, emergiu a categoria protocolos de prevenção como suporte inexistente para uma prevenção uniforme e orientada dos enfermeiros. Verdú (2005), indica os protocolos como necessários na prática de cuidados preventivos de UPP através do desenvolvimento de directrizes, recomendações e guias de prática clínica. Buss (2004), alerta, ainda, para a necessidade da existência destes instrumentos e, se possível, baseados pela evidência, quando diz que o conhecimento utilizado na prática diária deve procurar fundamentar-se em protocolos ou princípios científicos actualizados para justificar a acção.

Tipos de dispositivos de alívio de pressão

<u>Categorias</u>
Colchão de Pressão alterna
Colchão Estático
Almofada de espuma
Espuma hidrofílica
Creme hidratante
Calcanheiras
Camas articuladas
Pele de carneiro sintética

Quadro 6 – Tipos de dispositivos de alívio de pressão

A disponibilidade dos recursos materiais é um factor que influencia na qualidade da prática clínica na prevenção de UPP. A sua escassez é identificada pelos profissionais de enfermagem como uma das principais causas, que dificultam a aplicação de cuidados de prevenção com qualidade (Wilkes, 1996; Panagiotopoulou, 2002). Pelo que reflecte a análise, às respostas dadas às questões efectuadas, aos enfermeiros responsáveis das organizações, estes dispositivos estão ao dispor dos enfermeiros.

As categorias Colchão de pressão alterna, Colchão estático, Almofada de espuma, Espuma hidrofílica, Calcanheiras e Creme hidratante são reconhecidas por diversos autores como dispositivos intervenientes e necessários para uma prevenção de UPP mais eficaz (Inman, 1993; Torra i Bou, Rueda J, Cantón R., 2000; Cullum; Mcinnes E, Bell-Syer Sem, Legood R., 2004; Lyder e Van Rijswijk, L., 2005 e Martinez, 2008).

Por outro lado, as categorias Pele de carneiro sintética e camas articuladas transmitem um conhecimento destorcido dos diferentes tipos de materiais de prevenção. Pois a EPUAP e NPUAP (2009), referem que as superfícies de pele de carneiro sintética mostram-se desadequadas neste tipo de cuidados. Quanto às camas articuladas não se podem considerar material de prevenção, na medida em que não estão em contacto directo com o corpo do cliente, pelo que são uma estrutura de suporte dos dispositivos de alívio de pressão.

1.2 - Análise quantitativa dos dados

Os resultados que se apresentam referem-se às análises estatísticas de cada variável presente no estudo de forma a corresponder aos objectivos a que nos propusemos atingir.

Caracterização da população

Dos profissionais de enfermagem que responderam aos questionários 80,8% dos casos eram mulheres e apresentavam uma média de idade de $31,35 \pm 6,77$ anos (mediana = 29, extremos = 24-58) No que respeita à sua formação académica, 96,0% tinham licenciatura e a categoria profissional que ostentam encontra-se na seguinte tabela:

Categoria Profissional	%
Enfermeiro Nível 1	53,5
Enfermeiro Graduado	45,5
Enfermeiro Especialista	1
Total	100

Tabela 3 – Categoria profissional

Relativamente ao seu tempo de experiência profissional, em média trabalham desde $7,57 \pm 6,40$ anos (mediana = 5, extremos = 1-35). Na tabela seguinte encontra-se o tempo de serviço agrupado por categorias, onde se observa que 72,7% dos profissionais apresentam menos de 10 anos de serviço, o que indica, tendo em conta a sua idade, que se trata de uma população de enfermeiros relativamente jovem.

Experiência Profissional (anos)	%
1-5	52,2
6-10	20,2
11-15	17,2
16-20	5,1
21-25	4,0
26-30	1,3
31-35	1,0
Total	100

Tabela 4 – Experiência profissional

- Aspectos profissionais

No que se refere às prioridades e ao lugar que ocupa a prevenção de UPP entre as pessoas inquiridas, os dados observam-se na tabela seguinte:

	Vigilância Sinais Vitais (%)	Prevenção de UPP (%)	Tratamento de Feridas (%)	Administração de Medicação (%)	Educação para a Saúde (%)
Primeira	6,1	15,2	24,2	6,0	48,5
Segunda	8,1	50,5	14,1	15,2	10,1
Terceira	26,3	21,2	23,2	12,1	16,2
Quarta	35,3	10,1	16,2	25,3	12,1
Quinta	23,2	2,0	21,3	40,4	12,1
Não respondeu	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Total	100	100	100	100	100

Tabela 5 - Caracterização do tipo de cuidados em função da prioridade atribuída

Sendo enfermeiros comunitários, a primeira prioridade, como era de esperar, é remetida para a educação para a saúde. Não obstante, a tabela oferece-nos mais informação. De modo que se agruparmos as prioridades de primeira e segunda opção, a prevenção de UPP é abrangida por 65,7% de todos os enfermeiros e a educação para a saúde os 58,6%. Portanto, são estes dois

elementos que têm maior prioridade e, assumimos, que ambos estão relacionados e intimamente relacionados com as intervenções um enfermeiro de cuidados comunitários como são a prevenção e a educação da população em matéria de saúde.

Na sequência da sensibilidade para o problema, quando questionados sobre a importância que colocam aos cuidados preventivos de UPP, 100% da população indica que lhe dá a maior importância.

Ainda relativo aos aspectos profissionais na prevenção de UPP, os enfermeiros foram questionados sobre quais os intervenientes que apresentam responsabilidades neste tipo de prevenção, emergindo os resultados abaixo indicados:

Intervenientes	%
Enfermeiro	100
Cuidador Informal	92,9
Cliente	57,6
Nutricionista	17,2
Médico	15,2
Outro (Fisioterapeuta)	4

Tabela 6 - Responsabilidade na prevenção de UPP

Entre profissionais de saúde e intervenientes com papel privilegiado na prevenção de UPP nos serviços domiciliários, 100% da população em estudo evidenciou o Enfermeiro como responsável, seguiu-se o cuidador informal com 92,9% dos inquiridos a indicarem-no como interveniente responsável. Constatamos assim, que todos os enfermeiros consideram que a sua classe detém um contributo relevante na prevenção das UPP e também a pertinência de envolver o cuidador informal nestes cuidados.

Políticas de prevenção das instituições

Para analisar as políticas de prevenção das instituições recorreremos aos dois questionários aplicados. Segundo os dados recolhidos junto dos enfermeiros responsáveis pelas instituições constatámos que em apenas 8,7% das mesmas existem protocolos de prevenção, percentagem que não se distancia muito dos 13,1% que referem os enfermeiros da prestação de cuidados.

Quando questionados sobre existência de alguma escala de avaliação de risco de desenvolver UPP implementada na instituição, apenas 21,7% dos enfermeiros de cuidados domiciliares evidenciam a sua existência, sendo a Escala de Braden a única utilizada.

A aposta na formação sobre prevenção de UPP foi outro aspecto analisado neste estudo, do qual a tabela abaixo indica o papel da instituição no incentivo dos seus profissionais à participação:

Formação	%
Incentivada pela instituição	21,7
Critério pessoal dos enfermeiros	52,2
Ambas	26,1
Total	100,0

Tabela 7 - Incentivo da instituição na formação em prevenção das UPP

Pelos dados subjacentes verificamos que a formação em prevenção de UPP é maioritariamente um critério pessoal de cada enfermeiro com 52,2%.

Recursos materiais e humanos da Instituição

Os dados provenientes dos enfermeiros responsáveis pelas instituições relativos aos materiais de prevenção de UPP, como se pode observar na tabela, indicam-nos que a percentagem de instituições que apresentam recursos materiais é muito baixa. O dispositivo que se apresenta com maior frequência é o colchão de pressão alterna, mas em apenas 30,8% das instituições. Verifica-se também a existência de materiais inadequados para a prevenção de UPP (pele de carneiro), bem como material que não tem aplicabilidade na prevenção de UPP (camas articuladas).

Material de prevenção	Instituição (%)
Colchão de Pressão alterna	30,8
Colchão Estático	23,1
Almofada de espuma	23,1
Espuma hidrofílica	23,01
Pele de carneiro	7,7
Creme hidratante	15,4
Calcanheiras	15,4
Cama articulada	7,7

Tabela 8 - Dispositivos de alívio de pressão por instituição

Além do que se verifica anteriormente, podemos também constatar que os dispositivos de alívio de pressão que as instituições de saúde dispõem não são suficientes para o número de clientes em risco que se encontram na sua área de abrangência. O que pode ser verificado na tabela que se segue:

Centros de Saúde (CS)	Clientes risco (Fi)	Material de prevenção			
		Colchão pressão alterna (Fi)	Colchão estático (Fi)	Almofadas (Fi)	Calcanheiras (Fi)
CS Praia da Vitória	76	1	0	0	0
CS A. do Heroísmo	111	0	0	QNR	0
CS SC Flores	34	16	0	0	3
U.L.S. Pico	103	0	9	58	0
CS Nordeste	2	0	0	0	0
CS Vila do Porto	12	10	0	20	0
U.L.S. S. Jorge	7	2	QNR*	0	0
CS Ribeira Grande	61	0	0	0	QNR
CS V. F. do Campo	11	0	0	0	0
CS Horta	52	0	0	0	0
CS Graciosa	8	0	0	0	0
CS P. Delgada	226	0	0	0	QNR
CS Povoação	5	0	QNR	0	0
Total	708	28	9	78	3

Tabela 9 - Material de prevenção face ao número clientes que apresentam risco de UPP

* Quantidade Não Referida

Das 13 organizações, pode dizer-se que numa delas a totalidade dos clientes em risco está abrangida por um único dispositivo de alívio de pressão. Em 2 delas, mais de 50% dos clientes com risco apresentam um dispositivo de prevenção. Realçamos o facto de que numa instituição existem colchões de pressão alterna para 83,3% dos clientes em risco. As almofadas não se podem considerar suficientes visto que para efectuar uma prevenção de UPP efectiva é necessário mais que uma almofada para cada cliente.

Referente aos dispositivos de alívio de pressão, questionámos os enfermeiros de cuidados domiciliários se os dispositivos que a instituição auferia eram suficientes para dar resposta aos clientes em risco, e 62,6% destes respondeu negativamente. Foram ainda questionados sobre a percentagem de clientes com risco de desenvolver UPP que dispunham deste tipo de material (independentemente de pertencer ao próprio ou à instituição) emergindo os seguintes dados:

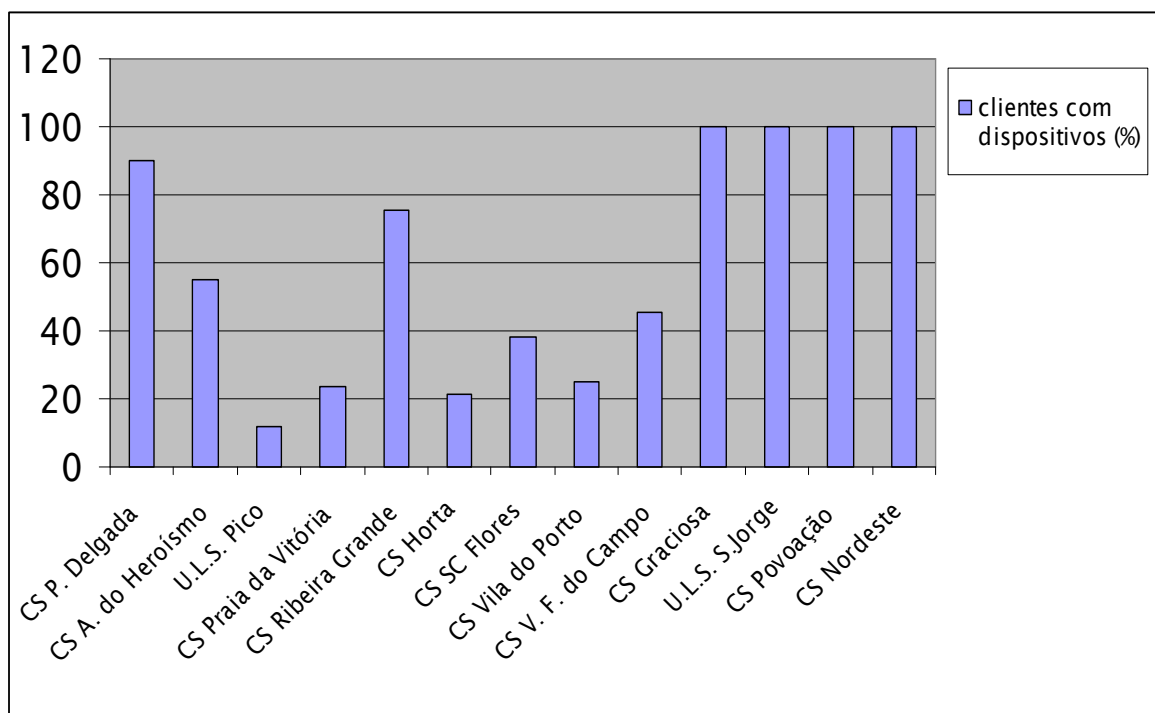


Gráfico 1 - Clientes com dispositivos de prevenção

Em termos gerais 55,85% da população de risco de desenvolver UPP está abrangida por dispositivos de alívio de pressão. No entanto, com uma análise mais cuidada, os dados do gráfico indicam-nos que as instituições de menores dimensões apresentam uma capacidade de resposta ao nível de dispositivos de prevenção de 100%, seguem-se as instituições de maiores dimensões com percentagens de população abrangida superior a 50%. Podemos afirmar que as instituições extremas - com menor ou maior população abrangida e consequentemente de risco - conseguem dar uma melhor resposta em recursos materiais do que as instituições de abrangência populacional de risco intermédia.

Os recursos humanos, traduzidos pelo número de enfermeiros que presta cuidados domiciliários, foram enunciados por 51,5% dos enfermeiros como suficientes para a prestação de cuidados de prevenção adequados face aos clientes em risco de desenvolver UPP. Assim, a tabela que se segue apresenta o rácio de clientes com risco de desenvolver UPP por enfermeiro.

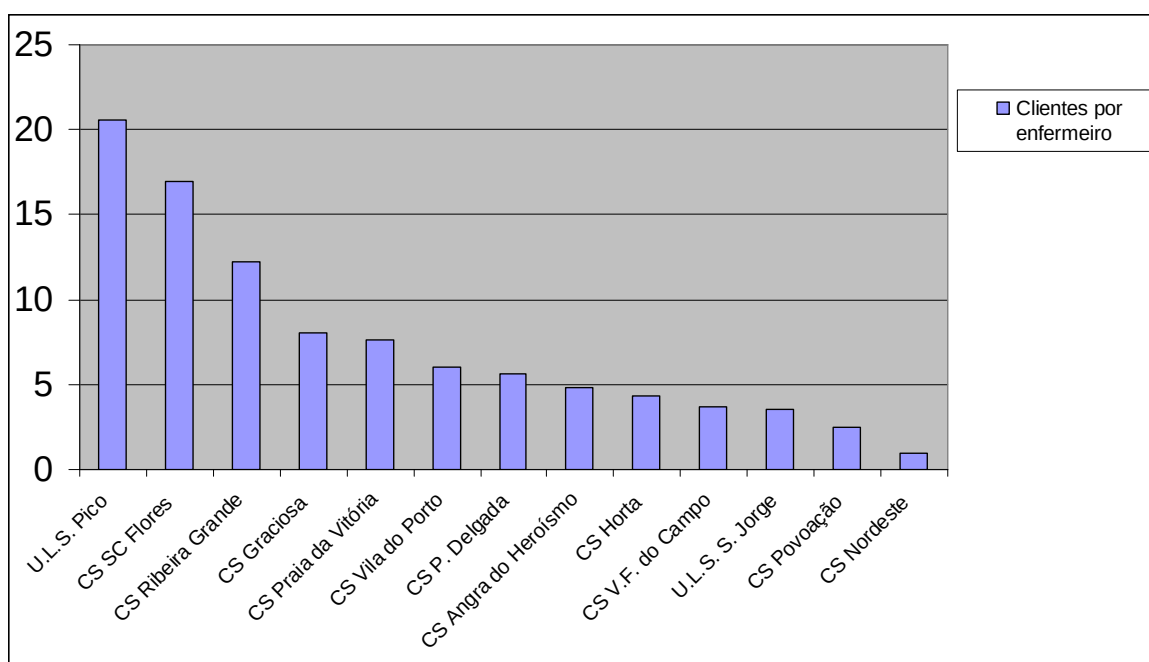


Gráfico 2 - Recursos humanos face à população de risco por instituição

As instituições com menos clientes em risco de desenvolver UPP são as que maior capacidade de resposta poderão dar em termos de recursos humanos, por coincidência, estas instituições são aquelas que em termos populacionais apresentam uma menor abrangência.

Tendo em conta o rácio médio de 6,49 clientes por enfermeiro, verificámos que as instituições de apresentam maior número de clientes em risco de desenvolver UPP também se apresentam com um rácio aproximado ao médio.

Tempo para a prevenção

Os enfermeiros da RAA utilizam, em média, 21 minutos para a prevenção de UPP nos seus clientes (mediana=20, extremos= 4-60). Na tabela anexa, pode-se observar que a maioria dos enfermeiros (66%) utilizam entre 15 e 30 minutos para este cuidado. Quando se lhes pergunta se consideram que o tempo que utilizam é suficiente para a prevenção, 60,6 referem que não é suficiente para realizar esta actividade de uma forma adequada. A justificação principal apresentada para a falta de tempo é o número de visitas domiciliárias diárias com 31,3%. A falta de recursos humanos apresenta-se como a segunda causa desta limitação com 25,3%, seguindo-se a motivação do prestador de cuidados e a falta de transporte com 15,2% e 12,1%, respectivamente.

Tempo de prevenção (minutos)	%
4	1,0
5	5,1
10	19,2
13	1,0
15	20,2
20	17,2
25	2,0
30	25,3
35	1,0
40	1,0
60	5,1
Total	98,0
Missing 120	2,0
Total	100,0

Tabela 10 - Tempo utilizado para a prevenção de UPP por cliente

Distância do domicílio à instituição de saúde

Na tabela que se segue, pode-se observar a distribuição dos clientes em risco de desenvolver UPP pelas distâncias previamente estabelecidas. Verifica-se que a maioria (39,1%) dos clientes se encontra a mais de 10Km da instituição de saúde de referência.

Distância	% de clientes em risco
0 a 1 Km	18,9
1 a 5 Km	26,9
5 a 10 Km	15,1
+ de 10 Km	39,1
Total	100

Tabela 11 - Número de visitas tendo em conta a distância do posto de saúde

Considerando que a cada enfermeiro de cuidados domiciliários foi questionado o número de visitas domiciliárias semanais efectuadas tendo em conta as distâncias estabelecidas do centro de saúde ao domicílio do cliente, estas demonstram-se no gráfico seguinte:

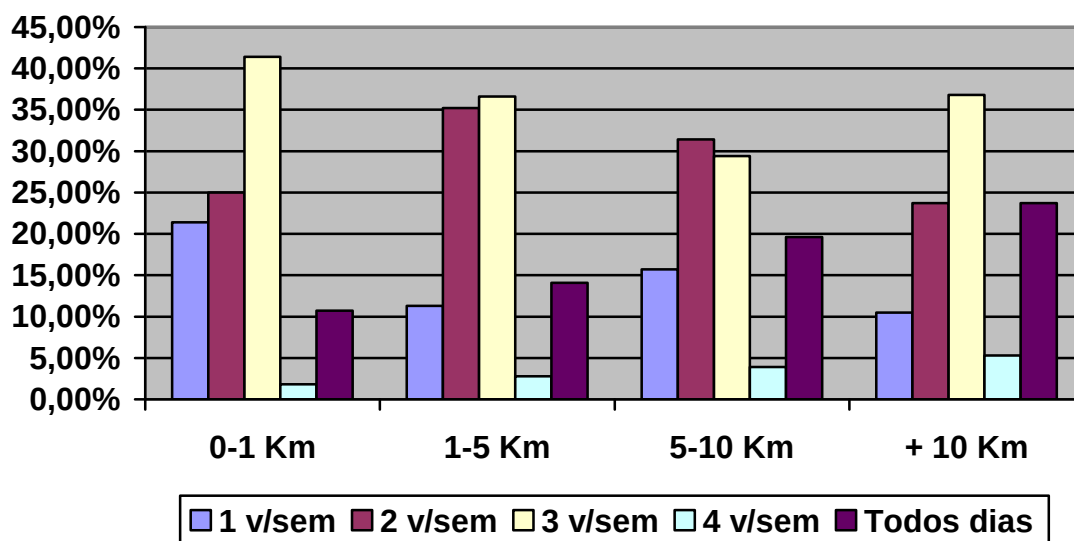


Gráfico 3 - Número de visitas domiciliárias em função da distância

Como se observa, independentemente da distância, maioritariamente fazem-se visitas a cada 2-3 vezes por semana e, ao contrário do que se poderia pensar, a maior distancia aumenta o número de visitas que se fazem aos clientes durante a semana.

Formação sobre Prevenção de UPP

Da população inquirida, 84,8% já assistiu a formação sobre prevenção de UPP, sendo que 68,7% dos enfermeiros a efectuou nos últimos 3 anos e isto significa que apresentam conhecimento actual sobre a temática. Além da formação efectuada, a fonte de conhecimento mais evidenciada pelos enfermeiros é a consulta bibliográfica com 54,5%.

Fonte de conhecimento	%
Adquirida pelo contacto com enfermeiros mais velhos	20,2
Adquirida pela própria Experiência	25,3
Baseada em leituras bibliográficas	54,5
Total	100,0

Tabela 12 - Fonte de conhecimento

Relativamente ao material bibliográfico de suporte aos cuidados de prevenção que efectua, podemos averiguar que 74,7% dos enfermeiros utiliza livro ou manuais, tendo a internet como segunda opção com 70,7%. Com o avanço tecnológico emergente e a quantidade de artigos científicos disponibilizada, cada vez mais de modo virtual, seria de esperar um grande recurso a esta fonte de informação. As revistas científicas são consultadas por 56,6% dos inquiridos. Ainda se constata que, 45,5% dos enfermeiros, se baseiam em informação distribuída pela indústria farmacêutica e geralmente sob a forma de folhetos ou similares, como forma de sustentação dos cuidados.

Após a abordagem sobre a formação e as fontes de conhecimento, foi avaliado o nível de conhecimentos sobre prevenção de UPP dos enfermeiros. Daqui resultaram os dados que se transparecem na tabela:

Nível de conhecimentos	%
Satisfatórios	4,0
Bons	68,7
Muito bons	27,3
Total	100,0

Tabela 13 – Nível de conhecimentos

Emerge a informação de que os enfermeiros do Arquipélago dos Açores não apresentam conhecimentos Insuficientes sobre prevenção de UPP. Verifica-se que a maioria dos conhecimentos são, para 68,7% dos enfermeiros, de um Bom nível.

Implicação do cuidador informal

Nos cuidados de prevenção de UPP que os enfermeiros referem efectuar, constatámos que 71,7% destes incluem a educação do cuidador informal como prática diária. Seria de esperar que esta percentagem fosse mais elevada face ao facto de o enfermeiro não ter presença assídua no domicílio e também pelo que afirmaram anteriormente em relação aos intervenientes com responsabilidade na prevenção de UPP em que 92,9% dos enfermeiros a atribuem ao cuidador.

Cuidados de prevenção

Como foi referido na metodologia, para a aplicação de testes nas hipóteses formuladas, foi efectuada uma categorização dos cuidados em Deficientes ou Bons tendo como base a mediana que nesta variável é de 42. Assim, verificou-se que 53,5% dos enfermeiros efectua Bons cuidados de prevenção de UPP.

Os cuidados de prevenção relatados pelos enfermeiros de cuidados domiciliários da RAA estão reflectidos na tabela abaixo indicada:

Cuidados de prevenção	%
Avaliação de risco	10,1
Cuidados à pele	62,6
Posicionamentos	92,9
Dispositivos de alívio de pressão	46,5
Educação ao cuidador	71,7
Nutrição	79,8

Tabela 14 - Cuidados de prevenção

Os posicionamentos foram os cuidados de prevenção de UPP que 92,9% dos enfermeiros referiu realizar. O cuidado com a nutrição do cliente foi o aspecto que se seguiu, sendo referenciado por 79,8% da população. 71,7% dos enfermeiros referiu apostar na educação do cuidador informal/cliente. É de referir ainda que apenas 10% dos enfermeiros realiza avaliação do risco de desenvolver UPP, sendo este o cuidado de enfermagem menos valorizado.

No que diz respeito à percentagem de enfermeiros que efectua avaliação de risco, os dados referidos na tabela reflectem que esta é efectuada principalmente de uma forma informal em 56,6% dos casos.

Avaliação de risco	%
Formalmente	34,3
Informalmente	56,6
Formal e informal	9,1
Total	100,0

Tabela 15 - Tipo de avaliação de risco

No contexto da avaliação do risco de desenvolver UPP, os principais factores de risco evidenciados pelos enfermeiros foram a condição física e a

alimentação, na opinião de 87,9% dos mesmos, seguindo-se a pressão e a fricção com 72,1% e 67,4%, respectivamente.

Factores de risco	%
Condição Física	87,9
Alimentação	87,9
Pressão	72,1
Fricção	67,4
Humidade	40,4
Alterações neurológicas	33,4
Superfícies de apoio	31,3
Idade	11,1
Patologias associadas	10,2
Outros	4,1

Tabela 16 – Factores de risco de desenvolver UPP

Tendo como base de comparação os tipos de cuidados preconizados pelas *guidelines* referenciadas para este trabalho, verificámos que apenas 1% dos enfermeiros presta a totalidade dos cuidados de prevenção.

Tipos de cuidados	%
1	1,0
2	12,1
3	24,2
4	48,5
5	13,1
6	1,0
Total	100,0

*Tabela 17 - Enfermeiros que executa a totalidade de cuidados preconizados pelas *guidelines**

Cuidados de prevenção de UPP adequados na instituição?

Os enfermeiros, foram questionados sobre o facto dos cuidados de prevenção de UPP, na sua organização, serem adequados tendo em conta a população de risco presente. 58,6% destes responderam negativamente e apresentou como razões para este facto as que se seguem na tabela:

Se Não, quais as razões?	%
Falta de recursos Materiais	43,4
Falta de recursos Humanos	30,3
Falta de tempo	9,1
Deficit formação	6,1
Falta de incentivo na formação	6,1
Falta protocolos de prevenção	5

Tabela 18 – Razões para a não prestação de cuidados preventivos adequados

Identifica-se a falta de materiais com 43,4% e recursos humanos com 30,3% das opiniões como principais factores condicionantes.

Por outro lado, os inquiridos que afirmaram que os cuidados de prevenção davam uma resposta adequada ao cliente em risco evidenciaram as seguintes potencialidades da instituição:

Se Sim, quais as razões?	%
Material adequado	24,58
Número suficiente de enfermeiros	17,55
Formação na área	17,55
Frequência das visitas domiciliárias	15,7
Implicação dos cuidadores	12,3
Parceria com outros profissionais	8,85
Políticas institucionais	3,47

Tabela 19 – Razões para a prestação de cuidados preventivos adequados

Evidencia-se aqui, a qualidade do material utilizado na prevenção (24,58%), o número de enfermeiros destacados para o efeito (17,55%), coadjuvado com a formação recebida na área (17,55%).

Hipótese 1 – Os enfermeiros com maior experiência profissional prestam melhores cuidados de prevenção de UPP

Ao realizar uma análise de correlação mediante o coeficiente de correlação de Pearson para a variável “tempo de serviço em anos” que indica a experiência

profissional e a variável dependente “nível de cuidados preventivos”, os resultados ($r = -0,023$ $p = NS$) indicam que não se pode estabelecer nenhuma relação entre a experiência e o nível de cuidados prestados. Este dado vê-se reflectido claramente no gráfico de dispersão que se anexa, onde não há uma clara relação entre as variáveis:

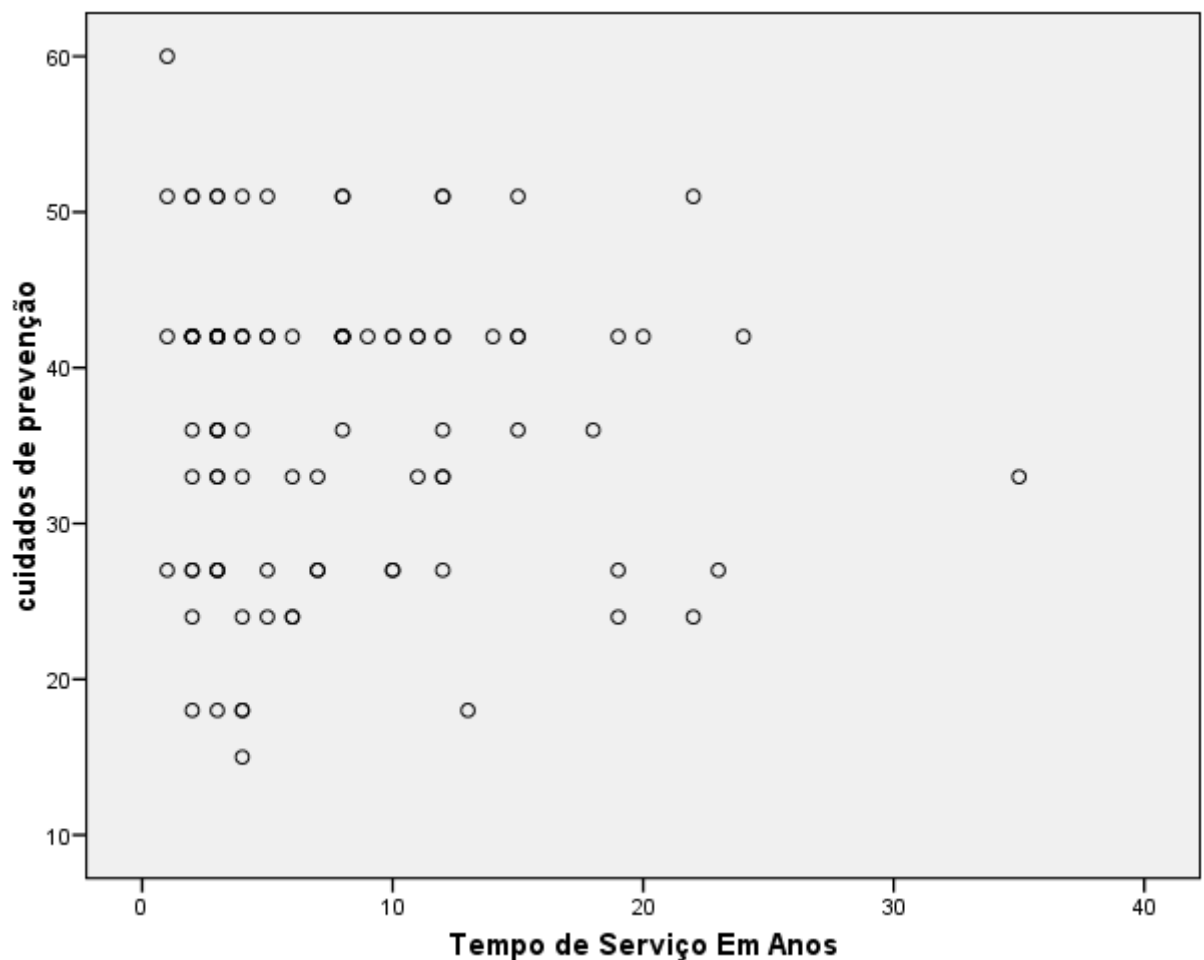


Gráfico 4 - Experiência profissional x cuidados de prevenção

Ao efectuar uma análise entre o tempo de experiência e a variável cuidados preventivos recodificada em duas categorias (cuidados deficientes e bons cuidados), em função da mediana ($me = 42$), a prova U de Mann-Withney, ao considerar que a variável tempo de experiência profissional não apresenta uma distribuição normal, indica que não se pode estabelecer associação entre ambas variáveis ($p = NS$).

Portanto, não se verifica a primeira hipótese e não se encontra relação entre a experiência profissional e prestar melhores cuidados preventivos.

Hipótese 2 - Os enfermeiros com maiores conhecimentos em prevenção de UPP prestam melhores cuidados de prevenção.

A análise de correlação mediante o coeficiente de correlação de Pearson para a variável “nível de conhecimentos de prevenção de UPP” no que se refere à pontuação obtida pelo teste de conhecimentos e a variável dependente “nível de cuidados preventivos”, os resultados ($r = 0,130$ $p = NS$) indicam que não se pode estabelecer relação entre o total de conhecimentos e os cuidados prestados. Este dado reflecte-se claramente no gráfico de dispersão abaixo, onde não há uma clara relação entre as variáveis.

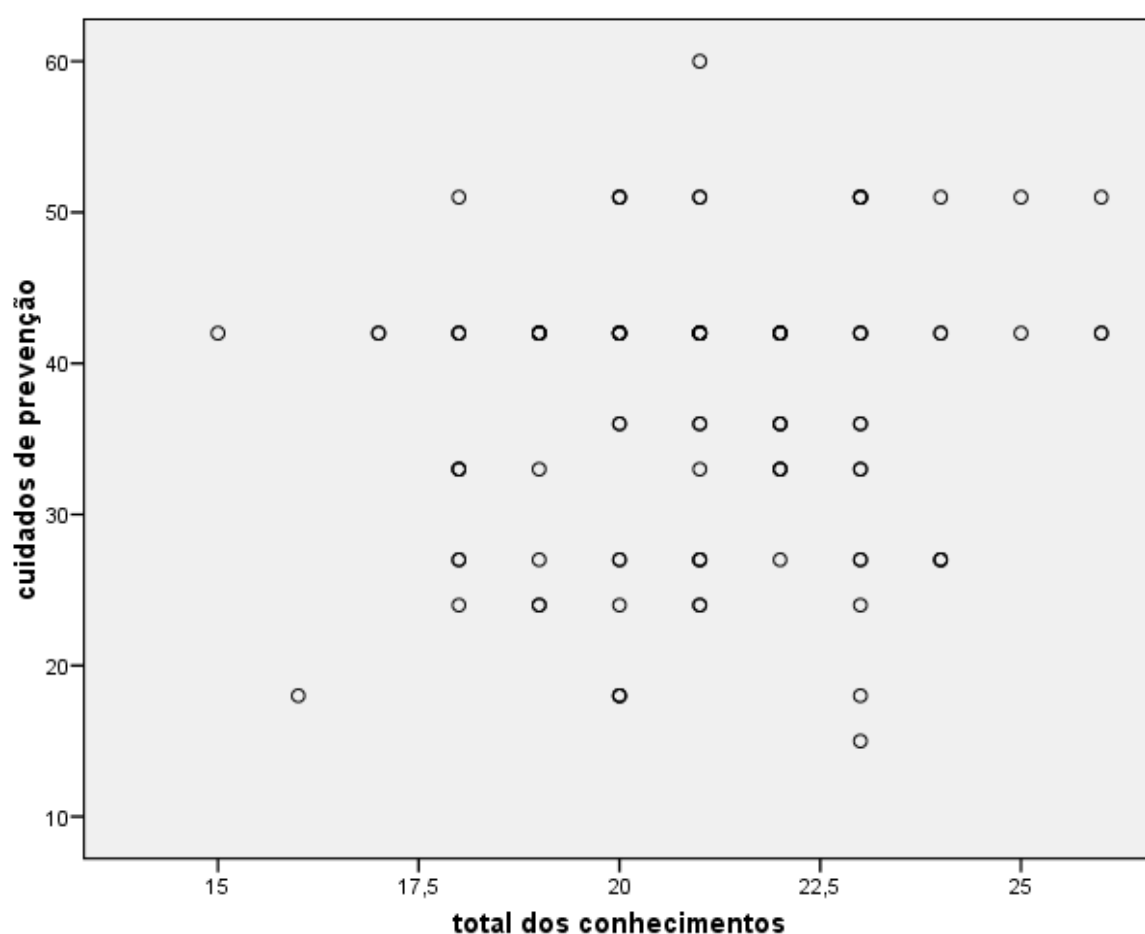


Gráfico 5 - Total de conhecimentos x cuidados de prevenção

Categorizando as variáveis, novamente, observa-se que não há uma relação clara entre o nível de conhecimentos e os cuidados de prevenção prestados.

			Nível de cuidados preventivos		Total
			Cuidados deficientes	Cuidados Bons	
Nível de conhecimentos		Fi	1	3	4
	Satisfatórios	% do nível conhec.	25%	75%	100%
		% do nível de cuidados	2,20%	5,70%	4,00%
		% do total	1,00%	3,00%	4,00%
	Bons	Fi	33	35	68
		% do nível conhec.	48,50%	51,50%	100
		% do nível de cuidados	71,70%	66%	68,70%
		% do total	33,30%	35,40%	68,70%
	Muito Bons	Fi	12	15	27
		% do nível conhec.	44,40%	55,60%	100,00%
		% do nível de cuidados	26,10%	28,30%	27,30%
		% do total	12,10%	15,20%	27,30%
Total		Fi	46	53	99
		% do nível conhec.	46,50%	53,50%	100,00%
		% do nível de cuidados	100,00%	100,00%	100,00%
		% do total	46,50%	53,50%	100,00%

Tabela 20 - Tabela de contingência: nível de conhecimentos x nível de cuidados preventivos

Posto isto, a hipótese colocada não se cumpre. E não se estabelece relação entre as variáveis.

Hipótese 3 – Os centros de saúde com protocolos para a prevenção de UPP proporciona melhores cuidados ao cliente com risco de UPP.

Neste caso considerou-se se os enfermeiros referiam que no centro de saúde de referência tinha ou não protocolo de prevenção de UPP. Assim, quando contrastamos o ter protocolos ou não com a pontuação de nível de cuidados preventivos proporcionados, a prova ANOVA ($F = 0,076$ $p \leq 0,003$) indica-nos que há diferenças estatisticamente significativas entre aqueles que possuem

protocolos e os que não os têm ou o desconhecem. Deste modo, as provas post-hoc de Bonferroni mostram que os que têm protocolos prestam melhores cuidados do que os que não sabem se este existe mas não foram encontradas diferenças com os que não tem protocolos.

Considerando esta hipótese verificada, vai ao encontro do referido por Jovell (1995), quando defende que, a existência de protocolos de prevenção, nas organizações, se tornam num instrumento de grande utilidade na tomada de decisão, por serem recomendações desenhadas para ajudar os profissionais de saúde a seleccionar a melhor opção para os cuidados apropriados.

Hipótese 4 Os centros de saúde com maior número de recursos humanos para a população abrangida em cuidados domiciliários, têm menor índice de prevalência de UPP

Quando se relaciona o número total de enfermeiros da instituição com a prevalência de UPP no domicílio para esse centro de saúde, existe uma correlação positiva ($r = 0,42$ $p = 0,04$) que se evidencia no gráfico que segue. Esta relação não se mantém quando se analisa apenas aqueles enfermeiros que se dedicam aos cuidados domiciliários ($r = 0,30$ $p = \text{NS}$).

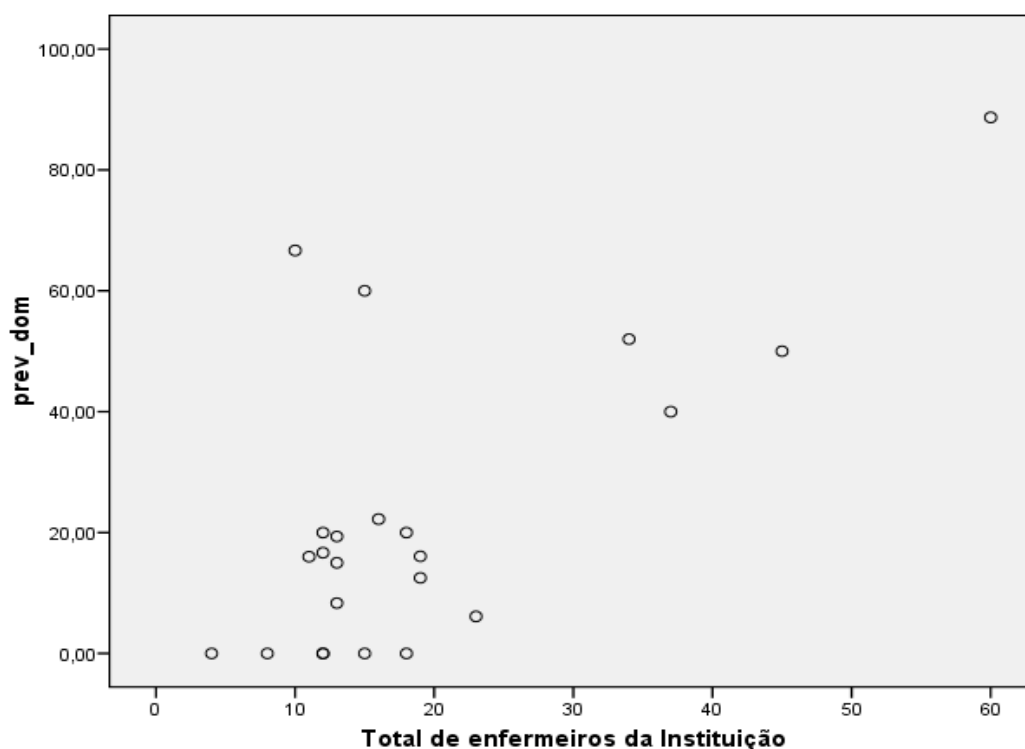


Gráfico 6 – Total de enfermeiros da instituição x Prevalência por instituição

Hipótese 5 – Os centros de saúde com maior número de recursos materiais para a população abrangida em cuidados domiciliários, têm menor índice de prevalência de UPP

No caso dos dispositivos de alívio de pressão, à medida que existem mais recursos também aparece mais prevalência, excepto nas instituições de menores dimensões, no entanto a correlação não é estatisticamente significativa.

Como se observa na tabela coadjuvado com o expostonão há uma relação entre recursos materiais e a prevalência.

Centros de Saúde (CS)	Clientes com dispositivos (%)	Prevalência de UPP
CS Nordeste	100	20
Unidade Saúde de S. Jorge	100	10,7
CS Graciosa	100	60
CS Povoação	100	22,2
CS PDL	89,8	15,56
CS Ribeira Grande	75,4	88,67
CS Angra do Heroísmo	55,0	50
CS Vila Franca do Campo	45,5	52
CS SC Flores	38,2	16
CS Vila do Porto	25	12,5
CS Praia da Vitória	23,7	40
CS Horta	21,2	6,12
Unidade L. Saúde Pico	11,6	13,3

Tabela 21 – Dispositivos de alívio de pressão X Prevalência por instituição

Assim, esta hipótese também não se verifica, induzindo a não influência dos recursos humanos no nível de cuidados de prevenção. O que poderemos pensar é que se dotam de maior quantidade de recursos os centros de saúde que apresentam maior quantidade de UPP, com o intuito de ser uma opção de tratamento mais do que de prevenção.

Hipótese 6 – A distância dos domicílios à instituição de saúde é determinante nos cuidados prestados.

Ao comparar o nível de cuidados de prevenção de UPP em função das visitas domiciliárias segundo a distância, apenas se encontram diferenças estatisticamente significativas entre os que prestam cuidados em clientes que vivem a mais de 10 km de distância, de modo que aqueles que planificam os seus cuidados em visitas domiciliárias de 1-2 vezes/semana executam melhores cuidados do que os que fazem visitas de 4 vezes por semana ou todos os dias (Qui-quadrado = 11,15 p = 0,025).

Hipótese 7 - A combinação de diferentes factores tem um efeito sumativo na prevenção de UPP.

Considerando que apenas a existência de protocolos de prevenção é o factor que nos foi permitido verificar como influenciador dos cuidados de prevenção, não poderemos testar se a combinação dos diferentes factores tem efeito sumativo nos cuidados de prevenção de UPP.

2 - Discussão de Dados

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

A prevenção de UPP torna-se numa problemática emergente nos cuidados domiciliários na Região Autónoma dos Açores, na medida em que os resultados de prevalência encontrados neste estudo que foram de 26,49%, ascendendo até aos 30,64% se considerarmos que a população em risco de desenvolver UPP é 86,45% da atendida nos cuidados domiciliários. Estes valores apesar de se enquadrarem nos valores (4,4% a 33%) defendidos pela revisão sistemática da literatura dos autores, Thoroddsen (1999), Torra i Bou, (1998), Anaya, (2000), Soldevilla e Torra I Bou, J., 1999, Kaltenhalen, 2001, situa-se com proximidade aos valores mais elevados encontrados. Já confrontados com os valores de prevalência evidenciados por Bergquist e Frantz (1999), Meehan et al. (1999), Ferrell et al. (2000), Halfens, Bours e Bronner, C. (2001), verificámos que os ultrapassa em 7,6%. A actividade do enfermeiro no serviço domiciliário apresenta uma grande abrangência de cuidados, pelo que necessitamos de trabalhar aspectos relativos à vertente profissional no que se refere à prevenção de UPP.

Dos aspectos profissionais trabalhados neste estudo, verificámos que as intervenções de enfermagem priorizadas pelos enfermeiros são a prevenção de UPP (65,7%) e a Educação para a Saúde (58,6), o que traduz a primazia atribuída pelos enfermeiros a dois focos de alta sensibilidade aos cuidados de enfermagem: a úlcera por pressão e o conhecimento.

A prevenção de UPP engloba-se na vasta área de prevenção de complicações e como um factor contribuinte para a melhoria da qualidade de vida, pelo que Rosenbaum (1999) afirma que nos cuidados domiciliários o exercício do enfermeiro deve incidir na maximização do nível de independência, prevenção das complicações, promoção da qualidade de vida, bem como em situações de doença terminal, alívio da dor e de outros desconfortos.

Como suporte destes cuidados e, tornando-se ele num cuidado central a este nível de actuação, o conhecimento transmitido pela educação para a saúde, “ A formação prestada no domicílio é uma componente muito importante da prática de enfermagem domiciliar. Dado às visitas dos técnicos de enfermagem serem feitas intervaladamente, quer o utente, quer o prestador de cuidados

devem ter a capacidade de dar resposta às necessidades que surgem em termos de cuidados de saúde na ausência do enfermeiro.”(Rice, 2004:107).

Para uma prevenção de UPP o papel do enfermeiro assume uma importância extrema, na medida em que a sua autonomia profissional lhe permite efectuar uma prevenção adequada, no entanto, dependendo dos factores de risco inerentes ao cliente, por vezes necessita de ser coadjuvado por outros profissionais. No que se refere à responsabilização pela prevenção das UPP, os enfermeiros de cuidados de saúde domiciliários da RAA incutem-na a três intervenientes: enfermeiro, cuidador informal e o cliente, com 100%, 92,9% e 57,6% respectivamente. Em contexto domiciliário, como afirma Warthola citado em Stanhope e Lancaster (1999), os sujeitos activos na prestação de cuidados são o cliente, a família e os profissionais de saúde, aos quais estão inculcados os objectivos que estão inerentes aos cuidados, bem como a organização/planeamento destes.

Quando questionados sobre a importância que os enfermeiros atribuem à prevenção de UPP, 100% dos inquiridos atribuem-lhe muita importância na prestação de cuidados domiciliários o que vai ao encontro do que referiram anteriormente sobre a auto-responsabilização na prevenção.

A implementação de protocolos de actuação a nível institucional torna-se cada vez mais numa necessidade emergente, na medida em que aumenta a exigência dos cuidados ao mesmo tempo que a uniformiza, considerando que deverão ser baseados na melhor evidência. Tal como justifica Verdú (2005) com a necessidade de desenvolvimento de directrizes, recomendações e guias de prática clínica. Estas, por sua vez, deverão ser baseadas nos consensos dos profissionais, no entanto, torna-as mais fiáveis se existir uma evidência científica disponível que as justifique. Neste estudo, quando questionados os seus responsáveis, verificámos que nas organizações de cuidados de saúde domiciliários, açorianas, a existência de protocolos é escassa, pois apenas existem em 8,7% das mesmas, valores aproximados aos 13,1% referidos pelos enfermeiros.

Reportando-nos, às escalas de avaliação de risco, especificamente, pode dizer-se que estas estão implementadas apenas em 21,7% das instituições. Todas elas efectuem a aplicação da Escala de Braden. Apesar das escalas não serem as únicas formas de se aferir o grau de risco de desenvolver UPP, são um aspecto a relevar na preocupação do diagnóstico de situação face a esta problemática problemática já que uma escala, de avaliação de risco de avaliação de UPP, é um

instrumento para estabelecer um nível de acordo com uma série de parâmetros considerados como factores de risco (Smith et al 1995, Thomas 2001).

Ainda a nível das políticas institucionais, para a prevenção de UPP, no que concerne ao incentivo para a formação nesta área, constatamos que 52,2% dos enfermeiros afirmou ser um critério pessoal a aposta nesta área de formação e apenas 21,7% refere ter sido incentivado pela organização onde exerce funções. O enfermeiro chefe é o responsável por toda a organização dos cuidados de enfermagem, incluindo a formação dos enfermeiros, a prática de enfermagem e a própria pesquisa. De acordo com ANA (2004), o enfermeiro chefe é responsável por garantir que os padrões profissionais e os valores se mantenham durante o desenvolvimento, implementação e avaliação dos programas e que as políticas são suportadas pela evidência.

Os recursos materiais são um factor coadjuvante na prestação de cuidados de prevenção de UPP e, consequentemente, redutor nos seus índices de prevalência e incidência. Inman (1993) e Lyder e Van Rijswijk, L., (2005), afirmam que o uso destes materiais já resultou numa redução das taxas de incidência de úlceras por pressão e provaram reduzir os custos.

Os dados evidenciam, numa primeira abordagem, que a percentagem de instituições que apresentam recursos materiais é baixa, apresentando-se o colchão de pressão alterna como dispositivo presente em 30,8% delas, sendo este o que se apresenta em maior percentagem.

Do tipo de dispositivos materiais referidos como “de prevenção” constatámos que alguns deles se apresentam inadequados - pele de carneiro, e outros sem aplicabilidade - camas articuladas. A EPUAP e NPUAP (2009), referem que a pele de carneiro sintética não é indicada para a prevenção de UPP.

No que se refere aos indivíduos que possuem dispositivos de alívio de pressão, face ao número total de clientes em risco de desenvolver UPP, por instituição, verificamos que em média, apenas 55,85% desta população apresenta material de prevenção. Do total de instituições, apenas cinco apresentam 100% dos seus clientes em risco com dispositivos de alívio de pressão.

Em todas as instituições de saúde e níveis assistenciais, as pessoas que se consideram com risco de desenvolver UPP devem ter um plano de cuidados escrito e personalizado de prevenção, que deve induzir à utilização de superfícies especiais para a redistribuição da pressão, tendo em consideração o risco de desenvolver UPP que apresentam (Inman, 1993).

Comparando ainda o número de clientes em risco de desenvolver UPP, com o total de recursos materiais de prevenção disponibilizados pela instituição de referência, verifica-se que, apenas, uma delas apresenta recursos suficientes para abranger a totalidade da população em risco.

A disponibilidade de recursos humanos é um factor que, segundo a literatura é central para a qualidade dos cuidados prestados. Assim, tendo em conta o número de clientes em risco de desenvolver UPP e o número de enfermeiros a prestar cuidados domiciliários, verificámos que as instituições com menor número de clientes em risco apresentam menor rácio, o que traduz a existência de menos clientes para cada enfermeiro. As instituições com maior número de clientes em risco, apresenta um rácio que se aproxima da média apresentada pelo total das instituições. Price, 2004 e Dopieralda, 2007 associam a falta de capacidade de resposta aos cuidados de prevenção e a falta de tempo para o efeito ao número reduzido de profissionais de saúde.

Como é referido no parágrafo anterior, o tempo apresenta-se como uma condicionante da prevenção e, pelos dados que emergem deste estudo, os enfermeiros da RAA dedicam, em média, 21 minutos do seu tempo de prestação de cuidados. Este tempo não é considerado suficiente por 60,6% dos inquiridos, apresentando como justificações o número de visitas domiciliárias (31,3%) e a falta de recursos humanos (25,3%).

Na RAA os clientes com risco de desenvolver UPP encontram-se na sua maioria (39,1%) a uma distância superior a 10 quilómetros da sua instituição de saúde de referência. No que se refere às visitas domiciliárias em função da distância verificámos que a frequência das mesmas aumenta em função do aumento da distância à instituição de referência, o que é um aspecto relevante para a efectividade da prevenção das UPP nos clientes em risco. Relativamente a este aspecto, Dopieralda (2007) defende que quanto maior for a frequência das visitas, mais efectivo será o acompanhamento aos clientes e aos cuidadores no domicílio.

A aquisição de conhecimentos é um suporte com relevância para qualquer tipo de prática e a prevenção de UPP não é excepção, pelo que a uma actualização ao longo da vida e baseada em evidência científica credível torna melhor e sustentada a prestação de cuidados.

Da população estudada 84,8% participou em formação sobre prevenção de UPP, sendo que 49,5% o fez nos últimos dois anos e apenas 16,2% há mais de 3

anos. Considera-se, pois, que existe, por parte da maioria dos enfermeiros, uma preocupação com a aprendizagem ao longo da vida.

Relativamente à formação e actualização dos conhecimentos, as revisões e actualizações periódicas das políticas e procedimentos são de extrema necessidade, de forma a assegurar que os padrões dos cuidados actualizados são incorporados correctamente na prática. (Pieper; Sugrue M.; Weiland M.; Sprague K.; Heiman C., 1997)

A este respeito Peck, (2000) acrescenta ainda que o desenvolvimento profissional constante e uma aprendizagem ao longo da vida são conceitos bem estabelecidos para uma melhoria dos cuidados de saúde promovendo um contínuo e actualizado processo de aprendizagem e aplicação na prática.

A fonte de conhecimentos mais evidenciada pelos enfermeiros como base dos seus cuidados são as leituras bibliográficas com 54,5%, o que contraria a opinião de Buss, (2004), quando afirma que o conhecimento tradicional é o mais evidenciado, quer na prestação de cuidados, quer no pensamento dos enfermeiros, pois caracteriza-se por ser adquirido no curso básico da formação, acrescido pela experiência diária e das situações reais que vai encontrando, recorrendo ao auxílio da opinião dos colegas e envolvido pelas tradições e rotinas do serviço/instituição onde trabalha.

Dos enfermeiros que afirmam utilizar material bibliográfico como suporte dos seus cuidados, 74,7% utiliza os livros ou manuais e segue-se a internet como o segundo instrumento a ser utilizado, por 70,7% dos inquiridos. Este aspecto reflecte a relevância que os enfermeiros atribuem à informação que adquirem, que deverá ser o mais credível e baseada na melhor evidência, por outro lado, constatamos também a influência que as novas tecnologias aportam à aquisição de conhecimentos. Importante para ambas as situações é que se mantenha a premissa defendida por Buss, (2004), em que o conhecimento baseado na evidência é aquele que é utilizado na prática diária, mas que procura fundamentar-se em protocolos ou princípios científicos actualizados para justificar a sua acção.

Tendo como base as suas fontes, surge o corpo de conhecimentos reais dos enfermeiros como um dos aspectos que se avaliou também neste estudo. Assim, com base na metodologia adoptada verificamos que os enfermeiros da RAA apresentam conhecimentos positivos sobre a prevenção de UPP, realçando-se os bons conhecimentos explicitados por 68,7% dos inquiridos.

Em cuidados de saúde primários e centrando-nos na prevenção de UPP, os conhecimentos são transversais ao enfermeiro, não só como base sustentável para os cuidados que efectua, mas são, também, um instrumento no seu trabalho com o cuidador informal. Sendo este cuidador um “prolongamento” do enfermeiro no domicílio é importante dotá-lo de competências para tomar conta do cliente nesta área de cuidados.

O prestador de cuidados é um interveniente necessário, com o qual o enfermeiro deverá estabelecer uma parceria de proximidade. Imaginário, (2004), afirma que a família, ou um elemento da família, possui um papel fundamental em todo o processo de prevenção, tratamento ou promoção da saúde do cliente, visto ser a continuidade do profissional de saúde, quando este não está. Martins (2004) reitera dizendo que o papel de um cuidador informal deve merecer da parte dos profissionais de saúde um cuidado especial, no sentido de responder às suas necessidades, em grande parte relacionadas com a prestação de cuidados.

Indo ao encontro do que foi afirmado anteriormente, apuramos que a educação do cuidador foi um dos cuidados de prevenção enunciado por 71,7% dos enfermeiros, bem como quando inquiridos sobre os intervenientes com responsabilidade na prevenção de UPP, foram responsabilizados por 92,9% dos enfermeiros. Estes resultados contrariam os que Bostrom e Keneth (1992) obtiveram num estudo em que as intervenções relatadas em maior número pelos enfermeiros eram os cuidados da pele e as menos evidenciadas eram a nutrição e a educação dos cuidadores. Apesar disto e considerando que se trata de cuidados domiciliários, onde que a presença do enfermeiro não é contínua, esperava-se uma maior implicação do cuidador nestes cuidados.

Quando nos reportamos à prevenção de UPP é necessário ter em atenção que esta se apresenta mais eficaz quanto maior for a conjugação destes diferentes tipos de cuidados tendo em conta as necessidades detectadas para cada cliente. Como referem as directrizes do Servicio Andaluz de Salud (2007) as estratégias preventivas poderão ser utilizadas isoladamente ou em conjugação, no entanto é esta última que acarreta maiores benefícios para uma prevenção mais eficaz.

Tendo em conta a categorização efectuada para os cuidados de prevenção de UPP, emergiu a informação de que os cuidados referidos pelos enfermeiros como mais efectuados são os posicionamentos com 92,9%, seguidos pelos cuidados com a nutrição do cliente, educação ao cuidador informal/cliente, com

79,8% e 71,7% respectivamente. O menos referido, surpreendentemente, foi a avaliação do risco com apenas 10,1% de enfermeiros que os praticam, o qual deveria ser considerado como suporte diagnóstico de todos os outros.

É a nível da detecção das necessidades que podemos aferir algo, tendo em conta estes dados, pois verifica-se uma baixa aposta na avaliação do risco que impele, desde logo, para a avaliação diagnóstica de cada indivíduo no que concerne a esta problemática. Por inerência se esta prática se encontra em défice, pode condicionar a sensibilidade do enfermeiro para o tipo de cuidados de prevenção apropriado a colocar em prática em cada situação específica. Boucheron (1988) reforça esta idéia, defendendo que avaliar o risco e prevenir são as traves mestras da prevenção e que os enfermeiros, face ao risco de escara, não podem ignorar a responsabilidade que lhes incumbe. A EPUAP e NPUAP (2009) também concordam com o uso de uma abordagem estruturada para a avaliação de risco, para identificar indivíduos em risco de desenvolver úlceras de pressão.

Mantendo a temática da avaliação do risco de desenvolver UPP, pelos dados recolhidos verificamos que 56,6% dos enfermeiros inquiridos avaliam este parâmetro informalmente, através do seu juízo clínico, enquanto que apenas 9,9% efectua esta avaliação utilizando uma escala de avaliação de risco e o juízo clínico em simultâneo. A EPUAP e a NPUAP (2009) a respeito da avaliação do risco de desenvolver UPP, referem que uma abordagem estruturada pode ser obtida através do uso de escalas de avaliação de risco conjuntamente com a avaliação abrangente da pele e o juízo clínico.

Independentemente da forma como o risco é avaliado, devemos referenciar os diferentes factores de risco valorizados pelos sujeitos em estudo. Assim, verificámos que a condição física e a alimentação do cliente são os factores mais evidenciados, por 87,9% dos enfermeiros para ambos. A pressão com 72,1% e a fricção com 67,4% foram os factores subsequentes. No que se refere a bibliografia que sustente uma hierarquização dos factores de risco não foi encontrada. Podemos apenas aferir que o factor etiológico necessário para o desencadeamento destas feridas – a pressão (Dealey, 2006), é um dos mais valorizados. Todos os factores de risco enunciados pelos enfermeiros neste estudo estão suportados por diversos investigadores (Norton et al, 1962; Bliss, 1990, Delaunois, 1991; Gonçalves, 1996; Fuentes, 2000; Margolis; Berlin, J. ; Strom, B., 2003)

Como forma de diagnosticar a percepção dos enfermeiros sobre os cuidados de prevenção de UPP prestados na sua instituição, foram questionados se consideravam esses cuidados adequados face à população de risco abrangida. Daqui realçamos que 58,6% afirmaram que não eram adequados, enquanto que 41,4% consideram o oposto.

Analizando de uma forma global os cuidados de prevenção referidos pelos enfermeiros da RAA detectamos que apenas 1% destes efectua a totalidade dos cuidados de enfermagem que as *guidelines* de referência para este estudo preconizam. Não podemos inferir sobre os cuidados prestados pelos restantes enfermeiros pois não conhecemos que tipos de cuidados são nem a sua ordem de prioridades.

Tendo em conta o referencial teórico trabalhado, verificou-se que há factores que influenciam os cuidados de prevenção positiva ou negativamente.

Decorrente da questão anterior, quando questionados sobre quais os factores que exercem influência nos cuidados prestados na instituição, os enfermeiros apresentaram diferentes justificações, dependendo da adequação, ou não, dos cuidados. Aqueles que afirmaram que os cuidados eram adequados referiram como mais-valias o material adequado utilizado na prevenção (24,58%), bem como a formação na área e o número suficiente de enfermeiros, ambos com 17,55%.

Relativamente aos aspectos supracitados, o número e a distribuição do pessoal e os equipamentos especiais para redução da pressão (colchões, almofadas, agentes tópicos, roupa apropriada, entre outros) contribuem fortemente para o combate dos factores que potenciam o desenvolvimento das UPP (Dopieralda, 2007).

Quando a formação na área é um investimento, quer da instituição, quer dos profissionais, os resultados práticos tornam-se mais evidentes e Pancorbo; Garcia F.; Lopez I.; e Alvarez-nieto C., 2006, afirmam que os enfermeiros que frequentaram um programa educacional sobre prevenção de UPP aumentaram os seus níveis de conhecimento, ao contrário dos outros enfermeiros que não o fizeram. Assim, programas educacionais desenvolvem as tomadas de decisão e, por sua vez, uma boa tomada de decisão pode reduzir a prevalência e a incidência das UPP.

Contrariamente a estes, os enfermeiros que consideram, que na organização onde trabalham, os cuidados de prevenção são inadequados, atribuem como justificações para tal a falta de recursos materiais (43,4%) e de

recursos humanos (30,3%). Esta percepção dos enfermeiros é corroborada por autores que evidenciam a disponibilidade dos recursos materiais como um factor que influencia a qualidade da prática clínica na prevenção de UPP; de facto, a sua escassez é identificada, pelos enfermeiros, juntamente com a falta de pessoal, como uma das principais causas que dificultam a realização de cuidados de prevenção com qualidade (Wilkes, 1996; Panagiotopoulou, 2002).

PARTE IV – LIMITAÇÕES

O presente estudo descreve um percurso de investigação que nos permitiu trabalhar uma problemática emergente no dia a dia dos enfermeiros.

Todos os trabalhos de investigação apresentam potencialidades e algumas debilidades, assim, o presente estudo não é excepção. As limitações que detectamos e descrevemos poderão justificar algumas das dificuldades com as quais nos deparamos no decurso do estudo. Contudo, temos consciência que são passíveis de ser trabalhadas em projectos futuros, de forma a poder maximizar resultados.

Para o desenvolvimento deste trabalho foi efectuada uma pesquisa bibliográfica recorrendo a bases de dados, livros e manuais da área em bibliotecas, bem como a pesquisas cuidadas na internet de artigos científicos. Emergiram algumas dificuldades em encontrar bibliografia de suporte para a distância dos domicílios à instituição de saúde de referência como factor influenciador nos cuidados de prevenção das UPP.

Os instrumentos de colheita de dados foram construídos de forma a poder dar resposta aos objectivos do estudo, o que implicou a conjugação de questões fechadas com questões abertas no questionário. Assim, este facto tornou o questionário extenso, no parecer dos enfermeiros de cuidados domiciliários.

Ao nível das questões de teste de conhecimentos dos enfermeiros, verificámos que estas poderiam ter sido realizadas de uma forma mais equitativa, tendo em consideração cada um dos tipos de cuidados de prevenção, bem como os factores de risco. Este processo permitiria analisar de uma forma mais precisa os conhecimentos específicos acerca de cada temática.

No âmbito dos cuidados primários, a prestação de cuidados ao domicílio, em particular a pessoas em risco de desenvolver UPP, requer uma deslocação do enfermeiro ao local onde esta se encontra. Neste contexto, deve ser evidenciado e tido em conta, no tempo destinado à prevenção, o tempo de deslocação ao domicílio e não apenas o tempo efectivo em que estamos em contacto directo com o cliente. É pertinente considerar o conjunto destes “dois tempos” como necessário para prestar cuidados de prevenção a um cliente.

À medida que fomos trabalhando na análise correlacional, no sentido de testar as hipóteses, verificámos que independentemente dos testes aplicados e das diferentes formas de apresentação da variável dependente – “nível de cuidados de prevenção”, apenas conseguimos encontrar relação estatisticamente significativa para uma das hipóteses que a inclui. Isto coloca-nos em questão a verificabilidade das hipóteses, no que concerne ao facto das variáveis nelas contidas serem observáveis e mensuráveis na realidade, para poderem ser analisadas estatisticamente (Fortin, 2009).

PARTE V – CONCLUSÕES, IMPLICAÇÕES E SUGESTÕES

A realização deste estudo permitiu um conhecimento mais profundo sobre os cuidados de prevenção de UPP prestados pelos enfermeiros na RAA. Conhecimento esse que se traduz pelos resultados obtidos após a análise dos dados recolhidos junto dos próprios e das suas chefias.

A prevalência de UPP, valor epidemiológico que, como se verifica pelo referencial teórico, é altamente influenciada pelos cuidados de prevenção prestados aos clientes, nos cuidados domiciliários da RAA é de 26,49%. É um valor elevado que, tendo em conta os resultados obtidos poderá ser justificado por vários aspectos inerentes aos cuidados e às instituições:

- A percentagem de enfermeiros que efectua a avaliação do risco de desenvolver UPP, 10,1%, é baixa, tendo em conta o facto de se tratar de uma avaliação diagnóstica para a aplicação de cuidados de prevenção adequados. Evidenciou-se também que ao nível de todas as instituições, em apenas 21,7% delas existe uma escala de avaliação de risco implementada. Os factores de risco mais evidenciados foram a condição física e a nutrição, no entanto, a pressão, que se apresenta como factor causal destas lesões foi o terceiro factor a ser destacado;

- Os protocolos de suporte dos cuidados de prevenção de UPP existem em 8,7% das instituições de saúde da RAA;

- Os dispositivos de alívio de pressão são instrumentos coadjuvantes na prevenção das UPP, mas o que se verifica nas instituições da RAA é que apresentam quantidades deficientes tendo em conta a população de risco que abrangem. Por outro lado também a percentagem de clientes que apresenta este tipo de dispositivos é de 55,85% do total de clientes em risco.

- A educação ao cuidador é efectuada por 71,7% dos enfermeiros, no entanto, considerando que 92,9% dos enfermeiros responsabiliza o cuidador informal na prevenção de UPP, e ainda que num processo de formação, a tipologia e capacidade do cuidador, influenciam no processo de assimilação dos conhecimentos, parece-nos que esta percentagem deveria ser superada.

Nos cuidados domiciliários a intervenção de enfermagem é abrangente, implicando para o enfermeiro uma organização e priorização dos cuidados em

função de todo o trabalho que lhe incumbe. Neste estudo constatámos que à prevenção de UPP lhes atribuem muita importância, estabelecendo-se como principal prioridade dos enfermeiros. Devemos acrescentar que todos os enfermeiros apresentam auto-responsabilização na prevenção das UPP.

Ao analisar os recursos humanos para em função dos clientes em risco de desenvolver UPP, verificamos que o melhor rácio e consequentemente maior capacidade de resposta, é dada pelas instituições com menor abrangência populacional que coincide com as que apresentam menor número de clientes em risco.

Os recursos humanos a par do número de visitas domiciliárias foram as principais condicionantes referidas pelos enfermeiros para o tempo destinado à prevenção de UPP, que em média é de 21 minutos por cliente.

A principal fonte de conhecimentos dos enfermeiros sobre prevenção de UPP é a leitura bibliográfica, completada pela formação efectuada que se considera actual na medida em que 68,7% destes a obteve nos últimos três anos. Inerente a estes dados constatou-se ainda a não existência de conhecimentos Insuficientes sobre esta temática.

Os cuidados de prevenção de UPP efectuados pelos enfermeiros centram-se nos posicionamentos, afirmado por 92,9% destes, e a educação ao cuidador como referido anteriormente com 71,7%. Voltamos a dar ênfase à avaliação do risco de desenvolver UPP que foi o cuidado de prevenção referido por apenas 10,1% dos inquiridos. Dos enfermeiros que referem avaliar o risco, 56,6% efectuam-no de uma forma informal.

Dos dados relativos aos cuidados de prevenção devemos realçar o facto de que os cuidados mais referidos foram os posicionamentos. Empiricamente todos os enfermeiros os reconhecem e executam, no entanto, considerando que é necessário um plano horário para a sua execução, como poderão ser eficientes se o enfermeiro efectua no máximo uma visita domiciliária por dia, na melhor das situações?

Segundo os enfermeiros implicados no estudo, os factores que influenciam positiva e negativamente a realização de cuidados adequados dependendo da sua abundância ou escassez foram: os recursos materiais e recursos humanos com maior evidência, seguindo-se a formação dos enfermeiros na área da prevenção de UPP, bem como as políticas de prevenção das instituições. No que concerne às políticas de prevenção, foram especificadas a falta de incentivo na formação e a falta de protocolos de prevenção como factores condicionantes. Por outro lado,

foram referidas a frequência das visitas domiciliárias, a implicação dos cuidadores e a parceria com outros profissionais de saúde como potencialidades para a prevenção das UPP.

Concluímos assim, que os factores evidenciados pelos enfermeiros como influenciadores dos cuidados de prevenção de UPP vão ao encontro das principais evidências encontradas neste estudo:

- Não existência de dispositivos de alívio de pressão;
- Baixa percentagem de avaliação do risco de desenvolver UPP;
- Percentagem reduzida de instituições com protocolos de prevenção de UPP;
- Implicação do cuidador informal;
- Actualizada formação dos enfermeiros na área de prevenção de UPP;
- Não existem níveis de conhecimentos Insuficientes dos enfermeiros.

No que concerne às hipóteses formuladas apenas conseguimos encontrar relação estatisticamente significativa na Hipótese 3, relativa aos protocolos de prevenção, em que podemos concluir que nas instituições onde existem protocolos de prevenção, os cuidados preventivos são melhores.

Dos resultados que emergiram deste estudo constatamos que existe agora um percurso a continuar considerando que foram detectados aspectos ao nível dos cuidados de prevenção passíveis de serem trabalhados quer pelos enfermeiros de cuidados domiciliários, quer pelos responsáveis institucionais objectivando uma melhoria nestes cuidados e consequentemente na qualidade de vida dos clientes.

Assim, ao nível dos enfermeiros de cuidados domiciliários é importante incidir sobre a avaliação do risco como uma forma de detecção dos verdadeiros clientes em risco bem como essencial para a adequação de cuidados. Despertar a atenção para uma maior implicação da educação ao cuidador informal tendo em conta que é ele que se encontra continuamente no acompanhamento ao cliente. É também importante que estes estejam sensíveis para a utilização dos dispositivos de alívio de pressão, no sentido de serem um importante coadjuvante nos cuidados de prevenção de UPP.

No que se refere às instituições e seus responsáveis, considerando a análise efectuada, estes também apresentam um papel contributivo para os cuidados de prevenção de UPP, tendo em conta que poderão desde já apostar na criação de protocolos de actuação para o efeito. Implementação da escala de Braden, preconizada pela DGS, para avaliação do risco, nas organizações que

ainda não o efectuaram é indispensável! Outro aspecto relevante é a necessidade de aquisição de material adequado para a prevenção, tendo em conta as necessidades da população de risco que abrange. Por fim, podem trabalhar os aspectos relacionados com a formação dos enfermeiros, criando incentivos para a participação dos mesmos, ou promovendo formação local sobre a temática em questão.

Além das implicações anteriormente referidas podemos enunciar como propostas para trabalhos futuros, a elaboração de um plano de formação para os enfermeiros no sentido de trabalhar os aspectos evidenciados como necessários para a melhoria dos cuidados preventivos.

Podemos melhorar este estudo, incidindo em algumas áreas específicas que se enunciaram nas limitações do mesmo, podendo ser uma base de trabalho a variável dependente deste estudo de forma a poder clarificá-la e emergir um novo conceito de “nível de cuidados de prevenção de UPP” como instrumento de trabalho para os enfermeiros.

Surge também a proposta de utilização de outros tipos de estudos com outras metodologias de forma a poder aferir a realidade dos cuidados no local onde eles são realizados.

É importante, na nossa perspectiva, efectuar estudos de incidência de UPP de forma a poder monitorizar a evolução desta e ao mesmo tempo obter retorno dos cuidados de prevenção efectuados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGENCY FOR HEALTH CARE POLICY AND RESEARCH (1992). *Pressure Ulcers in Adults: Prediction and Prevention, Clinical practice guideline*, Number 3. Rockville, MD, US: Department of Health and Human Services.
- ALLMAN, RM (1997). *Pressure ulcer prevalence, incidence, risk factors and impact*. *Clinics in Geriatric Medicine*; 13(3):421-436.
- AMERICAN NURSES ASSOCIATION (ANA). (2004). *Scope and standards for nurse administrators* (2nd ed.). Washington, DC: Author.
- ANAYA J et al. (2000). *Estudio epidemiológico de las lesiones por presión en un hospital público*. *Gerokomos/Helcos*; 11(2):102-110.
- ARBLASTER G. (1998). *Pressure ulcer incidence: a strategy for reduction*. *Nursing Standard* 12, 49-54.
- ARGYLL E CLYDE (1999). The cost of pressure ulcers. Acedido a 3 de Fevereiro de 2006 em www.nhsac.scot.nhs.uk/clin_strat/ab/reports/WFbaseline05.pdf.
- BAIER RR, GIGGORD DR, LYDER CJ, SCHALI MW, FUNSTON-DILLON DL, LEWIS JM & ORDIN DL (2003) *Quality improvement for pressure ulcer care in the nursing home setting: the Northeast Pressure Ulcer Project*. *Journal of the American Medical Directors Association* 4, 291-301.
- BAKKER, H. (1992). *Herziening consensus decubitus*. (1 ed.) Utrecht: CBO.
- BALE S, TEBBLE N, JONES VJ, PRICE PE (2004). *The benefits of introducing a new skin care protocol in patients cared for in nursing homes*. *Tissue Viability* 14(2): 44-50.
- BALTIMORE, D. GARCÍA, F., PANCORBO, P., RODRÍGUEZ, M. (2001). *Evolución de la enfermería profesional en España*. *Index Enferm* ; 32-33: 23-7.
- BARANOSKI (2006). *O essencial sobre o tratamento de feridas - Princípios práticos*. Loures. Lusodidacta p.294.
- BATES-JENSEN BM, CADOGAN M, OSTERWEIL D, LEVY-STORMS L, JORGE J, AL-SAMARRAI N, GRBIC V & SCHNELLE JF (2003) *The minimum data set pressure ulcer indicator: does it reflect differences in care processes related to pressure ulcer prevention and treatment in nursing homes?* *Journal of the American Geriatrics Society* 51, 1203-1212.

- BENNETT, G, DEALEY, C, POSNETT J. (2004). *The cost of pressure ulcers in the UK*. Age and Ageing; 33:230-235.
- BERGQUIST S, FRANTZ R (1999). *Pressure ulcers in community based older adults receiving home care: Prevalence, incidence, and associated risk factors*. Adv Wound Care;12:339-351.
- Bergquist S. & Frantz R. (2001) *Braden Scale: validity in communitybased older adults receiving home health care*. Applied Nursing Research 14(1), 36-43.
- Bergstrom et al (1987) The Braden scale for predicting pressure sore risk, *Nursing Research* 36(4):205-210.
- BERGSTROM E BRADEN, (1992). *A prospective study of pressure sore risk among institutionalized elderly*. J A m Ger Soc,; 40: 748-58.
- BERGSTROM, N et al (1995). *Using a research-based assessment scale in clinical practice*. Nursing clinics of North America; 30 (3): 539-551.
- BERGSTROM, N (1997). *Strategies for preventing pressure ulcers*. Clinics in Geriatric Medicine; 13 (3): 437-454.
- BERLOWITZ D R, et al (1996). *Rating long-term care facilities on pressure ulcer development: importance of case-mix adjustment*. Annals of internal Medicine 124(6): 557-563.
- BEST PRACTICE (1997) Pressure Sores. Part 1: prevention of pressure related damage. The Joanna Briggs Instituted for Evidence Based Nursing and Midwifery 1(1), 1-6.
- BOSTROM J. & KENNETH H. (1992) *Staff nurse knowledge and perceptions about prevention of pressure sores*. Dermatologic Nursing 4, 365-368.
- BOUCHARON. M. et all (1988). *Protocole de prévention d'escarres*. Soins Chirurgie, n° 94/95: 33-42.
- BLISS, M. (1990). *Editorial – Preventing pressure sores*, Lancet, 335, pp.1311-1312
- Bliss M. (1995). *Preventing pressure sores in elderly patients - a comparison of seven mattress overlays*. Age and Ageing;24:297-302.
- BOURS, G. J. J. W. (1999). *The development of a national registration form to measure the prevalence of pressure ulcers in The Netherlands*. Ostomy/Wound Management 45(11):28-40.
- BOURS GJJW, HALFENS RJG, HUYER ABU-SAAD H, GROUW RTPM (2002). *Prevalence, prevention and treatment of pressure ulcers: descriptive study in 89 institutions in the Netherlands*. Research in Nursing & Health 25:99-110

- BOURS, G. J. J. W. (2003). *Pressure Ulcers: Prevalence measurements as a tool for improving care*. Universitaire Pers Maastricht, 11-14.
- BUSS, I. C. (2004). *Pressure ulcer prevention in nursing homes: views and beliefs of enrolled nurses and other health care workers*. Journal of Clinical Nursing. Blackwell Publishing Ltd, vol. 13: 668-676.
- CALIANNO, C, 2007 - *Pressure ulcers in acute care: A quality issue*. In: *Nursing Management* Maio. Volume 38 Num. 5. Pages 42 – 51
- CENTERS FOR MEDICARE AND MEDICAID SERVICES (2002). *Revised Long-Term Care Resident Assessment Instrument*. User's Manual for the Minimum Data Set (Version 2.0).
- CERQUEIRA, M. (2005). *O cuidador e o doente paliativo: análise das necessidade/dificuldades do cuidador para o cuidar do doente paliativo no domicílio*. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, Lda. 227p.
- CLARK M AND WATTS S (1994) *The incidence of pressure sores in a National Health Service Trust hospital during 1991*. Journal of Advanced Nursing,20,pp.33-36.
- CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM e Ordem dos Enfermeiros (2006). *Classificação Internacional para a prática de Enfermagem: versão 1.0*. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros
- CORREIA, C. et al (2001). *Os enfermeiros em cuidados de saúde primários*. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Volume Temático 2: 75 – 82.
- COSTA, I. G. (2003). *Incidência de úlcera por pressão e factores de risco relacionados em pacientes de um centro de terapia intensiva*. Ribeirão Preto, 2003, Dissertação de mestrado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.
- CREWE R (1987). Problems of rubber ring nursing cushions and a clinical survey of alternative cushions for ill patients. Care Sci Pract. 5(2):9-11.
- CULLEY, F. (1998). *Nursing aspects of pressure sore prevention and therapy*. British Journal of Nursing, 7 (15) pp. 879-884.
- CULLUM N, DEEKS J, FLETCHER, AW, SHELDON, TA, SONG, F. (1995). *Preventing and treating pressure sores*. Quality in Health Care; 4:289-297.
- CULLUM N, MCINNES E, BELL-SYER SEM, LEGOOD R. (2004). *Support surfaces for pressure ulcer prevention (Cochrane Review)*. In: *The Cochrane Library*, Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; Issue 3,
- CULLUM N, NELSON EA, NIXON J. (2005). *Pressure sores*. Clin Evid; 13:1-11
- DAVIES K, STRICKLAND J, LAWRENCE V, DUNCAN A, ROWE J. (1991). *The hidden mortality from pressure sores*. Journal of Tissue Viability;1:118– 9.

- DEALEY, C. (1997). *Managing Pressure Sore Prevention*. Salisbury: Division of Mark, Quay Books.
- DEALEY, C. (2006). *Tratamento de feridas: Guia para enfermeiros*. Lisboa. Climepsi Editores. pp. 140-158.
- DEFLOOR T (2000) *The effect of position and mattress on interface pressure*. Appl Nurs Res 13(1):
- DEFLOOR, T. et al (2008). *Mobiliser pour prévenir les Escarres in* Colectânia: Enfermagem e Úlceras por Pressão: Da Reflexão sobre a Disciplina às Evidências nos Cuidados, GRUPO ICE. Angra do Heroísmo, ISBN: 978-972-8612-41-2
- DELAUNOIS A. (1991). *Prévention et Traitement des Escarres*. Soins Infirmiers. Paris. Nº 547, Avril, p. 34-48.
- DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2008). *Circular Informativa Nº: 35/DSQC/DSC* de 12 de Dezembro.
- DOPIERALDA (2007). *Level of preparation for preventive procedures and pressure ulcer treatment in health care units from the Kujawsko-Pomorski region*. Advances in a medical sciences. Vol 52. Suppl. 1: 81 -84
- ESPERÓN GUIMIL, JA, VASQUEZ VIZOSO, FL (2004). *Conocimientos de las enfermeras sobre úlceras por presión y sus determinantes*. Gerokomos. 15(2):107-116
- EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (1998). *Pressure ulcer prevention guidelines*. EPUAP Rev; 1: 7-8.
- 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.
- EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL AND NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL. (2009). *Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide*. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel.
- FERREL, B.; JOSEPHSON, K.; NORVID, P; ALCORN, H. (2000). *Pressure ulcers among patients admitted to home care*. Journal of the American Geriatrics Society, 49 (5). 1042-1047.
- FORTIN, M. (2009). *Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação*. Lusodidacta. ISBN: 9789898075185
- FRANTZ, RA, HSIAO-CHEN TANG, J, TITLER, Mg (2004). *Evidence-Based protocol prevention of pressure ulcers*. J Gerontol Nur; 30, 2: 4-11.

- FREDERICO, M, LEITÃO, M. (1999). *Princípios de Administração para Enfermeiros*. 1ª ed; Coimbra, 193 p.
- FUENTES, José Raul Duenãs (2000). *Unidades de Enfermagem en las úlceras de Presión*. Acedido a 28 de Julho de 2009 em www.terra.es/personel/duanas
- FURTADO, K. et al (2001). *Prevenção e tratamento de Úlceras de Pressão*. Formasau: Coimbra.
- FURTADO, K. (2003). *Úlceras de Pressão - Actualidades e paradoxos*. Nursing, nº183, Dezembro, pp.37-42.
- GARCÍA FP, PANCORBO PL, TORRA JE, BLASCO C. (2004). *Escalas de valoración de riesgo de úlceras por presión*. En: Torra JE, Soldevilla JJ. (eds). Atención Integral de las Heridas Crónicas. 1ª Ed. Madrid:: 209-226.
- GARCÍA, FP, et al (2005). *Guía para el manejo de: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea, Deterioro de la integridad cutánea, Deterioro de la integridad tisular, relacionado con las úlceras por presión*. Evidentia, sept; 2(supl). En: <http://www.index-f.com/evidentia/2005supl/167articulo.php> [ISSN: 1697-638X]
- GEBHARDT KS, BLISS MR, WINWRIGHT PL, THOMAS J. (1996). *Pressure-relieving supports in an ICU*. J Wound Care; 5 (3): 116-21.
- GHIGLIONE, R. et al. (1992), *O Inquérito - Teoria e Prática*, Oeiras, Celta Editora.
- GNEAUPP (2003). Documento I del GNEAUPP. *Prevención de las úlceras por presión*. Revisión Febrero 2003. Acedido a 16 de Março de 2008 em www.gneaupp.org.
- GONÇALVES, M. Teresa Fernandes (1996). *A úlcera de pressão e o idoso*. Nursing: Revista de Enfermagem, nº 106, ed. Portuguesa, Dezembro, p. 13.
- GRUPO ICE (2008). *Colectânia: Enfermagem e Úlceras por Pressão: Da Reflexão sobre a Disciplina às Evidências nos Cuidados, Angra do Heroísmo*, ISBN: 978-972-8612-41-2
- GUENTER, P. MARLYSEK, R., BLISS, D. et al (2000). *Survey of nutritional status in newly hospitalised patients with stage III or stage IV pressure ulcers*. Advances in Skin and Wound Care, 13(4): 164-168.
- GUIMARÃES, A. et al (1999). *Representaciones del cuidador familiar ante el anciano com AVC*. Revista ROL de Enfermeria. Barcelona.Vol.22, nº6, p.453-464.
- GUNNINGBERG, L, LINDHOLM, C, CARLSSON, M, SJODEN, P. (2001). *Risk, prevention and treatment of pressure ulcers: nursing staff knowledge and documentation*. Scand J Caring Sci; 2001; 15: 257-263.

- HALFENS RJG, EGGINK, M, (1995). *Knowledge, Belifs and use of nursing methods in preventing pressure sores in Dutch hospitals*. Inn j. Nurs Stud; 32 (1): 16-26.
- HALFENS RJG, BOURS GJJW, BRONNER CM. (2001). *The impact of assessing the prevalence of pressure ulcers on the willingness of health care institutions to plan and implement activities to reduce the prevalence*. Journal of Advanced Nursing, 36(5):617-625.
- HALLETT, A. (1996). *Managing pressure sores in the community*. Journal of Wound Care 5(3):105-107.
- HERRERO E, ORDOÑO C. (2004). *Superficies especiales para el manejo de la presión, factor determinante en la disminución de úlceras por presión en atención domiciliaria*. En: Soldevilla Agreda JJ, Martínez Cuervo F (eds.). *Actas del V Simposio nacional sobre úlceras por presión y heridas crónicas*. Oviedo: GNEAUPP; 16.
- HIBBS P. (1988). *The economics of pressure ulcer prevention*. Decubitus; 1(3):32-38.
- HILL, M. e HILL, A. (2000). *Investigação por questionário*, Lisboa: Edições Sílabo.
- HULSENBOOM, MA (2004). *Decubitus preventie door de jaren heen. (Prevention of Pressure Ulcers. A Comparison of the Knowledge And Use of Preventive Methods to Prevent Pressure Ulcers, by Nurses And Health Care Givers)*. Thesis, Department Health Care Studies/Section Nursing Science, Universiteit Maastricht, Maastricht, p. 53.
- HUNTER, S, CATHCARD-SILBERBERG, T, LANGEMO, DK, OLSON, B, HANSON, D, BURD, C. (1992). *Pressure ulcer prevalence in a rehabilitation hospital*. J Rehabil Nurs; 5: 239-42.
- IGLESIAS C. y cols (2006). *Pressure relieving support surfaces (PRESSURE) trial: cost effectiveness analysis*. BMJ. 332(7555):1416.
- IMAGINARIO, C. (2004). *O idoso dependente em contexto familiar: uma analise da visão da família e do cuidador principal* – Coimbra: Formasau Ed.- 242 p.
- INMAN KJ, SIBBALD WJ, RUTLEDGE FS, CLARK BJ. (1993). *Clinical utility and cost-effectiveness of an air suspension bed in the prevention of pressure ulcers*. JAMA. 269:1139-1143.
- JESUS, C. et al (2005). *Alta clínica e continuidade de cuidados no domicílio* In: "Sinais Vitais". - Lisboa. nº. 59 (Mar.). - p. 25-28.
- JOHNSON J. (1994). *Pressure area risk assessment in a neurological setting*. British Journal of Nursing;3(18):926-35.

- JOVELL AJ, NAVARRO MD (1995). *Guías de práctica clínica*. FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria; 2 (3): 152-6.
- KALTENHALER, E, WHITFIELD, MD, WALTERS, SJ, AKEHURST, RL, PAISLEY, S. UK, USA, and Canadá (2001). *How do their pressure ulcer prevalence and incidence data compare?* J Wound Care; 10(1):530-535.
- KANAGAWA K. et al (1998). *Prevalence of pressure ulcer of patient in home visiting nursing service*. Nippon Koshu Eisei Zasshi 45(8):758-767.
- KIRSNER RS, FROELICH CW. (1998). Soaps and detergents: understanding their composition and effect. *Ostomy Wound Manage.*;44(3A):62S-70S.
- KHUN, B. A., COULTER, S. J. (1992). *Balancing the pressure Ulcer cost and quality equation*. Nursing Economics; vol.10: 353 – 359.
- LAMANTIA, J. (2000). *Integridade da pele*. In *Enfermagem de reabilitação – Aplicação e processo*, HOEMAN, S. 1ª ed. Lusodidacta, p. 301-356
- LAND L (1995). *A review of pressure damage prevention strategies*. Journal of Advanced Nursing;22:329-37.
- LUCKMANN, e Sorensen (1998). *Enfermagem Fundamental: Abordagem Psicofisiológica*. Primeira edição Portuguesa, Lusodidata. Lisboa, p. 1963.
- LYDER CH, et al. (2002). *A comprehensive program to prevent pressure ulcers in long-term care: exploring costs and outcomes*. *Ostomy Wound Manage*;48(4):52-62.
- LYDER C, VAN RIJSWIJK L. (2005). *Preventing and managing pressure ulcers in long-term care: An overview of the revised federal regulation*. *Ostomy Wound Manage.*;51(4suppl);2-6.
- LYNEHAM, J. (2004). *Uma conversa com o familiar que presta os cuidados a um moribundo*. In: "Servir". - Lisboa. - vol. 52, nº. 1 (Jan.-Fev.). - pp. 27-30.
- MAKLEBUST J.A. e SIEGGREEN M. (2001). *Pressure Ulcers. Guideline for Prevention and Management*, 3rd edn. Springhouse Corporation, Springhouse, PA.
- MARGOLIS, D.; BERLIN, J. ; STROM, B. (2003). *Medical conditions as risk factors for pressure ulcers in an out-patient setting*. Age and Ageing. 32. pp. 259-264.
- MARQUIS, LB, HUSTON, JC (1999). *Administração e Liderança em Enfermagem: teoria e aplicação*. 2ª edição Artes Médicas, Porto Alegre. p. 313-315.
- MARTINEZ, (2008). *Las Úlceras por Presión: Una problemática prevenible*. in Colectânea: Enfermagem e Úlceras por Pressão: Da Reflexão sobre a Disciplina às Evidências nos Cuidados, GRUPO ICE. Angra do Heroísmo, ISBN: 978-972-8612-41-2

- MARTINS, T. (2004). *Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI)-Reavaliação das propriedades* In: "Referência"- Coimbra. Nº11 (Mar.).-p.11-31.
- MAYLOR, M., TORRANCE, C. (1999). *Pressure sore survey Part 2: nurses' Knowledge*. J. Wound Care 8 (2): 49-52.
- MCKEENEY L (2004). *Provision of alternating air-pressure mattresses in the community*. Nurs Times; 100 (22): 54-6.
- MEEHAN M, O'HARA L & MORRISON YM (1999) *Report on the prevalence of skin ulcers in a home health agency population*. Advances in Wound Care 12, 459-467.
- MELEIS, A.; TRANGENSTEIN, P. (1994). Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*, 42, 255 – 259.
- MERRIAM-WEBSTER (1994). *Merriam-Webster's collegiate dictionary*, 10th ed. Merriam, Springfield.
- MILLER, H, DELOIZER, J. (1994). *Cost implications of the pressure ulcer treatment guideline*, Center for Health Policy Studies.
- MILWARD, P (1993). *How to manage pressure sores in the community*, British Journal of Nursing, vol 2, nº 9.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE - DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (1998). *Úlceras de pressão/escaras. Circular Informativa dirigida a todos os hospitais e centros de saúde com unidades de internamento*. Lisboa, nº 25/DSPCS.
- MOLTÓ C. (2002). *Introducción a los métodos de investigación en educación*. Madrid: Editorial EOS. pp. 150.
- MORISON, MJ. et al (2004). *Prevenção e Tratamento de Úlceras de Pressão: problemas e paradoxos*, ISBN 972-8383-68-1, Lusociência, Loures.
- NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE (N.I.C.E) (2001). *Guidance on the use of debriding agents and specialist wound care clinics for difficult to heal surgical wounds*. Technology Appraisal Guidance No.24. April.
- NATIONAL PRESSURE ADVISORY PANEL (2000). *Position statement on Reverse Staging: The facts about Reverse Staging in 2000*". Acedido a 3 de Dezembro de 2008 em <http://www.npuap.org>.
- NETO, H. et al (1997). *Úlceras por pressão – um problema de enfermagem*. Servir vol. 41 nº1, p. 25-36
- NIGHTINGALE, F. (1860/1989). *Notas sobre a enfermagem. O que é e o que não é*. Tradução de Amália Correia de Carvalho. São Paulo, Cortez, ABEn.

- NORTON d. Exton-Smith AN, McLaren R. (1962). *An Investigation of Geriatric nursing problems in hospital*. London: Nacional Corporation for the care of old people.
- OFFICE OF HEALTH ECONOMICS (1992). *Compendium of Health Care Statistics*. OHE, London.
- OLIVER E. (1994). *Maintaining Nutritional Support in the Community*. 21st Conference of the Society. Bristol
- OOT GIROMINI, B. A. (1993). *Pressure ulcer prevalence, incidence and associated risk factors in the community*. Decubitus nº6 p. 24-32.
- OUSEY, K. (2005). *Pressure Ulcer Care*. Blackwell Publishing
- PALMA, M. R. et al (1997). *Prevención y Tratamiento de las úlceras por presión*. Revista Rol de Enfermería. Barcelona, nº 223, p. 13-18.
- PANAGIOTOPOULOU K, KERR SM. (2002). *Pressure area care: an exploration of greek nurses´ knowledge and practice*. J Adv Nurs; 40 (3): 285-96.
- PANCORBO PL, GARCÍA FP (2002). *Estimación del coste económico de la prevención de úlceras por presión en una unidad hospitalaria*. Gerokomos;13:164-71.
- PANCORBO P.L. , GARCIA F.P. , LOPEZ I .M. & ALVAREZ-NIETO C. (2006) *Risk assessment scales for pressure ulcer prevention: a systematic review* Journal of Advanced Nursing 54(1), 94-110
- PANCORBO, PL, GARCIA, FP, RODRIGUEZ, MC, TORRES, M, LOPEZ, I (2007). *Conocimientos y creencias de las enfermeras sobre el cuidado de las Úlceras por presión: revision sistemática de la literatura*
- PANEL FOR THE PREDICTION AND PREVENTION OF PRESSURE ULCERS IN ADULTS (1992). *Pressure ulcers in adults : prediction and prevention. Clinical practice guideline* number 3. Rockville: Agency for Health Care Policy and Research, Public Health Service, U.S. Department of Health and Human Services, AHCPR Publication No. 92-0047.
- PAQUAY, L, et al, 2008 - *Adherence to pressure ulcer prevention guidelines in home care:a survey of current practice*. Journal of Clinical Nursing 17, 627-636
- PECK C, MCCALL M, MCLAREN B, ROTEM T. (2000). Continuing medical education and continuing professional development: international comparisons. *BMJ*;320:432-5.

- PIEPER B, SUGRUE M, WEILAND M, SPRAGUE K, HEIMAN C. (1997). Presence of pressure ulcers prevention methods used among 262 L. Gunningberg et al. Patients considered at risk versus those considered not at risk. *J Wound Ostomy Continence Nurs*; 24: 191±9.
- PIEPER B, SUGRUE M, WEILAND M, SPRAGUE K, HEIMAN C. (1998). Risk factors, prevention methods, and wound care for patients with pressure ulcers. *Clin Nurse Spec*; 12: 7±12.
- POLIT, D. F., BECK, C. T., HUNGLER, B. P. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem – Métodos, avaliação e utilização*, 5ª ed. Porto Alegre Artmed 487p.
- RAMÓN C, SALVADOR C, TORRA i Bou JE (2000). *Úlceras por presión: evaluación de la utilización sistemática de un parque de superficies especiales para el manejo de la presión en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de Tarrasa*. *Enfermería Intensiva*; 11 (3): 118-26.
- RAMOS, R.; LÓPEZ, P.; VERDÚ, J. (2004). *Conocimientos del equipo de enfermería sobre los aspectos relacionados con las úlceras por presión en un centro sociosanitario*. *Investigación y Cuidados*; 2(4):14-19
- RICE, R. (2004). *Prática de Enfermagem nos Cuidados Domiciliários*. Loures: Lusociência. 579p.
- REBELO, G. (2001). *As qualificações dos mais idosos no mercado de trabalho: novos desafios*. *Sociedade e Trabalho*, Lisboa, nº 14/15. (Jul./Dez.), p. 69-78.
- RESEARCH DISSEMINATION CORE (2002) *Prevention of Pressure Sore*. *Gerontological Nursing Interventions Research Center*, University of Iowa, Iowa City.
- RODRÍGUEZ M; MALIA R; ALMOZARA R; GARCÍA F; GÓMEZ GINÉZ D; TORRA i Bou JE. (2004). Impacto de la adquisición de un parque de superficies especiales para el manejo de la presión en la epidemiología de las úlceras por presión en unidades de medicina interna y cuidados paliativos. En: Soldevilla Agreda JJ, Martínez Cuervo F (eds.). *Actas del V Simposio nacional sobre úlceras por presión y heridas crónicas*. Oviedo: GNEAUPP;
- ROYAL COLLEGE OF NURSING. (2001). *Pressure ulcer risk assessment and prevention. Implementation guide and audit protocol*,. Cavendish Square London.
- RUSSELL L. (1996). *Knowledge and practice en pressure area care*. Prof Nurse.
- SALIBA D, RUBENSTEIN LV, SIMON B, HICKEY E, FERRELL B, CZARNOWSKI E & BERLOWITZ D (2003). *Adherence to pressure ulcer prevention guidelines:*

- implications for nursing home quality.* Journal of the American Geriatrics Society 51, 56-62.
- SANDSTROM R. (1994). *Development of a comprehensive staff education plan for a rehabilitation center.* The Health CareManager, ProQuest Nursing Journals;13(2):34-43
- SCHUE, ROE M, LANGEMO D K (1999). *Prevalance, incidence, and prevention of pressure ulcers on rehabilitation unit.* JWOCN; 26, 3: 121-9.
- SCHUMACHER, K.L.; MELEIS, A.I. (1994). Transitions: A central concept in nursing. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 26, 119-127
- SEGOVIA T, BERMEJO F, MOLINA R, RUEDA J, TORRA JE. (2001). *Cuidados de la piel y úlceras por presión.* Rev. Rol Enf; 24 (9): 18-22
- SERVICIO ANDALUZ DE SALUD (2007). *Guía de práctica clínica para la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión.* Servico Andaluz de Salud
- SMITH L.N., BOOTH N., DOUGLAS D., ROBERTSON W.R., WALKER A., DURIE M., FRASIER A., HILLAN E.H. & SWAFFIELD J. (1995) *A critique of 'at risk' pressure sore assessment tools.* Journal of Clinical Nursing 4, 153-159.
- SOLDEVILLA, JJ, TORRA I BOU, JE. (1999). *Epidemiología de las úlceras por presión en España. Estudio piloto en la Comunidad Autónoma de la Rioja.* Gerokomos/Helcos. 10(2):75-87.
- SOLDEVILLA, JJ, TORRA I BOU, JE, VERDÚ, J, MARTÍNEZ, F, LÓPEZ, P, RUEDA, J, MAYÁN, JM. (2006). *2º Estudio nacional de prevalencia de úlceras por presión en España, 2005. Epidemiología y variables definitorias de lesiones y pacientes.* Gerokomos; 17(3): 154-172.
- STANHOPE, M.; LANCASTER, J. (1999). *Enfermagem Comunitária - Promoção da saúde de grupos, família e indivíduos.* Lusociência.
- STREUBERT, H & CARPENTER, D. (2002) *Investigação em Enfermagem: avançado o imperativo humanista* (2ª edição) Loures: Lusociência
- THEAKER, C.; MANNAN, M.; IVES, N.; SONI, N. (2000). *Risk factors for pressure sores in the critically ill.* Anesthesia, V..55, n.3, p 221-224.
- THE NURSING BEST PRACTICE GUIDELINE (2003). *Risk Assessment and Prevention of Pressure Ulcers.* Registered Nurses' Association of Ontario, Ontario. Consultado em <http://www.rnao.org> a 30 Junho 2008
- THOMAS DR. (2001). *Prevention and treatment of pressure ulcers: What works? What doesn't?* Cleveland Clinic Journal of Medicine; 68(8):704-722.
- THOMAS, DR, GOODE, PS, TARQUINE, PH, ALLMAN, RM. (1996). *Hospital-acquired pressure ulcers and risk of death.* J Am Geriatr Soc; 44(12):1435-1440.

- THORODDSEN, A (1999). *Pressure sore prevalence: a national survey*. Journal of Clinical Nursing,; 8:170-179.
- TORRA I BOU, JE. (1998). *Epidemiología de las úlceras por presión o el peligro de una nueva torre de Babel*. Rev. Rol de Enfermería; 238:75-88.
- TORRA I BOU , JE, RUEDA J, CANTÓN R. (2000). *Reducción de la presión en zonas de riesgo para desarrollar úlcera por presión con un apósito hidrocelular*. Rev Rol Enf; 23 (3): 211-218.
- TORRA I BOU, JE; RUEDA, J; CAÑAMES G et. al. (2002). *Úlceras por presión en los talones. Estudio comparativo entre el vendaje protector y un apósito hidrocelular con forma especial para talones*. Rev. Rol Enferm.. 25 (5):371-376.
- TORRA I BOU, JE, SOLDEVILLA, JJ, RUEDA, J, VERDÚ, J. (2003). *1er Estudio nacional de prevalência y tendencias de prevención de upp en España (2001)*. Gerokomos,; 14 (1): 37-47.
- TORRANCE C. Maylor, M. (1999). *Pressure sore survey: part one*. Journal of Wound Care 8(1):27-30.
- TOUCHE ROSS (1993) *The Cost of Pressure Sores*. DH/Touche Ross. London
- TWEED M, DEVADAS R. (2006). *Factors to consider when assessing progress in observed consultation*. Focus Health Prof Educ.;8(1):64-75.
- VANDEBOSCH T., MONTOYE C., SATWICZ M., DURKEE K. &BOYLAND B. (1996) *Predictive validity of the Braden scale and nurse perception in identifying pressure ulcer risk*. Applied Nursing Research 9(2), 80-86.
- VERDÚ, J. (2005). *Epidemiología, Prevención y Tratamiento de las Úlceras por Presión*. Tese de doutoramento apresentada em Outubro na Universidade de Alicante p.11-13
- VERSLUYSEN, Margaret. (2000). *Úlceras de Pressão: causas e prevenção*. Nursing: Ed. Portuguesa, Revista Técnica de Enfermagem, nº 12, Janeiro, Ano I, P. 21.
- Whittington K, Moore R, Patrick M, et al. (1999). *Managing pressure ulcers: a multi-site CQI challenge*. Nursing Management; 30(10):27-30.
- WILKES LM, BOSTOCK E, LOVITT L, DENNIS G. (1996). *Nurses' knowledge of pressure ulcer management in elderly people*. Br J Nurs; 5 (14): 858-65.
- WILLIAMS, D.; STOTTS, N.; NELSON, K. (2000). *Patients with existing pressure ulcers admitted to acute care*. Journal of Wound and Ostomy Care Nursing, 27 (4). pp. 216-226.
- WIPKE-TEVIS DD, WILLIAMS DA, RANTZ MJ, POPEJOY LL, MADSEN RW, PETROSKI GF & VOGELSMEIER AA (2004) *Nursing home quality and pressure ulcer*

prevention and management practices. Journal of the American Geriatrics Society 52, 583-588.

WOUND OSTOMY CONTINENCE NURSES SOCIETY (2003). Guideline for prevention and management of pressure ulcers. Glenview, Ill.

ZULKOWSKI, K. (1999). *Items not contained in the pressure ulcer RAP associated with pressure ulcer prevalence in newly institutionalized elderly. Ost. Wound Manage.* 45(1):24-33.

ANEXOS

