

Cristina Isabel Brito Marques Gonçalves

Conhecimentos dos prestadores de cuidados na prevenção das Úlceras de Pressão

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade Ciências da Saúde

Porto, 2011

Cristina Isabel Brito Marques Gonçalves

Conhecimentos dos prestadores de cuidados na prevenção das Úlceras de Pressão

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade Ciências da Saúde

Porto, 2011

Cristina Isabel Brito Marques Gonçalves

Conhecimentos dos prestadores de cuidados na prevenção das Úlceras de Pressão

Cristina Isabel Brito Marques Gonçalves

Projecto de graduação apresentada à
Universidade Fernando Pessoa como
parte dos requisitos para obtenção do
grau de licenciatura em Enfermagem.

Sumário

O presente Projecto de Graduação está inserida no âmbito do plano curricular do 4º ano da Licenciatura de Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa – Porto, cujo tema abordado é: “ Conhecimento dos prestadores de cuidados na prevenção das úlceras de pressão”.

A investigação constitui o apoio de uma ampliação dos conhecimentos actuais sobre os cuidados de enfermagem. Deste modo, este conhecimento permite a melhoria dos cuidados de saúde e prova cientificamente o conhecimento do enfermeiro.

A enfermagem apresenta um papel preponderante na preparação dos prestadores de cuidados na prevenção de úlceras de pressão, sendo deste modo indispensável a referência dos ensinamentos e cuidados de enfermagem neste trabalho.

Neste estudo, surge a necessidade de identificar se os prestadores de cuidados informais têm conhecimentos sobre a prevenção das úlceras de pressão (UP).

A metodologia científica utilizada neste estudo, tem um carácter descritivo, inserido numa abordagem quantitativa e transversal, a uma amostra de 40 prestadores de cuidados informais de idosos em risco de contrair UP. Foi aplicado como instrumento de recolha de dados, um questionário com perguntas abertas e fechadas.

Após a aplicação do questionário constatou-se que 62,5% da amostra sabe o que é uma úlcera de pressão mas apenas 45% sabem prevenir as úlceras de pressão. Concluimos que é necessário incidir sobre os ensinamentos e na prevenção, de modo a que os prestadores de cuidados se sintam mais preparados e com menos dúvidas, pois apenas 37,5% referem que receberam conhecimentos suficientes.

Abstract

This project is part of the undergraduate curriculum in the 4th year of Nursing Graduation at the University Fernando Pessoa - Porto, whose theme addressed is: "Knowledge of health care providers in the prevention of pressure ulcers".

The research is supported by an expansion of current knowledge of nursing care. This knowledge allows the improvement of health care knowledge and scientific evidence of the nurse.

Nursing has a leading role in preparing health care providers in the prevention of pressure ulcers and are a indispensable reference for teaching and nursing care in this work.

In this study, the need to identify if the informal carers have knowledge about the prevention of pressure ulcers (PU).

The scientific methodology used in this study is a descriptive nature, included in a quantitative approach, cross-cutting a sample of 40 informal carers of elderly people at risk of UP. Was applied as a tool for data collection, a questionnaire.

After the questionnaire was found that 62.5% of the sample know what a pressure ulcer is, but only 45% know how to prevent pressure ulcers. We conclude that it is necessary to focus on the teachings and prevention, for caregivers feel more prepared and have less doubt, as only 37.5% report receiving sufficient knowledge.

Dedicatória

Dedico este trabalho em especial à minha família, namorado e amigos pelo incentivo que me deram nos momentos de maior tensão e desânimo ao longo desta árdua caminhada.

Agradecimentos

Ao estar próximo do final da Licenciatura torna-se um dever meu expressar o meu agradecimento a todos aqueles que me ajudaram ao longo desta trabalhosa caminhada, que em vários momentos e de diversas formas deram o seu precioso contributo para a realização deste trabalho de investigação.

Desta forma agradeço publicamente a todas as pessoas que me acompanharam nestes meses de trabalho intenso:

Aos meus pais que sempre me apoiaram e pelos esforços que fizeram ao longo do meu percurso como futura Enfermeira, principalmente nos momentos de maior desânimo.

Ao meu namorado que esteve sempre presente quando necessitei, encorajando-me a continuar nos momentos mais difíceis.

À Professora Patrícia Araújo por ter aceitado ser minha orientadora, o meu reconhecimento pela disponibilidade e acompanhamento, com que colaborou neste trabalho.

Aos Prestadores de Cuidados Informais que aceitaram participar neste estudo e a todos os Enfermeiros dos serviços por onde apliquei o meu questionário, porque sem eles o estudo não seria possível.

À Universidade Fernando Pessoa que me acolheu e que permitiu a concretização da minha Licenciatura.

Agradeço a todos aqueles que me apoiaram na realização do Projecto de Graduação.

Abreviaturas e siglas

APTF – Associação Portuguesa Tratamento de Feridas

AVD's – Actividades de vida diárias

CEE – Comunidade Económica Europeia

CEI – Comissão ética de investigação

CIPE – Classificação Internacional para prática de Enfermagem

CRMC – *Conseil de recherches médicales du Canada*

EPUAP - European Pressure Ulcer Advisory Panel

NPUAP - American National Pressure Ulcer Advisory Panel

ONU – Organização Nações Unidas

p. – página

SNG - Sonda Nasogástrica

UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

UP – Úlcera de Pressão

Índice

0. Introdução.....	14
I. Fase conceptual	16
1.1 Justificação e delimitação do tema de investigação.....	16
1.2 Problema de investigação	17
1.3 Questões de investigação	17
1.4 Objectivos de investigação	18
1.5 Revisão Bibliográfica	19
i. Conhecimentos.....	19
ii. Prestadores de cuidados	20
iii. A família.....	21
a) A Enfermagem e a família	22
b) Família como prestadora de cuidados	24
iv. Anatomia e Fisiologia da pele.....	24
v. Úlceras de pressão	26
a) Factores de risco.....	27
b) Prevenção	31
c) Cuidados de enfermagem	33
vi. Materiais de Protecção	34
II. Fase metodológica	36
2.1 Tipo de estudo.....	36
2.2 Meio	36
2.3 População e amostra	37
2.4 Amostra.....	37
2.5 Processo de amostragem	37
2.6 Variáveis em estudo	38
2.7 Instrumento de colheita de dados.....	39
2.8 Pré-teste	41
2.9 Questões éticas.....	41
III. Fase Empírica	43
3.1 Apresentação, análise de dados e discussão dos resultados.....	43
IV. Conclusão	61
V. Revisão Bibliográfica.....	64

Anexos

Anexo I (Cronograma)

Anexo II (Autorização da Comissão de Ética do Hospital São João)

Anexo III (Instrumento de colheita de dados)

Índice de quadros

Quadro nº 1: Distribuição da amostra segundo o género

Quadro nº 2: Distribuição da amostra segundo a idade

Quadro nº 3: Distribuição da amostra segundo a relação de proximidade com o doente

Quadro nº 4: Distribuição da amostra segundo o grau de escolaridade do prestador de cuidados

Quadro nº 5: Distribuição da amostra segundo o tempo que é prestador de cuidados

Quadro nº 6: Distribuição da amostra segundo o tipo de cuidados prestados ao doente

Quadro nº 7: Distribuição da amostra segundo o tipo de dependência do doente

Quadro nº 8: Distribuição da amostra segundo a quantidade de horas por dia que o prestador de cuidados presta

Quadro nº 9: Distribuição da amostra segundo os motivos pelo que são prestadores de cuidados

Quadro nº 10: Distribuição da amostra segundo se tem formação específica para cuidar de doentes dependentes

Quadro nº 11: Distribuição da amostra segundo se os prestadores de cuidados sabem o que é uma úlcera de pressão

Quadro nº 12: Distribuição da amostra segundo se os prestadores de cuidados sabem prevenir as úlceras de pressão

Quadro nº 13: Distribuição da amostra segundo o conhecimento dos prestadores de cuidados sobre as úlceras de pressão

Quadro nº 14: Distribuição da amostra sobre ensinamentos realizados aos prestadores de cuidados durante o actual internamento ou em internamentos anteriores

Quadro nº 15: Distribuição da amostra segundo o tipo de ensinamentos realizados aos prestadores de cuidados durante o actual internamento ou em internamentos anteriores

Quadro nº 16: Distribuição da amostra relativamente aos tipos de cuidados que foram demonstrados pela equipa de enfermagem

Quadro nº 17: Distribuição da amostra relativamente aos tipos de cuidados que foram observados pelos prestadores de cuidados

Quadro nº 18: Distribuição da amostra sobre a que nível o prestador de cuidados sentiu menos apoio

Quadro nº 19: Distribuição da amostra segundo se houve demonstração na prática de como posicionar

Quadro nº 20: Distribuição da amostra sobre o local de aquisição de conhecimentos pelos prestadores de cuidados

Quadro nº 21: Distribuição da amostra sobre o tipo de materiais utilizados pelos prestadores de cuidados

Quadro nº 22: Distribuição da amostra sobre os locais corporais onde deve ser colocada almofadas para alívio da pressão

0. Introdução

A elaboração deste Projecto de Graduação tem como objectivos aprofundar os métodos e técnicas de investigação científica, construir um trabalho de investigação exigido para obtenção do grau da licenciatura em Enfermagem e para aumentar o conhecimento sobre a temática em estudo.

Uma situação que afecta o equilíbrio e estabilidade da família é o aparecimento de uma doença a um dos membros, uma vez que a família vivencia juntamente com o elemento doente um processo de crise ou stress, isto é, todos os familiares podem ser afectados uma vez que as rotinas se alteram, as responsabilidades mudam, e, passa a existir maior procuração e inquietação.

Com o intuito de abordar esta temática foram evidenciados vários conteúdos tais como, a importância da existência dos conhecimentos e onde foram adquiridos, a classificação, etiologia das UP, factores de risco, e também os cuidados de enfermagem na prevenção das UP, realçando a grande importância dos cuidados e ensinamentos de Enfermagem.

Segundo Seaman (*cit. in* Fortin 2009, p. 5) a investigação científica consiste:

“Processo sistemático de colheita de dados observáveis e verificáveis no mundo empírico, isto é, no mundo que é acessível aos nossos sentidos, com vista a descrever, explicar, prever ou controlar fenómenos”.

O estudo apresentado é de interesse pessoal, estando consciente da importância do apoio dos profissionais de saúde às famílias e prestadores de cuidados informais, para que estas evoluam de forma equilibrada, aproveito a oportunidade para desenvolver este estudo de investigação, que faz parte do plano de estudos do 4º Ano da Licenciatura de Enfermagem, cujo tema é o “Conhecimento dos prestadores de cuidados na prevenção de úlceras de pressão”, com o intuito de explorar as alterações e necessidades da família prevenir a UP.

Na possível falta de conhecimento por parte dos prestadores de cuidados o Enfermeiro poderá fazer ensinamentos que proporcionem maior satisfação quer à família, quer ao utente e consequentemente, sentir-se-á pessoalmente e profissionalmente satisfeito.

O trabalho é constituído por cinco-partes. A primeira é a contextualização do problema, a segunda parte corresponde ao enquadramento teórico, onde fará referência a diferentes aspectos que estão subjacentes ao problema em estudo e fundamentamos teoricamente aspectos relacionados com as UP, o prestador de cuidados e a família de um doente, na terceira parte fará referência à metodologia a ser utilizada para proceder ao estudo, a quarta parte será a análise, interpretação e discussão dos resultados obtidos através do instrumento de colheita de dados e por fim teremos uma conclusão do estudo.

Este trabalho constitui o resultado de uma pesquisa bibliográfica, com o qual me propus a atingir os seguintes objectivos:

- Quais os motivos que levaram os familiares a serem prestadores de cuidados informais;
- Se os prestadores possuem conhecimentos suficientes sobre os cuidados a ter na prevenção das UP;
- Local onde os prestadores de cuidados adquiriram os conhecimentos;

O estudo apresentado consiste numa análise sobre os conhecimentos dos prestadores de cuidados na prevenção das úlceras de pressão a partir de um questionário elaborado aos prestadores de cuidados do Serviço de Medicina A3, A4 e B3 Homens do Hospital São João.

I. Fase conceptual

É uma fase que consiste na definição dos elementos de um problema. Este processo é composto por a escolha de um tema de estudo e da questão de investigação, da realização de um quadro de referências, formulação de um problema, e um enunciado com questões de investigação (Fortin 2009).

Segundo Fortin (2009, p. 49) a fase conceptual define “os elementos de um problema (...) o investigador elabora conceitos, formula ideias e recolhe a documentação sobre um tema, com vista a chegar a uma concepção clara do problema”.

É uma fase muito importante pois dá à investigação uma orientação e um objectivo. A elaboração deste estudo tem por base uma pesquisa bibliográfica aprofundada e actualizada, de forma a complementar e enriquecer os conhecimentos sobre o tema e atingir os objectivos estabelecidos, facilitando a sua compreensão.

Pegando na questão central do meu estudo “Conhecimento dos prestadores de cuidados na prevenção de úlceras de pressão”, deparou-se com a necessidade de aprofundar separadamente os diferentes elementos da questão. Assim, para uma melhor estruturação e compreensão do trabalho começamos por desenvolver alguns aspectos sobre os prestadores de cuidados. Posteriormente efectuamos uma referência à família, às úlceras de pressão, conhecimentos e cuidados na sua prevenção e o papel do Enfermeiro na educação para a saúde.

1.1 Justificação e delimitação do tema de investigação

Segundo Fortin (2009) o tema de estudo é um elemento particular de um domínio de conhecimentos de interesse para o investigador e que o estimula na realização de uma investigação tendo em vista aumentar os seus conhecimentos.

O tema escolhido é: “Conhecimentos dos prestadores de cuidados na prevenção das úlceras de pressão”. É um tema que me preocupa no sentido de alertar para a problemática, motivando-me deste modo a realizar a investigação.

A escolha desta temática surgiu com base na experiência pessoal e observação nos ensinamentos clínicos, onde constatei que há uma grande incidência e prevalência de úlceras de pressão na nossa população. Por este motivo, é pertinente a sua abordagem para que deste modo tenhamos a noção dos conhecimentos que os prestadores de cuidados informais possuem e para a necessidade de otimizar ensinamentos aos mesmos na prevenção das úlceras de pressão.

1.2 Problema de investigação

O processo de investigação é uma situação problemática, que transmite interesse e/ou preocupação ao investigador. O problema de investigação para Fortin (2009, p. 52) é “desenvolver uma ideia baseando-se numa progressão lógica dos factos, em observação e raciocínios relativos ao estudo que se deseja empreender.”, sendo que este constitui um ponto de partida para a elaboração do estudo.

O problema deste trabalho de investigação é: “Será que os prestadores de cuidados possuem conhecimentos suficientes para prevenir as úlceras de pressão?”

1.3 Questões de investigação

Segundo Fortin (2009, p. 53) “Uma questão de investigação é uma interrogação precisa, escrita no presente e que inclui o ou os conceitos em estudo.”

As questões de investigação são o alvo do que o investigador pretende esclarecer para obter a resposta ao tema de investigação. Foram formuladas as seguintes questões de investigação:

- Será que os prestadores de cuidados recebem informações suficientes pelos Enfermeiros?
- Os prestadores de cuidados têm conhecimentos sobre a prevenção das úlceras de pressão?
- Onde é que os prestadores de cuidados adquirem os conhecimentos?

1.4 Objectivos de investigação

A delineação dos objectivos de uma investigação é essencial para obter os fins a que se destina o processo de investigação.

Para Fortin (2009, p.160) “O objectivo de um estudo é descrever, explicar ou prever, segundo o estado dos conhecimentos no domínio estudado.”

O objectivo geral é determinar o conhecimento dos prestadores de cuidados na prevenção das úlceras de pressão, a partir do objectivo geral foram desenvolvidos os seguintes objectivos específicos que vão de encontro com o objectivo geral:

- Saber se os prestadores de cuidados possuem conhecimentos suficientes sobre os cuidados a ter na prevenção das UP;
- Identificar o local onde os prestadores de cuidados adquiriram os conhecimentos;

1.5 Revisão Bibliográfica

A revisão bibliográfica engloba um conjunto de temas que o investigador acha pertinente para a aquisição de conhecimentos sobre a temática, de modo a explicar os desenvolvimentos do estudo de investigação.

Segundo Fortin (2009, p. 16) “ a investigação é um método por excelência, que permite adquirir conhecimentos e, por este facto, ela depende da teoria, visto que esta dá uma significação aos conceitos utilizados numa determinada situação”.

A elaboração deste estudo tem por base uma pesquisa bibliográfica aprofundada e actualizada, de forma a complementar e enriquecer os conhecimentos sobre o tema, a atingir os objectivos estabelecidos e a facilitar a sua compreensão.

i. Conhecimentos

O conhecimento acompanha desde sempre a Humanidade, é algo enquadrado no nosso quotidiano, onde todos os dias aprendemos algo, por exemplo uma nova palavra enriquece o nosso vocabulário, damos um novo sentido a uma frase, entre muitas outras coisas.

Muitos autores tentam definir o conhecimento, segundo Rosini e Palmisano (*cit. in* Silva 2009, p.103) “ o conhecimento humano é tático e orientado para a acção, baseado em regras, individual, e está em constante mutação.” Para estes autores, a melhor definição de conhecimentos é a competência, que consiste em cinco elementos: conhecimento explícito, habilidade, experiência, julgamento de valor e rede social.

Os mesmos autores entendem também que o conhecimento é um atributo e uma característica do Humanos, que se adequam às coisas pelo pensamento estabelecendo relações com o mundo. Esta linguagem é uma forma de expressão sendo o conhecimento o próprio conteúdo desse processo.

Para Martins (2008, p. 57) o conhecimento é:

“um reflexo da natureza no homem. Mas não é um reflexo simples, imediato, completo, mas sim uma série de abstrações, a formação de uma série de abstrações, a formação de uma série de conceitos, leis, etc., e estes conceitos de leis, etc. (pensamento, ciência = “a idéia lógica”) abarcam condicionalmente, aproximadamente, o carácter universal, regido por leis, da natureza em eterno desenvolvimento e movimento”.

O conhecimento é adquirido através da prática, ou seja, após a obtenção de conhecimentos teóricos e ao observar como devem ser executados, partimos para a prática que vai permitir a identificação de dúvidas através da dificuldade em efectuar as actividades.

ii. Prestadores de cuidados

A cultura Portuguesa atribui às famílias a responsabilidade de cuidar dos familiares idosos e mais chegados. “Deste modo, cuidar de parentes apresenta-se como uma extensão dos papéis normais da família, o que, aliado a alguma hostilidade para as instituições, pressiona a família no sentido de manter esse papel” (Figueiredo *et al.*, 2004 p. 99). O cuidar é um acto que implica uma relação de empatia e cumplicidade entre o prestador de cuidados e a pessoa que recebe os cuidados.

Nos dias que decorrem tem havido uma diminuição da disponibilidade dos cuidadores informais sendo solicitado muitas vezes a intervenção dos cuidadores formais.

Segundo Luders e Storani (*cit. in* Figueiredo 2007, p.101) o prestar cuidados “Trata-se de uma actividade complexa, com dimensões psicológicas, éticas, sócias e demográficas, que também comporta os aspectos clínicos, técnicos e comunitários”.

Os cuidados podem ser formais (âmbito profissional) e informais (prestados pela rede familiar, amigos ou vizinhos). Neste estudo irei salientar os cuidadores informais pois são os que estão incluídos no estudo.

O cuidador informal entende-se por interações entre um membro da família, amigo, ou vizinho que ajuda outro, de maneira voluntária e não remunerada, na realização de actividades que são necessárias para o doente viver com dignidade (Figueiredo 2007).

Inicialmente os cuidados são assumidos por familiares ou outros da mesma rede informal, mas quando estes não conseguem responder eficazmente aos cuidados do doente, os cuidadores formais são solicitados.

É importante referir que o cuidador informal não substitui o cuidador formal e vice-versa. O tempo dispendido a prestar cuidados é superior num cuidador informal, de uma ponto de vista subjectivo, receber cuidados de um familiar tem outro significado para o doente do que se recebesse de um profissional de saúde, pois há diversos factores que este não possui.

Segundo as seguintes autoras Figueiredo *et al.* (2006, p.106) “Os mais velhos admitem que algumas formas de apoio podem provir de qualquer pessoa (cuidados instrumentais), mas outras (emocionais e sócias) têm que vir dos mais íntimos”.

Os cuidadores informais vêem os cuidadores formais como alguém do qual precisam e se sentem dependentes, mas só os vêem também como parceiros no cuidar se o profissional se mostrar disponível em comunicar e colaborar com a família. Quando ambos se colaboram ao mesmo nível de satisfação aumenta (Figueiredo *et al.*, 2006).

iii. A família

A família é reconhecida pelos grandes organismos internacionais: Organização Mundial de Saúde (OMS), Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), Comunidade Económica Europeia (CEE), como sendo ponto de referência, sobre tudo nas situações de crise, doença e sofrimento.

Todos nós pertencemos a uma família e, como tal, possuímos sentimentos, valores e comportamentos que dela recebemos, enfim, aquilo que somos e em que nos tornamos

tem por base a nossa família e sem nos darmos conta, influência a nossa definição de família.

Potter e Perry (1999) referem que a família pode ser definida biologicamente, legalmente ou como uma rede social com laços e ideologias pessoalmente construídos.

A família é vista como um sistema, como um grupo institucionalizado, estável, e que estabelece uma base na vida social.

Segundo Alarcão (2000, p. 37):

“Um espaço privilegiado para a elaboração e aprendizagem de dimensões significativas da interacção: os contactos corporais, a linguagem, a comunicação, as relações interpessoais. É ainda, o espaço de vivência de relações afectivas profundas: a filiação, a fraternidade, o amor, a sexualidade... numa trama de emoções e afectos positivos e negativos que, na sua elaboração, vão dando corpo ao sentimento de sermos quem somos e de pertencermos àquela e não a outra qualquer família”.

Também Potter e Perry (1999) destacam que o funcionamento da família enfatiza os processos utilizados pela família para alcançar as metas, incluindo a comunicação, o estabelecimento de metas, a resolução de conflitos, a educação e o uso de recursos internos e externos. Os mesmos autores acrescentam ainda que quando as necessidades psicológicas dos membros da família não são satisfeitas, os sintomas de disfunção familiar é uma das consequências comuns.

a) A Enfermagem e a família

Potter e Perry (1999) advertem que o enfermeiro pode conceber a família como «um conjunto de relacionamento que o doente identifica como família ou uma rede de pessoas que influenciam mutuamente a vida de cada um.

Os mesmos autores citando Whall (p. 447) referem que:

“(…)embora o sistema de cuidados de saúde, tanto no passado quanto no presente, tenda a enfatizar o indivíduo, a tentativa da enfermagem para incluir as famílias na realização dos cuidados remota a Florence Nightingal”.

Os mesmos autores também citaram Maccain (p. 399), reconhece que:

“(…)embora os cuidados de enfermagem incidam mais sobre os indivíduos, é importante reconhecer-se que existe uma resposta da família às necessidades de saúde e de doença dos seus elementos. A resposta da família tem que ser tida em consideração quando se prestam cuidados a qualquer dos seus elementos”.

Stanfhone e Lancaster (1999) usam três abordagens para definirem os cuidados de Enfermagem à família:

1º Abordagem - Vê a família como contexto e coloca o indivíduo em primeiro plano e a família em segundo plano.

2º Abordagem – A família é conceptualizada como cliente, ou seja, família em primeiro plano e o doente em segundo plano.

3º Abordagem – A família é centrada nos cuidados como um sistema. O alvo está na família como cliente e esta é vista como um sistema interactivo no qual o todo é maior que a soma das suas partes.

Segundo Salum e Prado (*cit. in* Lise e Silva 2001, p.86):

“A enfermagem como ciência que cuida do Ser Humano sempre esteve comprometida com a função de educar e orientar, e o enfermeiro é um educador e, dentro de sua prática, precisa estar preparado para desenvolver processos educativos de forma que favoreçam o desenvolvimento de habilidades básicas para o crescimento pessoal e profissional”.

b) Família como prestadora de cuidados

Quando um doente está integrado na sociedade familiar, a família também está envolvida na prestação dos cuidados, pois tem recursos e capacidades, que desenvolveu ao longo da sua existência, estes não devem ser perdidos e podem significar uma verdadeira fonte de ajuda e suporte para o doente e para os seus cuidados.

Com a hospitalização do doente, há um aumento do stress e ansiedade relacionados com a doença. Os membros da família preocupam-se com a sua gravidade, com o possível sofrimento do doente e com a sua morte. Como consequência, os prestadores de cuidados referem sentimentos de medo, vulnerabilidade, insegurança e depressão. A prática de enfermagem engloba os cuidados centrados na família, contribuindo para acalmar a agonia dos seus membros, pois são fornecidas explicações sobre o estado de saúde do doente, a confirmação de que a pessoa está a receber cuidados adequados e a esperança na sua recuperação (Bolander 1998).

O papel do enfermeiro é essencial desde o começo da experiência da família com a doença, na medida em que, através do apoio cedido é possível avaliar a falta de conhecimentos da família cedendo-lhe a informação necessária, ensinando-a a prestar cuidados e a identificar os recursos existentes de forma que seja auxiliada nas suas necessidades.

iv. Anatomia e Fisiologia da pele

Para compreendermos a importância da pele na nossa saúde temos de ter presente as suas principais funções. A pele é a barreira do nosso corpo protegendo-nos contra os microrganismos, é também um órgão sensorial que recebe estímulos tácteis, tem como restantes funções a secreção, termoregulação e absorção (Seeley e Tate 2003).

É constituído pela derme que é a camada de tecido conjuntivo que está unida à hipoderme. A epiderme é a camada de tecido epitelial que assenta na derme.

A epiderme é a camada mais fina e avascular, que se regenera de 4-6 semanas. É composta por queratinócitos que são a maior parte de células da epiderme e produzem uma mistura proteica chamada queratina, responsável pela permeabilidade da epiderme. Também é composta por melanócitos que conferem a cor da pele, por células Langerhans pertencentes ao sistema imunitário, e células de Merkel situadas nas terminações nervosas permitindo detectar o tacto superficial e a pressão superficial. (Seeley e Tate 2003).

A pele é composta por cinco camadas, a camada córnea que fornece resistência estrutural, a camada translúcida que dispersa os querotohialina pelas fibras de queratina, a camada granulosa que produz os grânulos querotohialina, a camada espinhosa que produz fibras de queratina, e pela camada basal que protege contra a luz ultra-violeta e produz melanocitos que originam a melanina (Seeley e Tate 2003).

A derme é a parte mais importante da pele. Como segunda camada é mais fina e é composta por muitas células. As principais proteínas encontradas nesta camada são o colagénio e a elastina, sintetizados e segregados pelos fibroblastos.

Está dividida em derme papilar, a mais superficial composta por colagénio e fibras reticulares. Contém papilares que são receptores da manutenção cutânea e sinais da dor, e em derme reticular, a mais profunda, que é composta por feixes de colagénio que unem a pele ao tecido subcutâneo. Também se encontram vasos sanguíneos, nervos, glândulas sudoríparas e sebáceas e folículos pilosos.

A derme é responsável pela flexibilidade e resistência estrutural da pele, e serve troca de gases, nutrientes e produtos de excreção da epiderme através dos vasos sanguíneos da derme.

A avaliação da pele deve consistir na observação total da superfície corporal e não apenas a zona que apresenta ferida. Segundo Baranoski e Ayello (2004, p. 62) “A prática actual inclui, no mínimo, os cinco parâmetros seguintes: temperatura, cor, humidade, turgidez e pele intacta ou presença de áreas abertas”. Quando a integridade cutânea e a epiderme estão comprometidas é essencial uma avaliação minuciosa da

ferida. A avaliação da ferida deve descrever as seguintes características: localização, tamanho, exsudado, profundidade e tipo de tecido danificado.

v. **Úlceras de pressão**

As úlceras de pressão devem ser identificadas como problema de enfermagem e deve ser exigida colaboração de toda a equipa para uma solução eficaz. As úlceras podem ser evitadas com medidas preventivas adequadas. O prolongamento do internamento implica um aumento de custos terapêuticos mas o mais importante é o aumento do sofrimento físico e emocional no doente, pois implica uma diminuição da sua independência na realização das actividades de vida diária (AVD's), o que implicará a necessidade de recorrer a terceiros para a sua satisfação.

Segundo a Classificação Internacional para Prática de Enfermagem (CIPE) (1999, p.29):

“Úlcera de pressão é um tipo de úlcera com as características específicas: inflamação ou ferida sobre as proeminências ósseas devido a compressão e fricção da pele entre o osso e a superfície subjacente em que os estádios são graduados segundo a gravidade, lesão superficial (UP de grau 1) que evolui para uma situação ou flictenas ou solução de continuidade superficial (UP grau 2), solução de continuidade da pele com perda de toda a sua espessura e drenagem sanguinolenta (UP grau 3) progredindo para a úlcera profunda tipo cratera, com exposição da fascia e do tecido conjuntivo, músculo ou osso (UP grau 4)”.

Segundo o sistema de classificação das úlceras de pressão da *European Pressure Ulcer Advisory Panel* (EPUAP) (2010), iremos referir as quatro categorias existentes:

Categoria I - Eritema branqueável, a pele apresenta-se intacta, com descoloração da pele, edema e calor. A dor também pode estar presente. Nas pessoas com tonalidade de pele escura podemos ter dificuldade em identificar o eritema branqueável.

Categoria II - Perda parcial da espessura da derme. O leito da ferida fica avermelhado sem crosta, pode apresentar flictenas fechadas ou abertas com líquido seroso ou sero-hemático.

Categoria III - Perda total da espessura tecidual. É visível tecido adiposo e pode incluir tecido desvitalizado, lesão cavitária e encapsulamento. Não estão expostos os ossos, músculos e tendões.

Categoria IV – Perda total da espessura tecidual com exibição dos tendões, músculos e ossos, que são palpáveis. Está presente tecido desvitalizado e/ou necrótico. São frequentes fístulas e cavidades.

Tanto na Categoria III como na IV a profundidade da lesão varia perante a localização anatómica, ou seja, zonas com ausência de tecido adiposo (orelhas, asa do nariz, região occipital e maléolos), podem ser lesões superficiais, enquanto nas regiões com presença de tecido adiposo desenvolvem úlceras profundas.

As UP surgem especialmente em proeminências ósseas, sendo mais comum na região sagrada, trocanter e maléolo (Dealey 2006).

a) Factores de risco

São inúmeros os factores de risco responsáveis pelo aparecimento de úlceras de pressão, tais como, causas físicas de imobilidade, onde a integridade neuromuscular está alterada com força diminuída e tónus muscular alterado (espasticidade, rigidez, distonia, flacidez, ...) e a musculoesquelética com amplitude de movimentação diminuída, lesão traumática e doenças musculares. As causas cognitivas de imobilidade, tais como, estado de consciência alterado, estupor e coma, motivação diminuída para reposicionamentos e dor, quando a sensibilidade fica reduzida devido a lesões na medula espinhal, lesões cranianas, entre outros. O excesso de humidade e a perda de controlo do esfíncter anal e vesical e também défices nutricionais (Irion 2005).

Na mesma linha de pensamento as UP são causadas pela combinação de factores externos e internos no doente.

Os factores intrínsecos são características individuais em que o doente pode desenvolver uma grande sensibilidade nos traumatismos locais (Gonçalves 2000).

Os que comprometem a mobilidade e a perfusão tecidual são os mais importantes, tais como, idade e limitação da mobilidade.

Com o aumento da idade a pele fica mais fina e menos elástica devido à diminuição da produção de colagénio que é importante na protecção contra a ruptura ao nível da micro-circulação. A diminuição da elasticidade pode levar a uma perda da massa corporal (Dealey 2006).

Quando há uma limitação da mobilidade o indivíduo não é capaz de aliviar a pressão. A imobilidade acarreta um risco de deslizar na cama causando fricção e forças de deslizamento.

O paciente imóvel com sensibilidade consegue solicitar ajuda quando sente desconforto, enquanto que um indivíduo sem sensibilidade não se apercebe do desconforto tolerando grandes pressões que vão originar UP.

A tolerância dos tecidos à isquemia depende da natureza dos próprios tecidos e da temperatura corporal pelo que, uma elevação ou diminuição de 3 graus perante o valor adequado pode reduzir ou aumentar o risco de isquemia (Delaunois *cit. in* Lopes e Santos 2003).

A humidade é um dos factores com que mais lidamos no dia a dia de um doente acamado. Segundo Lamantina (*cit. in* Lopes e Santos 2003, p 55):

“O contacto com a urina, suor ou exsudado das feridas expõe os utentes aos produtos da degradação metabólica e a contaminantes bacterianos. A exposição prolongada à humidade pode tornar a pele macerada, eritematosa e até infectada, predispondo à formação de úlceras de pressão”.

Devemos ter em conta nos doentes obesos a humidade excessiva da pele resultante da sudorese, que ao acumular-se nas pregas cutâneas leva á maceração.

No caso da anemia, segundo Cabral (*cit. in* Lopes e Santos 2003, p 55)

“(…) conteúdo diminuído de oxigénio no sangue, o metabolismo celular será ainda mais restringido, uma vez que o aporte de oxigénio às células está diminuído, o que compromete a capacidade de cicatrização e reacção aos efeitos isquémicos da pressão e favorece a necrose tecidual”.

Segundo Rice (2004), a administração de medicação pode influenciar a reparação tecidual. Os tranquilizantes e analgésicos diminuem a sensibilidade e mobilidade.

Na mesma linha de pensamento as alterações de circulação, respiratórias e endócrinas, medicação, tais como, corticoterapia que actua nos tecidos tornando-os mais comprimidos, diminuindo a sua resistência e inibindo os processos de cicatrização, os neuroléticos que diminuem o estado de consciência, todos estes factores, aceleram o processo de necrose, constituindo um factor de risco (Neto et al., *cit. in* Lopes e Santos 2003).

Os factores extrínsecos englobam todo aquele que no meio físico do paciente contribua para o desenvolvimento das UP. Segundo Furtado et al. (2001) a pressão, as forças de deslizamento e a fricção são os três factores externos que podem causar UP quer isoladamente quer em combinação.

Segundo Collier (*cit. in* Furtato 2001, p. 12) “refere que a pressão é uma carga ou força perpendicular (como o peso corporal do doente) exercida sobre uma determinada área (como a região sagrada) ”.

Segundo Lamantina (*cit. in* Lopes e Santos 2003, p. 54):

“A pressão constitui o factor mais importante para a formação das úlceras de pressão (...) força mecânica prolongada e ininterrupta, em que estão envolvidas três aspectos: a intensidade, a duração e a tolerância dos tecidos à pressão. A úlcera surge quando a pressão que suporta a pele é superior à dos capilares (cerca de 16 – 33mmhg), o que provoca o seu colapso e interrompe o fluxo sanguíneo”.

As zonas que suportam uma pressão menor são a zona torácica posterior, crista ilíaca, omoplata, e face interna dos joelhos e as zonas que suportam uma maior pressão são zonas pélvicas, calcâneo, e maléolo.

Se a pressão não for aliviada à uma oclusão dos vasos sanguíneos que leva a uma ruptura das membranas celulares e libertação de produtos tóxicos. Segundo Delaunois (*cit. in* Lopes e Santos 2003, p.56) “É objectivo primordial evitar a isquemia, pelo que se deverá agir sobre a duração e a intensidade da prestação”.

Quando as forças externas e a pressão prolongada excedem a pressão, os capilares fecham e há um colapso dos vasos. O resultado é uma paragem na circulação e morte celular sendo propícia a formação de lesões.

O organismo adopta uma posição de forma que possa redistribuir a pressão, designado por reacção hiperemia, havendo uma dilatação temporária dos capilares para aumentar o aporte sanguíneo levando oxigénio e nutrientes aos tecidos (Brunner e Suddarth 2002).

As forças de deslizamento provocam isquemia e morte celular devido à interrupção do aporte sanguíneo nos pequenos vasos. Segundo Cabral e Kosiak (*cit. in* Lopes e Santos 2003), verificaram que na posição de Fowler ou Semi-Fowler, a força compressiva exercida na região sagrada aumenta, porque o peso do tronco é transferido para essa zona de apoio.

Segundo Dealey (2006, p.144) a fricção “ocorre quando duas superfícies roçam entre si” As células epiteliais das camadas superiores da pele são eliminadas. A humidade agrava o efeito da fricção danificando ainda mais os tecidos.

A presença de um factor de risco deve alertar-nos para a possibilidade de formação de uma UP. Quantos mais factores existirem maior será o risco.

b) Prevenção

A prevenção começa durante a fase aguda da hospitalização e continua através do processo de reabilitação.

Segundo Delaunois (*cit. in* Lopes e Santos 2003, p. 55) refere “que uma prevenção bem conduzida, para além de ser um cuidado de enfermagem por excelência, permite evitar cerca de 90% das úlceras de pressão”.

Quando um doente é avaliado como estado de risco de criar lesão por pressão, deve ser iniciado um plano de prevenção apropriado que deverá ter em conta todos os factores, incluindo extrínsecos e intrínsecos que contribuem a nível de risco.

Segundo a EPUAP/NPUAP (2010) as recomendações para a prevenção englobam o rastreio e avaliação do estado nutricional, a alternância de decúbitos e a utilização de superfícies de apoio.

A nível do estado nutricional a subnutrição é um factor de risco reversível e é de grande importância a sua detecção precoce.

Se o rastreio nutricional revelar indivíduos propícios ao desenvolvimento de UP, por se encontrarem desnutridos ou em risco de desnutrição a equipa nutricional deve efectuar uma avaliação nutricional mais abrangente. Cada indivíduo que se encontra nesta situação deve receber suporte nutricional suplementar.

Os suplementos nutricionais orais são importantes, pois muitos doentes não satisfazem as suas necessidades nutricionais através da ingestão alimentar oral habitual. Os suplementos orais em comparação com cuidados nutricionais de rotina estão significativamente associados a uma redução do desenvolvimento de úlceras de pressão (EPUAP/NUPAP 2010).

Por vezes também é necessário administrar suplementos por via oral ou por de (sonda nasogástrica) SNG, nos intervalos das principais refeições para evitar a diminuição do aporte de alimentos e líquidos durante as horas da refeição (EPUAP/NUPAP 2010).

Os decúbitos devem ser alternados para a prevenção das UP, permitindo assim uma redução da pressão exercida nas áreas vulneráveis do corpo. As pressões altas sobre proeminências ósseas por curtos períodos de tempo e pressões baixas sobre durante longos períodos de tempo provocam danos por igual, logo, o ideal é reduzir o tempo e quantidade de pressão aos quais estão expostos (EPUAP/NUPAP 2010).

A frequência dos posicionamentos deverá ser determinada através da tolerância dos tecidos, pelo nível de actividade e mobilidade, condição clínica, objectivos do tratamento e pela avaliação da condição individual da pele. O posicionamento mantém o conforto, a dignidade e a capacidade funcional do indivíduo.

As superfícies de apoio também influenciam a frequência de alternância de decúbitos, pelo que, segundo as recomendações da (EPUAP/NUPAP 2010):

Quando os pés não se apoiam no chão o corpo desliza para fora da cadeira. O apoio para os pés deve ser escolhido de forma a flectir ligeiramente a bacia para a frente, em relação às superfícies de apoio dinâmicas, são necessárias, quando os doentes de alto risco não podem ser posicionados manualmente, estas podem variar as propriedades de distribuição da carga. Os colchões de pressão alterna com células pequenas (diâmetro inferior a 10cm), não insuflam ar suficiente, para aliviar a pressão sobre as células que não se encontram insufladas.

A (EPUAP/NUPAP 2010) recorda que o programa de alívio e redução da pressão deve abranger as 24h do dia, quer o doente esteja sentado ou deitado. Sempre que um doente esteja em risco de desenvolver UP, deverá ser iniciado um plano de prevenção apropriado. Deve-se ter sempre em conta os diversos factores já acima descritos.

É importante a utilização de escalas de avaliação de riscos, como forma de fornecer aos profissionais de saúde um método uniforme de diagnóstico. A mais utilizada é a escala

de *Braden*. É uma escala composta por 6 sub-escalas: percepção sensorial, exposição da pele à humidade, actividade, mobilidade, nutrição, fricção e cisalhamento. As primeiras cinco sub-escalas são pontuadas de 1 valor (menos favorável) a 4 valores (mais favorável), a sexta sub-escala é pontuada de 1 a 3 valores. A pontuação mínima da escala é de 6 valores e até 16 valores considera-se alto risco de desenvolver UP, a pontuação máxima é de 23 indicando baixo risco de desenvolver UP. Uma pontuação até 16 valores considera-se alto risco de desenvolver a UP (Irion 2005).

c) Cuidados de enfermagem

O processo de envelhecimento promove inúmeras alterações fisiológicas propícias ao desenvolvimento das UPs em que o enfermeiro deve estar preparado para prevenir o seu aparecimento.

Os cuidados de enfermagem às UP abrangem diversas intervenções relacionadas com o acompanhamento do doente com risco de contrair UP, utilizando escalas de avaliação (tais como *Braden e Norton*), conhecimento e identificação dos factores de risco direccionando para o tratamento preventivo.

A prevenção das UP deve começar por uma avaliação rigorosa e individualizada do doente na admissão, a fim de criar um plano de cuidados adequado às necessidades do indivíduo. Após a identificação dos doentes de risco é necessário eliminar ou minimizar, os factores extrínsecos e intrínsecos que aumentam o risco da sua formação. As intervenções de enfermagem devem incluir cuidados com a integridade da pele, uso de emolientes para hidratação posicionamento no leito, cuidados de higiene, alimentação rica em vitaminas e proteínas previnem o aparecimento das UP, devendo-se reforçar estes constituintes alimentares aos primeiros sinais de úlcera de pressão. A idade e o estado clínico do doente podem determinar a necessidade de se recorrer ao aumento da ingestão destes constituintes alimentares.

De acordo com Delaunois (*cit. in* Lopes e Santos 2003, p. 56), a massagem deve:

“evitar a agressão dos tecidos, devendo ser realizada de uma forma suave, de modo a assegurar o conforto do doente, estimular a circulação local e não provocar dor. (...) a massagem vigorosa não deve ser realizada sobre uma região com eritema, sob pena de provocar micro-hemorragias”.

Segundo Delaunois e Neto et al (*cit. in* Lopes e Santos 2003) os cuidados de enfermagem na prevenção: têm como objectivo melhorar a vascularização e a oxigenação dos tecidos, através da redução e se possível da eliminação da pressão sobre os tecidos, estimulando a circulação com massagens e com a utilização de materiais de prevenção como colchão de pressão alterne, calcanheiras, almofadas. Torna-se também importante promover um aporte nutricional e hídrico adequado, uma boa promoção da higiene corporal e de vestuário como forma de prevenir as UP.

O enfermeiro deve ter em atenção o conforto do doente, posicionando-o de forma correcta, evitando o peso de um membro sobre o outro sem protecção, não esquecendo também o desconforto do peso da roupa, a passagem de objectos invasivos tais como a sonda vesical ou eventuais drenos, que podem exercer sobre os membros, não se deve descurar de um alinhamento corporal correcto.

Outro aspecto a ter em conta será a vigilância dos parâmetros vitais, essencialmente a temperatura pois o seu aumento pode ser sinal de infecção, também pode levar a uma desidratação aumentando o risco de desenvolver UP. A hipotermia, a palidez ou cianose de um membro pode ser sinal de comprometimento circulatório. Deve-se ter em conta também o peso de um membro sobre o outro sem protecção, não esquecendo também o peso que a roupa exerce sobre os membros, a passagem de objectos invasivos tais como a sonda vesical ou eventuais drenos, não deve ser esquecido um bom alinhamento corporal.

vi. Materiais de Protecção

Os dispositivos de alívio de pressão devem ser utilizados para proteger o doente dos efeitos da pressão e da fricção da superfície corporal contra o colchão.

Na prevenção deve ser incluído a provisão de equipamento para a redução do risco de desenvolver UP. Está disponível no mercado uma vasta gama de equipamento que pode ser utilizado tanto na prevenção como na assistência do tratamento da UP.

A selecção do equipamento deverá ser efectuada tendo por base o risco que o doente apresenta, pois há equipamentos adequados para cada situação.

Os equipamentos disponíveis são colchões de espuma, almofadas de espuma e de gel, dispositivos eléctricos com enchimento de ar (colchão pressão alterne), equipamento para alívio de pressão (calcanheiras, cotovelleiras, suporte para os pés, entre outros).

Segundo as recomendações da EPUAP/NPUAP (2010) na escolha de materiais de protecção devemos ter em consideração vários factores, tais como o nível de mobilidade do doente e as circunstâncias da prestação de cuidados. O uso no domicílio requerer ponderações sobre o peso da cama, estrutura da casa e a viabilidade de alimentação eléctrica contínua e ventilação adequada do motor para libertação do calor. As superfícies de apoio dinâmicas são essenciais para doentes de alto risco que não se posicionam, uma vez que, estas superfícies variam as propriedades de distribuição da pressão.

O uso de uma almofada de assento com redistribuição de pressão aos doentes sentados numa cadeira e que apresentam uma diminuição da mobilidade e que se encontrem em risco de desenvolver úlceras de pressão (EPUAP/NPUAP 2010).

A escolha destes equipamentos estão dependentes de factores económicos, das condições de habitabilidade e do estado nutricional dos doentes devendo-se ter atenção estes condicionalismos na escolha dos mesmos.

II. Fase metodológica

Um trabalho de investigação é uma caminhada sistematizada que permite efectuar uma investigação de problemas ou fenómenos. A metodologia consiste na descrição, de forma organizada, da estrutura de um trabalho de investigação.

2.1 Tipo de estudo

As opções metodológicas seguidas neste trabalho foram determinadas pelo problema em estudo, objectivos e pelos conceitos avaliados.

É um estudo do tipo descritivo simples inserido num paradigma quantitativo dedutivo.

Segundo Fortin (2009, p.237) um estudo descritivo simples, “implica a descrição completa de um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características da totalidade ou de uma parte desta mesma população”.

Para Fortin (1999, p.371), uma abordagem quantitativa é um método de “investigação cuja finalidade é descrever, verificar relações entre variáveis e examinar as mudanças operadas na variável dependente após a manipulação da variável independente”.

A investigação quantitativa baseia-se na convicção de que os seres humanos são compostos por partes que podem ser avaliadas.

Este também é um estudo transversal, que segundo Fortin (2009) é um estudo que mede a frequência de um acontecimento, doença, factor de risco numa certa população.

2.2 Meio

Para Fortin (2009), o investigador necessita de um meio onde possa conduzir o seu estudo e justificar a sua escolha.

Este estudo de investigação foi conduzido em meio natural, pois esteve inserido no ambiente hospitalar em que os doentes se encontravam.

Segundo Fortin (2009, p. 217) “Um meio, que não dá lugar a um controlo rigoroso como o laboratório, toma frequentemente o nome de meio natural”.

2.3 População e amostra

A população é um conjunto de indivíduos, espécies e processos com características comuns (Fortin, 2009).

Segundo Fortin (2009, p. 311) “A população alvo é o conjunto das pessoas que satisfazem os critérios de selecção definidos previamente e que permitem fazer generalizações”.

Neste estudo a população alvo é constituída pelos prestadores de cuidados de doentes já previamente dependentes ao internamento actual com alto risco de desenvolver úlceras de pressão, que se encontravam nos Serviços de Medicina entre os dias 17 de Janeiro e 12 de Fevereiro de 2011.

2.4 Amostra

Segundo Fortin (2009, p. 312) “A amostra é a fracção de uma população sobre a qual se faz o estudo”.

A amostra é constituída por 40 prestadores de cuidados que se encontram internados na medicina A3, A4 e B3 Homens do Hospital São João do Porto.

2.5 Processo de amostragem

A amostragem permite tirar conclusões precisas sobre uma população através de um grupo restrito de indivíduos.

Segundo Marconi e Lakatos (1990, pág. 37)

“(…) O problema da amostragem é, portanto escolher uma parte (ou amostra), de tal forma que ela seja a mais representativa possível do todo e, a partir dos resultados obtidos, relativos a essa parte, poder inferir, o mais legitimamente possível, os resultados da população total (…).”

Este estudo tem uma amostragem acidental, pois é constituída por indivíduos que respondam aos critérios de inclusão, ou seja, os indivíduos são escolhidos por se encontrarem no local pré-determinado e num determinado momento.

2.6 Variáveis em estudo

É importante o investigador identificar as variáveis do seu estudo e que especifique o modo como vão ser observadas e medidas numa situação de investigação real.

Todas as variáveis existentes num estudo podem afectar o objectivo do estudo, de tal modo que devem ser devidamente conduzidas para impedir um comprometimento dos resultados, e possível invalidação da investigação.

Para Fortin (2009, pág. 171) as variáveis são “(…) qualidades, propriedades ou características de pessoas, objectos de situações susceptíveis de mudar ou variar no tempo.”

As variáveis podem ser definidas como independentes, dependentes e de atributo.

Para Fortin (2009) A variável dependente ou explicativa é um resultado prognosticado pelo investigador. A manipulação da variável independente provoca um certo efeito sobre a variável dependente.

Neste estudo temos como variável dependente “O conhecimento dos prestadores de cuidados na prevenção das úlceras de pressão.”

Variável independente ou experimental é um elemento introduzido e manipulado no processo de investigação com o objectivo de exercer um efeito noutra variável.

Neste estudo as variáveis independentes são:

- Os ensinamentos efectuados aos prestadores de cuidados
- O impacto do conhecimento dos prestadores de cuidados na prevenção das UPs

A variável de atributo geralmente é constituída por dados demográficos que no final do estudo serão analisados para obter um perfil demográfico da amostra.

No que se refere às variáveis de atributo utilizadas neste estudo temos:

- Idade
- Género
- Habilitações literárias
- Grau parentesco

2.7 Instrumento de colheita de dados

Na elaboração de um instrumento de pesquisa é essencial ter em conta os objectivos de estudo, as variáveis, as questões de investigação, população e amostra. O instrumento consiste na tradução de tudo isto em itens bem redigidos atendendo às regras para o seu desenvolvimento.

Segundo Marconi e Lakatos (1994, p. 201) um “Questionário é um instrumento de coleta de dados, constituído por uma série ordenada de perguntas, que devem ser respondidas por escrito e sem a presença do investigador”.

Para a realização do presente estudo, foram seguidos diversos passos para a alcançar os objectivos propostos. Procedeu-se a um pedido formal à comissão de ética do Hospital São João, que após um parecer favorável, que se encontra em anexo II, se iniciou a colheita de dados.

Tendo em conta a população em estudo o instrumento de recolha de dados é o questionário e encontra-se em Anexo III.

O principal objectivo do questionário é o de averiguar os conhecimentos dos prestadores de cuidados na prevenção das úlceras de pressão no serviço Medicina A3, A4 e B3 Homens do Hospital São João. Foram aplicados um total de 40 questionários, e 6 pré-testes.

O questionário é estruturado e misto, composto com 22 perguntas fechadas e 1 pergunta aberta.

Segundo Fortin (2009, p. 383);

“A questão fechada é uma questão cuja resposta deve ser escolhida numa lista pré-estabelecida.” “As questões abertas são questões para as quais não são propostas categorias de respostas. (...) permitem, por vezes, recolher uma informação mais detalhada do que as questões fechadas”.

O presente questionário contém uma nota introdutória que faz referência às instruções para o seu preenchimento. A primeira parte é constituída por questões referentes ao prestador de cuidados de forma a caracterizar a amostra. A segunda parte pretende verificar se os enfermeiros efectuem ensinamentos aos prestadores de cuidados e verificar quais os conhecimentos que os prestadores de cuidados têm sobre a prevenção das UP.

2.8 Pré-teste

Após a elaboração do questionário foi necessário aplicar um pré-teste com o objectivo de certificar que as questões estão compreensíveis e acessíveis aos diversos níveis da população antes da sua aplicação.

Segundo Fortin (2009, pág. 386) “O pré-teste é a prova que consiste em verificar a eficácia e o valor do questionário junto de uma amostra reduzida (...) da população alvo.”

O pré-teste foi aplicado no dia 16 de Dezembro de 2010 a uma amostra de 6 prestadores de cuidados.

Após a aplicação e a análise do pré-teste verificou-se que foi necessário efectuar alterações, de modo a que as perguntas se encontrassem mais explícitas. As alterações necessárias ao questionário estavam relacionadas com a reorganização das questões e alteração do vocabulário para permitir uma melhor compreensão por parte dos participantes.

2.9 Questões éticas

Em todo o tipo de investigação o investigador depara-se com questões éticas. Para Fortin (1999, pág. 114) a ética é a “ciência da moral e a arte de dirigir uma conduta.”

Tendo em conta as directrizes traçadas pela *Conseil de recherches médicales du Canada* (CRMC), 1978 e 1987, e declarações canadianas e internacionais, foram definidos os seguintes princípios éticos: respeito pelo consentimento livre e esclarecido, respeito pelos grupos vulneráveis, respeito à vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais, respeito pela justiça e pela equidade, equilíbrio entre vantagens e inconvenientes, redução dos inconvenientes e optimização das vantagens (Fortin 2009).

De acordo com Fortin (2009, pág. 186) “O consentimento esclarecido significa que o sujeito obteve toda a informação essencial, que conhece bem o conteúdo e que compreendeu bem aquilo em que se envolve”.

O consentimento só é considerado como livre se o voluntário usufruir de todas as suas capacidades mentais e se não for sujeito a manipulação, coerção e pressão por parte do investigador.

Durante o estudo foi entregue a todos os prestadores de cuidados que participaram no estudo um documento de Consentimento Livre, após o parecer favorável da Comissão de Ética do Hospital São João.

A todos os participantes foi garantido um rigoroso respeito pelas normas éticas exigidas neste trabalho de investigação.

III. Fase Empírica

É na fase empírica que é feita uma interpretação, análise e conclusão dos dados obtidos, com o intuito de dar resposta aos objectivos deste estudo.

Para Fortin (2009), a fase empírica é essencialmente descrever as características da amostra e responder às questões de investigação.

3.1 Apresentação, análise de dados e discussão dos resultados

Os dados obtidos através da aplicação dos questionários foram trabalhados através de métodos informáticos, a análise dos dados permite produzir resultados para serem interpretados de forma a conseguir as respectivas conclusões.

O estudo estatístico foi efectuado através da utilização dos programas Microsoft Office Excel 2007 e IBM SPSS Statistics 19.

Os quadros referentes às perguntas elaboradas seguiram a mesma ordem apresentada no questionário, permitindo uma melhor visualização dos resultados.

Após a conclusão da análise de dados, é importante a sua interpretação com o objectivo de ir de encontro com a contextualização teórica deste projecto de graduação, havendo assim o confronto com a opinião e estudos de diversos autores, de modo a dar resposta aos objectivos deste estudo. Será dada uma maior importância às questões mais relevantes para o estudo.

Este estudo surgiu, tendo como principal preocupação o conhecimento dos prestadores de cuidados informais sobre a prevenção de um dos grandes problemas em pessoas acamadas nomeadamente as UP, qual o local onde foi adquirido o conhecimento e qual o apoio da equipa de Enfermagem.

Quadro nº 1: Distribuição da amostra segundo o género

	Frequência absoluta	Frequência relativa
Feminino	36	90%
Masculino	4	10%
Total	40	100%

Após análise do quadro nº 1 dos 40 prestadores de cuidados que participaram no estudo, a maioria da amostra é de 90%, que equivale a 36 prestadores do sexo feminino e 10%, que equivale a 4 prestadores são do sexo masculino.

Verificamos que a população é composta por 90% do género feminino e 10% do género masculino. A tarefa de prestar cuidados a um elemento da família geralmente recai sobre o elemento feminino mas próximo (Figueiredo 2007). Os resultados obtidos no presente estudo demonstram esta realidade.

Quadro nº 2: Distribuição da amostra segundo a idade

	Média	Moda	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Idade	52,50	73	52,50	15,491	20	80

Após observar o quadro nº 2 entende-se que temos uma média e mediana de 52,50, e uma moda de 73. A faixa etária dos prestadores de cuidados que responderam ao questionário é compreendida entre os 20 e os 80 anos. O prestador de cuidados com menor idade corresponde a um neto.

Segundo Figueiredo (2007, p.111) “ A idade dos cuidadores é influenciada pela idade da pessoa que necessita de cuidados, assim quanto mais velha for a pessoa mais velho será o cuidador”. Aquando da colheita de dados foi observado que a idade dos doentes era elevada e mais de metade da amostra apresentava uma idade aproximada, com excepção daqueles em que a filha substitui o conjugue, como prestadora de cuidados.

Quadro nº 3: Distribuição da amostra segundo a relação de proximidade com o doente

	Frequência absoluta	Frequência relativa
Conjuge	20	50%
Filho(a)	13	32,5%
Irmão (a)	1	2,5%
Genro/Nora	4	10%
Neto(a)	2	5,0%
Total	40	100%

Para análise do quadro 3 constata-se que na relação com o doente a maior percentagem é de 50% (20) com os cônjuges, 32.5% (13) são filho(a), 2.5 % (1) equivale a uma resposta de irmã(o), 10% (4) são genro/nora do qual só obtivemos resposta do sexo feminino, 5% (2) são netos.

Há uma tendência de os prestadores de cuidados terem uma proximidade familiar para com o doente. Os conjugues são a principal fonte de assistência, na ausência de um conjuge, os filhos assumem essa responsabilidade. Quando a descendência é do sexo masculino apesar de assumir a responsabilidade quase sempre a transfere para a esposa (Figueiredo 2007).

Quadro nº 4: Distribuição da amostra segundo o grau de escolaridade do prestador de cuidados

	Frequência absoluta	Frequência relativa
Sem escolaridade	1	2,5%
1º Ciclo	5	12,5%
2º Ciclo	16	40%
3º Ciclo	6	15%
Ensino secundário	7	17,5%
Curso técnico	3	7,5%
Ensino superior	2	5%
Total	40	100%

Consoante a análise do quadro nº4 conclui-se que a maioria dos prestadores tem apenas o 2º ciclo, com 40% (16), um dos prestadores não tinha escolaridade, no 1º ciclo temos uma correspondência de 12,5 % (5), no 3º ciclo temos uma percentagem de 15% (6), no ensino secundário 17,5% (7), curso técnico com 7,5% (3) e o ensino superior com 5% (2).

Temos uma maior incidência no 2º ciclo. Há também uma relação existente entre a idade e as habilitações literárias. Na população em estudo, quando mais velho for o prestador de cuidados, menos escolaridade apresenta.

Quadro nº 5: Distribuição da amostra segundo o tempo que é prestador de cuidados

	Frequência absoluta	Frequência relativa
< 1 ano	14	35%
1 -3 anos	12	30%
4 – 6 anos	6	15%
>> 7 anos	8	20%
Total	40	100%

Analisando do quadro nº 5, a maioria eram prestadores de cuidados com tempo inferior a 1 ano, com uma percentagem de 35% (14), segue-se o tempo de prestação de cuidados entre 1 a 3 anos com 30% (12), entre o 4 a 6 anos temos uma percentagem de 15% (6) e com tempo igual ou superior a 7 anos temos uma percentagem de 20% (8).

O tempo despendido pelo cuidador ao idoso dependente é uma tarefa de longo prazo, tornando-se muito difícil determinar o seu término, podendo surgir inter-recorrências como outras morbilidades que o podem influenciar, constatando-se pelos dados colhidos que 35% dos casos estudados prestam cuidados há mais de um ano. Esta realidade está de acordo com Figueiredo (2007, p. 112) “(...) a pessoa é capaz de datar o início da prestação de cuidados, por outro, jamais poderá prever a duração”.

Quadro nº 6: Distribuição da amostra segundo o tipo de cuidados prestados ao doente

	Frequência absoluta	Frequência relativa
Cuidados de higiene	35	87,5%
Ida á casa de banho	32	80%
Apoio na mobilidade	35	87,5%
Confecção de alimentos	34	85%
Posicionamento	28	70%
Transferência	31	75%
Medicação oral	36	90%
Outro	2	5%

Analisando do quadro nº 6, temos os diversos cuidados efectuados ao doente onde 90% (36) administra medicação, 87,5% (35) presta cuidados de higiene e apoia na mobilização do doente, 85% (34) confecciona os alimentos, 80% (32) ajuda na ida à casa de banho, 75% (31) participa nas transferências do doente para o cadeirão e para a cama, 70% (28) coopera na alteração de decúbitos, e 5% (2) escolheu outra opção das quais foram a comunicação e administração de medicação via PEG.

Várias investigações têm operacionalizado as tarefas desempenhadas ao doente com apoio nas actividades básicas (apoio no auto-cuidado de higiene e de vestir, apoio na morbilidade, transferências, ...), e instrumentais (tarefas domesticas, preparação de alimentos, ...) (Figueiredo 2007).

Pelos dados colhidos nota-se que o papel dos cuidadores está direccionado na satisfação destas necessidades básicas essenciais. Temos uma percentagem de 70% de prestadores de referem ter que posicionar os doentes. É de extrema importância uma boa informação sobre a prevenção das UP, pois é essencial alternar de decúbitos de 2 em 2h e ter em atenção a possíveis zonas de pressão, e de materiais que possam exercer pressão.

Quadro nº 7: Distribuição da amostra segundo o tipo de dependência do doente

	Frequência absoluta	Frequência relativa
Parcial	8	20%
Total	32	80%
Total	40	100%

A partir da análise do quadro nº 7, os que necessitam de ajuda parcial são de 20% (8), e os pacientes que necessitam de ajuda total por parte dos prestadores de cuidados são de 80% (32).

Para Figueiredo (2007), uma pessoa dependente sofre de uma ou mais perdas a nível de autonomia e necessidades de ajuda por parte de outrem para desempenhar tarefas do quotidiano.

Quadro nº 8: Distribuição da amostra segundo a quantidade de horas por dia que o prestador de cuidados presta

	Frequência absoluta	Frequência relativa
< 2 Horas	2	5%
2 – 6 Horas	7	17,5%
7 – 11 Horas	7	17,5%
>> 12 Horas	24	60%
Total	40	100%

A partir da observação do quadro nº 8 a quantidade de horas que os prestadores de cuidados prestam aos doentes é de 5 % (2) inferior a 2 horas com menos percentagem, com igual percentagem temos entre 2 a 6 horas e entre 7 a 11 horas com 17,5 % (7). A maior percentagem corresponde a um tempo igual ou superior a 12 horas com 60% (24).

A quantidade de tempo disponibilizado na prestação de cuidados vai depender do tipo de dependência do doente. No entanto, verificamos que apenas 60% da amostra presta

cuidados durante mais de 12 horas por dia, enquanto que 80% dos questionados referem que os doentes de que cuidam são totalmente dependentes.

Quadro nº 9: Distribuição da amostra segundo os motivos pelo que são prestadores de cuidados

	Frequência absoluta	Frequência relativa
Pelo carinho que nutre pelo doente	22	55%
Por gosto no que faz	0	0%
Por ser familiar	11	27,5%
Por ser muito dispendiosos coloca-lo num lar	0	0%
Por não querer coloca-lo num lar	6	15%
Por não encontrar uma pessoa de confiança	0	0%
Por falta de estruturas de apoio	1	4,2%
Porque recebe ajuda monetária	0	0%
Para evitar censura por parte dos outros	0	0%

Após análise do quadro nº 9, pode verificar-se que 55% (22) dos prestadores de cuidados referem que se tornaram principais cuidadores pelo carinho que nutrem pelo doente, 27,5% (11) por ser um familiar, 15% (6) por não quererem colocar o familiar num lar e 4,2% (1) por não ter estruturas de apoio suficientes.

De entre as opções sugeridas as que obtiveram resposta foram:

- Pelo carinho que nutre pelo doente e por ser familiar, reflecte-se em sentimentos que interferem na promoção do papel do prestador de cuidados sem representar uma condição de prestação de cuidados. (Figueiredo 2006)

- Por não querer colocar o familiar num lar, segundo Figueiredo (2006), os lares suscitam imagens de abandono e incapacidade familiar, daí esta opção ser um passo difícil e em último recurso, por retratar uma cadeia de fracassos e pressão social. “A institucionalização surge para o cuidador como escolha, quando todas as outras falham”. (Figueiredo 2007, p.108)

- Por falta de estruturas de apoio, segundo Figueiredo (2007, p. 109) “(...) outras razões de carácter meramente circunstancial ou factual mas podem ser determinantes para a assunção da prestação de cuidados, tais como, (...)inexistência de estruturas de apoio,(...)”. Tal como é referido na opção escolhida, o prestador de cuidados sente necessidade de apoio externo, por exemplo, apoio monetário ou apoio domiciliário, sendo esta a principal razão pelo que presta cuidados.

Quadro nº 10: Distribuição da amostra segundo se tem formação específica para cuidar de doentes dependentes

	Frequência absoluta	Frequência relativa
Sim	5	12,5%
Não	35	87,5
Total	40	100%

Pela análise do quadro nº 10 constata-se que 12,5% (5) dos prestadores de cuidados têm formação e 87,5% (35) não tem formação para cuidar de doentes dependentes. Em relação aos 12,5% referiram ter formação em curso de auxiliar.

Os dados colhidos mostram um défice em termos de formação externa ao internamento do familiar, dos cuidadores (87.5%), notando-se a necessidade de se investir mais nesta área.

Quadro nº 11: Distribuição da amostra segundo se os prestadores de cuidados sabem o que é uma úlcera de pressão

	Frequência absoluta	Frequência relativa
Sim	25	62,5%
Não	15	37,5%
Total	40	100%

Após interpretação do gráfico nº 11, constatou-se que 62,5% (25) dos prestadores de cuidados sabem o que é uma úlcera de pressão e 37,5% (15) não sabe o que é uma úlcera de pressão. Concluimos que mais de 50% da amostra refere saber o que é uma UP

Quadro nº 12: Distribuição da amostra segundo se os prestadores de cuidados sabem prevenir as úlceras de pressão

	Frequência absoluta	Frequência relativa
Sim	18	45%
Não	22	55,5%
Total	40	100%

A partir do quadro nº 12 podemos verificar que 45% (18) dos prestadores de cuidados responderam que sabiam prevenir as úlceras de pressão e que 55,5% (22) não sabem prevenir as úlceras de pressão.

Podemos observar que 17,5% dos que responderam que sabem o que é uma UP, referem que não as sabem prevenir. No momento de preenchimento do questionário, diversos prestadores de cuidados referiram verbalmente saber o que era uma UP, por já terem presenciado no doente ou em outros familiares.

Quadro nº 13: Distribuição da amostra segundo o conhecimento dos prestadores de cuidados sobre as úlceras de pressão

	Frequência absoluta		Frequência relativa	
	Verdadeiro	Falso	Verdadeiro	Falso
Definição de UP	39	1	99,5%	0,5%
Factores externos	37	3	92,5%	7,5%
Massagem na pele	34	6	85%	15%
Base do lençol	38	2	95%	5%
Rugas no lençol	2	38	5%	95%
Posicionamento	40	0	100%	0%
Alinhamento da coluna	13	27	32,5%	67,5%
Alimentação	40	0	100%	0%
Hidratação	5	35	12,5%	87,5%
Transferência	40	0	100%	0%
Cuidados necessários no cadeirão	3	37	7,5%	92,5%
Prevenção de astenia	40	0%	100%	0%

Verifica-se pela análise da tabela nº 13 que corresponde a respostas com adualidade de verdadeiro e falso em que, 99,5% (39) respondeu verdadeiro à definição de UP; 92,5% (37) respondeu verdadeiro sobre a descrição de alguns factores externos, 85% (34) afirmaram ser verdade sobre a massagem na pele, do qual apenas metade da questão estava correcta, 95% (38) concordam sobre os cuidados a ter com a base do lençol, 95% (38) responderam como falso aos cuidados a ter com as rugas da cama, 67,5% (27) respondeu como falso ao alinhamento da coluna, 87,5% (35) respondeu correctamente como sendo falso sobre a hidratação oral, 92,5% (37) acertarem na resposta ao colocar falso nos cuidados a ter no cadeirão e 100% (40) concordaram afirmativamente no posicionamento e transferência do doente.

Nesta etapa serão abordados os conhecimentos dos 40 prestadores de cuidados sobre a prevenção das UP. Esta é uma fase crucial para o nosso estudo, pois relata os objectivos do estudo.

Segundo Ruipérez e Llorente (1998, p. 153) “ A massagem produz vasodilatação, que aumenta a afluência de sangue na área e, graças a isso, melhora o aporte de nutrientes e oxigénio”. A massagem vigorosa deve ser evitada sobre a região com eritema, pois pode provocar pequenas hemorragias (Delaunoy *cit. in* Lopes e Santos 2003).

É importante estar atento a zonas de desconforto tais como o peso de um membro sobre o outro sem protecção, mau alinhamento corporal, esmagamento de um membro sob o corpo ou passagem de uma sonda. Também a alimentação deve conter um maior aporte de proteínas, lipídico e de hidratos de carbono, para facilitar a regeneração tecidual. Deve ser assegurado um hidratação de 2 a 3 litros diários, consoante a tolerância do doente (Delaunoy *cit. in* Lopes e Santos 2003).

Segundo Lamantina (*cit. in* Lopes e Santos 2003, p.55) “ a exposição prolongada à humidade pode tornar a pele macerada, erimatososa e até infectada”.

Segundo Neto *et al.* (*cit. in* Lopes e Santos 2003, p.56), “ (...) devem ser feitos movimentos passivos das articulações, o que irá favorecer a irrigação dos tecidos”.

Também foi adquirido uma pontuação a cada questão. Caso concordassem com a afirmação, Verdadeiro (V) e Falso (F) quando discordassem. Para cada questão correcta foi atribuído um valor, no entanto as questões que se encontravam incorrectas não foram atribuídas qualquer valor. O score total corresponde a 7 valores.

Para que seja considerado que esta amostra tenha conhecimentos sobre a prevenção é essencial que 80% tenha respondido correctamente às questões efectuadas.

No total de cada questão que se encontra verdadeira houve uma resposta positiva de mais de 80%, concluímos que os prestadores de cuidados na sua maioria sabem prevenir as úlceras de pressão.

Quadro nº 14: Distribuição da amostra sobre ensinios realizados aos prestadores de cuidados durante o actual internamento ou em internamentos anteriores

	Frequência absoluta	Frequência relativa
Sim	19	45,5%
Não	21	52,5%
Total	40	100%

A partir da análise do quadro nº 14, apenas 45,5% (19) dos prestadores de cuidados afirma terem recebido qualquer tipo de ensino por parte da equipa de Enfermagem e 52,5% (21) não ter recebido qualquer tipo de ensino relacionado com a prevenção de úlceras de pressão.

Apesar de neste estudo haver uma maior percentagem de prestadores de cuidados terem referido que foram efectuados ensinios, é essencial que sejam avaliados para identificar possíveis falhas. Se a parte teórica estiver interiorizada é importante não esquecer que é necessário demonstrar na prática e incentivar o prestador na prestação de cuidados na sua execução para detecção de possíveis erros.

Quadro nº 15: Distribuição da amostra segundo o tipo de ensinios realizados aos prestadores de cuidados durante o actual internamento ou em internamentos anteriores

	Frequência absoluta	Frequência relativa
Cuidados Higiene	13	72,2%
Posicionamento	10	55,6%
Hidratação da pele	9	50%
Transferência	6	33,3%
Suplementos Alimentares	10	55,6%
Prevenção de úlceras de pressão	5	27,8%
Outro	1	5,6%
N = 19		

Pela análise do quadro nº 15 verifica-se que os ensinios realizados pelos enfermeiros aos 19 prestadores de cuidados que referiram terem recebido ensinios pelos Enfermeiros incidem-se mais nos cuidados de higiene com 72,2% (13), seguindo-se no posicionamento e suplementos alimentares com igual percentagem 55,6% (10), com 50% (9) temos os cuidados com a hidratação da pele, 33,3% (6) as transferências, 27,8% (5) ensinios sobre a prevenção de úlceras que engloba diversos temas, e temos 5,6% (1) com outro ensino nomeadamente alimentação por SNG.

Os dados colhidos revelam uma percentagem significativa de cuidadores que não receberam ensinios por parte dos enfermeiros. Tendo em atenção a importância dos ensinios e do papel dos enfermeiros no ensino aos cuidadores, deduzimos que se deve investir na formação destas pessoas.

Quadro nº 16: Distribuição da amostra relativamente aos tipos de cuidados que foram observados pelos prestadores de cuidados

	Frequência absoluta	Frequência relativa
Como colocar almofadas	16	40%
Hidratação oral	28	70%
Cuidados perineais/ fralda de protecção	34	85%
Cuidados com a roupa da cama	23	57,5%
Zonas corporais sujeitas a pressão	12	30%

Fazendo a leitura do quadro nº 16 verifica-se que 40% (16) referem ter observado os profissionais na prática de colocar as almofadas para alívio da pressão, 70% (28) em assegurar a hidratação oral, 85% (34) nos cuidados perineais/ fralda de protecção, 57,5% (23) em relação aos cuidados com a roupa e 30% (12) em estar atento às zonas corporais sujeitas a pressão.

Podemos deduzir que os profissionais de saúde serem observados ao efectuarem certos cuidados por parte dos prestadores, pois a observação também está incluída na aquisição de conhecimentos. No entanto, como foi verificado no quadro nº 15; 45,5% dos prestadores referem ter recebido formação na prevenção das UP.

Quadro nº 17: Distribuição da amostra referente aos conhecimentos teóricos e práticos adquiridos sobre a prevenção das úlceras de pressão

	Frequência absoluta	Frequência relativa
Sim	15	37,5%
Não	25	62,5%
Total	40	100%

Analisando o quadro nº 17, apenas 37,5% (15) dos prestadores de cuidados referem ter conhecimentos teóricos e práticos sobre a prevenção das úlceras de pressão e 62,5% (25) não têm conhecimentos sobre a prevenção das úlceras de pressão.

Dos 37,5% da amostra que referiram ter recebido conhecimentos suficientes. Para Donovan (*cit. in* Lopes e Santos 2003, p. 55) “ A prevenção começa durante a fase aguda da hospitalização e continua através do processo de reabilitação”. Concluimos que como 62,5% referem ter tido necessidades de mais apoio, evidencia-se assim a importância da prevenção numa fase inicial.

Quadro nº 18: Distribuição da amostra sobre a que nível o prestador de cuidados sentiu menos apoio

	Frequência absoluta	Frequência relativa
Cuidados gerais	4	16%
Posicionar	18	72%
Transferir	5	20%
Geral	4	16%
Alimentação	6	25%
Mobilização	2	8%
Sem resposta	1	4%
N= 25		

De acordo com a análise do quadro nº 18, dos 25 prestadores que responderam como não á questão anterior, temos, 4% (1) prestador não deu resposta, com igual percentagem 16% (4) necessidades de apoio em cuidados gerais e a nível geral, a maioria com 72% (18) necessita de apoio a nível de posicionamentos, com de 20% (5) a nível de transferências, com 25% (6) a nível de alimentação e 8% (2) está relacionado com a mobilização.

Concluimos que sem instrução e treino estruturado não podemos referir que existe aquisição de conhecimentos adequados que permitam a aquisição de competências.

Quadro nº 19: Distribuição da amostra segundo a incidência de demonstração na prática de como posicionar o doente

	Frequência absoluta	Frequência relativa
Sim	15	37,5%
Não	25	62,5%
Total	40	100%

Analisando o quadro nº 19, apenas 37,5% dos prestadores de cuidados foram demonstrados na prática como efectuar o posicionamento e 62,5% referiram não ter sido demonstrado como posicionar. Podemos concluir que há necessidade de mais intervenção. Esta percentagem elevada vai de encontro com as maiores dificuldades expressadas pelos prestadores de cuidados, observáveis no quadro nº 19.

Para Brunner e Suddarth (2002, p.131) “Os membros da família do paciente devem ser ensinados a posicionar e mudar de decúbito dos pacientes no domicílio para prevenir as úlceras de pressão”.

Quadro nº 20: Distribuição da amostra sobre o local de aquisição de conhecimentos pelos prestadores de cuidados

	Frequência absoluta	Frequência relativa
Enfermeiro Centro de Saúde	10	25%
Enfermeiro Hospital	10	25%
Internet	10	25%
Familiares / amigos	20	50%
Livros	3	7,5%
Pela prática	25	62,5%
Outro	2	5%

Observando o quadro nº 20, a aquisição de conhecimentos por parte do Enfermeiro do Centro de Saúde, Enfermeiro do Hospital, e internet tem percentagem igual de 25%

(10), com 50% (20) temos os familiares/amigos, 7,5% (3) informação adquirida nos livros e onde 62,5% (25) adquiriu pela prática.

Em relação á opção (outro), que equivale a 5% (2) da amostra total, refere que adquiriu informação noutra local que não estava descrito, nomeadamente no Curso, que não foi especificado pela prestadora de cuidados.

O enfermeiro do centro de saúde e o enfermeiro do hospital têm igual percentagem. A prevenção deve começar na fase de hospitalização e continua com os cuidados primários. O prestador de cuidados já deve ter uma preparação na prevenção das UP aquando a alta hospitalar e o enfermeiro do centro de saúde deverá apenas reforçar e verificar a aplicabilidade desses ensinios.

Outros locais referidos pelos prestadores de cuidados com igual ou superior percentagem são os familiares e internet, esta última por vezes contém informação controversa e que pode originar confusão para que não tem muitos conhecimentos no sentido em que não sabe seleccionar a informação de forma adequada. Apesar disto, verificamos que onde os prestadores de cuidados obtêm mais competências é na prática, como referido por 62,5% da amostra.

Quadro nº 21: Distribuição da amostra sobre o tipo de materiais utilizados pelos prestadores de cuidados para prevenir o aparecimento de UP

	Frequência absoluta	Frequência relativa
Almofada de espuma	13	32,5%
Almofada de gel	13	32,5%
Colchão alterne	19	47,5%
Cama articulada	20	50%
Calcanheira/cotoveleira	12	30%
Superfície de apoio	5	12,5%
Outro	4	10%

Pela análise do quadro nº 21, com igual percentagem temos os materiais almofada de espuma e almofada de gel com 32,5% (13), colchão alterne com 47,5% (19), cama articulada 50% (20), calcanheira/ cotovoleira 30% (12) e superfície de apoio 12,5% (5).

Em outra opção, 10% (4) referiram utilizar outros tipos de materiais nomeadamente o colchão anti-escara, colchão ortopédico e o carpelio.

Para Bollander (1998) os materiais para almofadar suportam o peso corporal nos doentes sentados e serve de apoio a diversas partes do corpo num doente acamado. Em relação aos colchões especiais como o anti-escaras e alterne, refere que são colocados sobre os colchões normais aumentando o conforto, prevenindo as UP. As camas articuladas permitem uma posição com a cama na horizontal ou com diferentes secções da cama em níveis superior e inferior, consoante a necessidade do doente.

Quadro nº 22: Distribuição da amostra sobre os locais corporais onde deve ser colocada almofadas para alívio da pressão

	Frequência absoluta	Frequência relativa
Ombros	16	40%
Cotovelos	13	32,5%
Região Sagrada	24	60%
Coxas	17	42,5%
Entre os joelhos	34	85%
Calcanhares	26	65%
Tornozelos	16	40%

Pela leitura do quadro nº 22 verifica-se que com percentagem igual de 40% (16) responderam nos ombros e tornozelos, 32,5% (13) nos cotovelos, 60% (24) na região sagrada, 42,5% (17) nas coxas, 85% (34) entre os joelhos e 65% (26) nos calcanhares.

Todas as zonas referidas são de possível aquisição para UP, pois localizam-se sobre proeminências ósseas. Quando a pressão é prolongada, ocorre a oclusão dos vasos

sanguíneos com ruptura das membranas celulares e libertação de toxinas, que vão potenciar o aparecimento das UP (Furtato, *et al* 2001).

Mesmo não tendo sido submetidos ao processo de ensino formal e estruturado grande percentagem dos inquiridos acaba por saber onde colocar superfícies de alívio de pressão, o que pode estar relacionado com o facto de observarem os profissionais e adquirirem conhecimentos por outras fontes além dos profissionais de saúde

IV. Conclusão

Num campo estritamente didáctico, a execução desta investigação constitui um grande passo no enriquecimento teórico e prático, que vai permitir o aumento do nível de conhecimento sobre o tema trabalhado e sobre os métodos de investigação científicos essenciais na elaboração de um trabalho de investigação.

Os objectivos inicialmente propostos foram atingidos, que resultou na aquisição de novos conhecimentos relativamente ao objectivo geral do estudo: “ Determinar o conhecimento dos prestadores de cuidados na prevenção das úlceras de pressão”.

O presente projecto de investigação teve inicio na exploração de uma revisão bibliográfica, no sentido de uma melhorar compreensão da problemática de forma a consolidar e aprofundar os conhecimentos. As referências teóricas proporcionam novos conhecimentos e enriquecimento pessoal.

A característica da amostra assenta nas características de 90% do género feminino com idades compreendidas entre os 20 e 80 anos.

Do estudo realizado constatou-se a importância da família na prestação de cuidados, visto que assume-se como prestadora de cuidados dos familiares dependentes no domicílio.

Em relação aos motivos pelo qual os levaram a tornarem-se principais cuidadores tivemos como resposta: por carinho 55%, por ser familiar 27,5% por não querer colocar num lar 15% e por falta de estruturas de apoio 4,2%.

Os prestadores de cuidados demonstram conhecimento sobre a prevenção das úlceras de pressão apesar de 37,5 % referir não saber o que é uma UP e 55,5 % não saber preveni-las. Após a questão de V/F pudemos observar que temos uma percentagem superior aos 80%, isto é, após ter atribuído uma cotação às questões verdadeiras observamos que

mais de 80% dos questionados responderam correctamente, daí podemos deduzir que existem conhecimentos teóricos.

É importante referir que é essencial observar na prática se os conhecimentos ficaram bem adquiridos e que não ocorrem dúvidas no momento de prestar os cuidados. Mais uma vez salienta-se a importância de um ensino estruturado em que se faça um bom planeamento, execução e avaliação dos conhecimentos e competências adquiridas pelos prestadores, o qual não foi observado nos serviços onde foi realizado o estudo e que pode explicar os resultados obtidos quando se inquirir se receberam formação e se está a ser adequada na perspectiva dos prestadores de cuidados.

Como o questionário foi colocado a nível hospitalar não foram observados o ambiente em que o doente está inserido. Como tal considera-se importante uma interacção entre os ensinamentos efectuados no âmbito hospitalar com o da comunidade, de forma a adaptar os ensinamentos aos materiais existentes no domicílio e para melhor aconselhamento dos mesmos.

Outra questão colocada a este estudo foi o local onde foram adquiridos os conhecimentos, há uma maior incidência para terem sido adquiridos na internet ou com familiares e amigos, achamos que é de extrema importância mais uma vez que sejam os profissionais a transmitir essa informação tendo em atenção a formação profissional que possuem e também a experiência, como forma de promover a garantia da continuidade dos cuidados após alta hospitalar.

Ao longo da experiência relacionada com os ensinamentos clínicos e com a execução deste trabalho, considera-se que a preparação da família na prevenção das úlceras de pressão é uma preocupação dos profissionais de saúde. Mas que deve ser melhorada com uma estrutura planeada, para além de reduzir o risco de desenvolvimento de uma UP, trazer visibilidade do trabalho de enfermagem e aumentar também a satisfação do cuidador com os ensinamentos e aquisição de competências no âmbito da prevenção das úlceras de pressão.

Hoje em dia, considera-se que a preparação da família para a prevenção das UP deve ser uma preocupação de todo o profissional de saúde em especial os enfermeiros. Dada a complexidade, diversidade e risco inerentes a cada situação com que se depara constantemente, considera-se que seria pertinente a realização de outro estudo idêntico, cuja amostra fosse maior para os resultados serem mais generalizados e conclusões mais concretas.

Dada a complexidade e multiplicidade de situações, consideramos pertinente a realização de um estudo com uma maior amostra e avaliação no âmbito habitacional e no dia-a-dia da prestação de cuidados por parte dos prestadores de cuidados para verificar de facto quais as dificuldades mais recorrentes de forma a actuar na modificação dos ensinamentos com o objectivo de melhorar no âmbito da prevenção.

Espera-se ter conseguido transmitir os conhecimentos abordados de forma clara e concisa, contribuindo para uma melhor elucidação sobre o tema escolhido.

Na elaboração do projecto de investigação foram identificadas várias dificuldades, particularmente no âmbito da área de investigação. Com a persistência, empenho e determinação foi realizado um trabalho que poderá contribuir futuramente para um conhecimento mais alargado sobre os conhecimentos dos prestadores de cuidados na prevenção das úlceras de pressão.

Pretende-se que esta investigação não se reflecta no final de uma fase académica, mas sim um despertar para o futuro, do qual possam resultar melhorias a nível profissional.

Terminamos sublinhando a importância da realização de um projecto de investigação na finalização da Licenciatura em Enfermagem, na medida em que se reconhece ser uma estratégia ideal para o reconhecimento social da ciência e técnica de Enfermagem, os trabalhos de investigação em enfermagem também permitem moldar comportamentos, atitudes e demonstrar indicadores que permitam ganhos em saúde.

V. Revisão Bibliográfica

Alarcão, Madalena (2002) – *(des)Equilíbrios Familiares*: Coimbra, Quarteto Editora.

Baranoski, Sharon; Ayello, A. Elizabeth (2004) – *O essencial sobre o tratamento de feridas* – Princípios práticos: Loures, Lusociência.

Brunner e Suddarth (2002) – *Tratado de Enfermagem Médico – Cirúrgica*, 1º volume: Rio de Janeiro, Guanabara Koogan.

Bolander, Verolyn (1998). *Enfermagem fundamental – Abordagem psicofisiológica*, Loures, Lusociência.

Conselho Internacional de Enfermeiras (1999). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE/ICNP)*. Genebra, Suíça, Associação Portuguesa de Enfermeiros.

Dealey, Carol (2006) – *Tratamento de feridas* – Guia para Enfermeiros: Lisboa, Climp's editores.

Figueiredo, Daniela, *et alli* (2006) – *Envelhecer em família* – Os cuidados familiares na velhice, Porto, Ambar editora.

Figueiredo, Daniela (2007) – *Cuidados familiares ao idoso dependente*, Lisboa, Climepsi editora.

Fortin, Marie-Fabienne (1999) – *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. Loures, Lusociência.

Fortin, Marie-Fabienne (2009) – *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures, Lusociência.

Furtato, K., *et alli* (2001) – *Prevenção e tratamento de úlceras*: Coimbra, Edições Formasau.

Lakatos, Eva Maria; Marconi, Marina de Andrade (1994) – *Fundamentos de metodologia científica*: São Paulo, Editora ATLAS S.A.

Lopes, Marlene; Santos, Maria (2003). Úlceras de Pressão Um Problema de Enfermagem, *Dossier Sinais Vitais*, nº 48/ Maio, 2003.

Lise, Fernanda, Silva, Lurdes (2001). Prevenção de Úlcera por pressão: instrumentalizado a enfermagem e orientado o familiar cuidados. [Em linha]. Disponível em <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/viewFile/1072/530>>. [Consultado em 16/04/2011].

Martins, Marcos (2008) – *Marx, Gramsci e o conhecimento: Ruptura ou continuidade?* Brasil: Autores associados.

NPUAP HomePage. [em linha] disponível em <<http://www.npuap.org/>>. [Consultado em 26/03/2011].

Potter e Perry (2004) – *Fundamentos de enfermagem – Conceitos e procedimentos*. Loures, Lusociência.

Pianucci, Ana (2002) – *Saber cuidar: Procedimentos básicos em Enfermagem*. São Paulo, Editora SENAC.

Rice, Robyn (2004) – *Prática de Enfermagem nos Cuidados Domiciliários – Conceitos e Aplicações*: Loures, Lusociência.

Ruipérez, I. e Llorente, P. (1998). *Guias Práticos de Enfermagem – Geriatria*. Rio de Janeiro. McGraw-Hill.

Stanhope, Lencaster (1999) – *Enfermagem Comunitária – Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos*: Lisboa, Lusociência.

Silva, Roberto (2009), @-Rh em um ambiente global e multicultural: Guará, Senac editora.

Tate, Seeley Stephens (2003) – *Anatomia e Fisiologia*. Loures, Lusociência.

Gonçalves, Maria (2000). A úlcera de pressão e o idoso, *Feridas Nursing Suplemento*, nº 145/ Junho, 2000.

Irion, Glenn (2005). *Feridas novas abordagens - Manejo clínico e Atlas a cores*: São Paulo, Guanabara Koogan Editora.

ANEXOS

ANEXO I
(Cronograma)

Cronograma
Conhecimentos dos prestadores de cuidados na prevenção das Úlceras de Pressão

Meses/anos Actividades	2010					2011					
	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maió	Junho	Julho
Escolha do tema	+++										
Definição dos objectivos		+++	+++								
Revisão bibliográfica		+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++
Metodologia – Plano de estudo				+++	+++						
Pré-teste				+++							
Aplicação do instrumento colheita de dados				+++	+++	+++					
Tratamento de dados						+++	+++	+++	+++		
Discussão dos resultados									+++	+++	
Conclusão										+++	+++
Últimas correcções											+++
Entrega do projecto de graduação											+++

Legendas:

Actividades planeadas: +++

Actividades Realizadas:



Cronograma
Conhecimentos dos prestadores de cuidados na prevenção das Úlceras de Pressão

Legendas:

Actividades planeadas: +++

Actividades Realizadas:



ANEXO II

**(Autorização da Comissão de Ética do
Hospital São João)**



Ministério da Saúde



Hospital de S. João, E.P.E.

Exma. Sra.
Cristina Isabel Brito M. Gonçalves
Trav. Do Monsanto 144, 5º Porta 1
4250-295 Porto

2010 NOV 23 10:00

Sua referência

Sua comunicação de

Nossa referência

Data N.º

ASSUNTO

Autorização para a realização de Projecto de Investigação

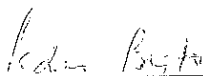
Projecto de Investigação – *“Conhecimento dos prestadores de cuidados na prevenção das úlceras de pressão”*

Junto envio em anexo cópia do parecer e da aprovação da Comissão de Ética para a Saúde, bem como autorização do Conselho de Administração sobre o referido projecto, para dar início à sua investigação.

Com os melhores cumprimentos, e um abraço amigo.

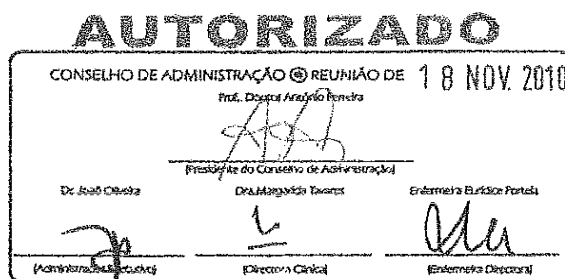
Porto, 23 de Novembro de 2010

O Secretário da Comissão de Ética para a Saúde



Dr. Pedro Brito

Na resposta indicar a «Nossa referência» - Em cada ofício tratar só de um assunto.



No CA em
para parecer de
D.C.
16.11.2010

Exma. Sra.

Dra. Margarida Tavares

Directora Clínica do Hospital de São João EPE

Assunto: Parecer da Comissão de Ética para a Saúde do Hospital de São João

Projecto de Investigação – “*Conhecimento dos prestadores de cuidados na prevenção das úlceras de pressão*”

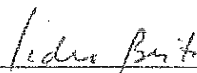
Investigadora Principal: Cristina Isabel Brito Marques Gonçalves

Junto envio a V. Exa. para obtenção de decisão final do Conselho de Administração o parecer elaborado pela Comissão de Ética para a Saúde relativo ao projecto em epígrafe.

Com os melhores cumprimentos.

Porto, 15 de Novembro de 2010

O Secretário da Comissão de Ética para a Saúde



Dr. Pedro Brito

Comissão de Ética para a Saúde do HSJ
Parecer

Projecto de Investigação: "Conhecimento dos prestadores de cuidados na prevenção das Úlceras de Pressão"
– Cristina Isabel Brito Marques Gonçalves.

Concepção e pertinência do estudo:

Trata-se de carácter descritivo, inserido no âmbito do Projecto de Graduação da Licenciatura em Enfermagem, da Universidade Fernando Pessoa – Faculdade de Ciências da Saúde, Porto, sob orientação da Enf.^a Patrícia Araújo, cuja declaração anexa.

O estudo apresentado tem como objectivos:

- Identificar os conhecimentos que os prestadores de cuidados apresentam sobre prevenção das Úlceras de pressão;
- Identificar se os ensinamentos efectuados pela equipa de enfermagem foram suficientes para aquisição de conhecimentos.

A amostra em estudo será composta por 40 prestadores de cuidados de doentes internados nos Serviços de Medicina A Homens e Medicina B Mulheres do HSJ/EPE.

São critérios de inclusão no estudo:

- Ser familiar e/ou pessoa significativa;
- Ser cuidador/prestador de cuidados ao doente internado nos serviços referidos

São critérios de exclusão:

- Ser profissional de saúde.

Para a recolha de dados será aplicado um questionário especificamente elaborado para o estudo (anexo), sendo que, este período, terá início após a aprovação da CES e terminará após obtenção do número de elementos delineados para a amostra ou Março de 2011.

O estudo está autorizado pelo Exmo. Director do Serviço de Medicina Interna Dr. Paulo Bettencourt e tem a concordância das Exmos. Sr^{as} Enf^{as} Chefes dos Serviços: Medicina A, Enf.^a Manuel Mendes e Medina B, Enf.^a Graça Silva (Declarações anexas).

Relativamente ao "Elo de Ligação", dado que a aluna não pertence à Instituição, a Sr.^a Andreia Magalhães, do Serviço de Medicina A Homens, e a Sr.^a Enf.^a Patrícia Araújo, do Serviço de Medicina B Homens, serão o elo de ligação (declarações anexas).

Todos os dados recolhidos serão analisados de acordo com a metodologia descritiva e métodos de inferência estatística adequados ao tipo de estudo. Os resultados obtidos neste Projecto de Graduação serão fornecidos ao HSJ.

O estudo é pertinente e estando a sua concepção adequada aos objectivos delineados.

Benefício / Risco:

Os benefícios imediatos poderão relacionados com uma sensibilização para a problemática. Não existem riscos, apenas o incómodo relativo ao preenchimento do questionário anónimo e confidencial.

Respeito pela liberdade e autonomia:

Não está devidamente acautelada, pois não apresenta o modelo de Consentimento Informado, nem adequada informação ao participante.

Confidencialidade dos dados:

A proposta da investigadora garante o anonimato e confidencialidade dos dados.

Indemnização por danos: não aplicável; **Continuação do tratamento:** não aplicável; **Propriedade dos dados:**

Não aplicável.

Conclusão:

Face à análise efectuada, propõe-se a sua aprovação pela CES do HSJ, desde que sejam clarificados os aspectos assinalados.

Porto, 29 de Outubro de 2010

O relator,



Teresa Guerreiro

CES

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

8. TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, abaixo-assinado, Cristina Isabel Brito Marques Gonçalves _____, na qualidade de Investigador Principal, declaro por minha honra que as informações prestadas neste questionário são verdadeiras. Mais declaro que, durante o estudo, serão respeitadas as recomendações constantes da Declaração de Helsínquia (com as emendas de Tóquio 1975, Veneza 1983, Hong-Kong 1989, Somerset West 1996 e Edimburgo 2000) e da Organização Mundial da Saúde, no que se refere à experimentação que envolve seres humanos.

Porto, 8 / Outubro / 2010

A Comissão de Ética para a Saúde tendo aprovado o parecer do Relator, aguarda que o Investigador/Promotor esclareça as questões nele enunciadas para que possa emitir parecer definitivo.

Cristina Gonçalves

O Investigador Principal

[Handwritten signature]
2010.10.29
Prof. Dr. Filipe Almeida
Presidente da Comissão de Ética

PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE DO HOSPITAL DE S. JOÃO

emitido na reunião plenária da CES

de

Considerando as correções e o esclarecimento fornecido pelo investigador como cabíveis e satisfatórios

A Comissão de Ética para a Saúde APROVA por unanimidade o parecer do Relator, pelo que nada tem a opor à realização deste projecto de investigação.

[Handwritten signature]
2010.11.11

ANEXO III

(Instrumento de colheita de dados)

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Considerando a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial (Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)

Designação do Estudo (em português):

Eu, abaixo-assinado, (nome completo do voluntário são) -----

-----, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca do meu caso clínico e da investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objectivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo na assistência que me é prestada.

Por isso, consinto que me seja aplicado o método, o tratamento ou o inquérito proposto pelo investigador.

Data: ____ / _____ / 200__

Assinatura do voluntário são: _____

O Investigador responsável:

Nome: _____

Assinatura: _____

Questionário:

Cristina Isabel Brito Marques Gonçalves, aluna do 4º ano da Universidade Fernando Pessoa, do curso de Enfermagem, para elaboração do Projecto de Graduação intitulada “Conhecimento dos prestadores de cuidados na prevenção das Úlceras de Pressão” que tem por objectivo analisar os conhecimentos, a influência dos ensinamentos da parte dos enfermeiros, agradeço a vossa colaboração no preenchimento deste questionário.

A metodologia a utilizar é de um estudo descritivo.

Os objectivos de estudo serão: a identificação dos conhecimentos dos prestadores de cuidados sobre a prevenção das úlceras de pressão e também identificar se os ensinamentos feitos pela equipa de enfermagem foram suficientes.

Este estudo tem como benefícios a sensibilização para o problema em estudo e não existem riscos à excepção do incómodo que possa causar o preenchimento do questionário.

O estudo é de carácter voluntário. Caso queira poderá desistir do estudo sem comprometer o relacionamento com o médico e sem desrespeitar os seus direitos e a assistência que lhe é devida.

Todas as respostas serão anónimas e confidenciais pelo que não deverá escrever o seu nome ou algo que a identifique em nenhuma parte da folha.

O preenchimento deste questionário demora em média 10 minutos, tendo que colocar uma cruz nos respectivos quadrados, para que se possa validar a sua resposta. Pede-se que responda correctamente a todas as questões, escolhendo as respostas que melhor correspondam à sua opinião pessoal.

A Comissão de Ética Hospital S. João tem conhecimento e aprovou o estudo.

Obrigada pela vossa colaboração

A aluna

Questões:

1 - Questões relacionadas com o Prestador de Cuidados:

1.1 - Género:

Feminino

Masculino

1.2 – Idade _____

1.3 – Relação de proximidade com o doente:

Conjuge

Filho (a)

Irmã (ão)

Genro/Nora

Neto (a)

Outro Familiar

Vizinho/ Amigo

Outra proximidade

Refira qual ? _____

1.4 – Habilitações Literárias?

Sem escolaridade

4º classe (1º ciclo ensino básico)

Ensino preparatório (2º ciclo do ensino básico)

9º ano (3º ciclo do ensino básico)

12º ano (ensino secundário)

Curso técnico

Ensino superior

Outra situação

Refira qual? _____

1.5 – Há quanto tempo é prestador(a) de cuidados?

<1 Ano	
1 – 3 Anos	
4 – 6 Anos	
>7 Anos	

1.6 – Que tipo de cuidados presta ao doente?

Ajuda nos cuidados de higiene

Ajuda na ida à casa de banho

Apoio na mobilidade

Confecção de alimentação

Auxilio na administração da alimentação

Efectuar posicionamentos

Transferência da cadeira para a cama e vice-versa

Administração de medicação oral

Outro Indique qual? _____

1.7 – O doente do qual presta cuidados necessita de ajuda:

Parcial

Total

1.8 – Quantas horas por dia presta cuidados ao doente?

< 2 Horas	
2 – 6 Horas	
7 - 11horas	
>12 Horas	

2 – Dos motivos abaixo descritos **escolha o que mais se adequa** à sua situação

Pelo carinho que nutre pelo doente

Por gosto no que faz

Por ser familiar

Porque é muito dispendioso coloca-lo num lar ou contratar uma enfermeira

Por não querer colocar o seu familiar num lar

Porque não encontra uma pessoa de confiança (cuidador)

Por falta de estruturas de apoio (serviços domiciliários, lares, centros dia)

Porque o que recebe ajuda monetária que contribuir para o sustento da família

Para evitar censura por parte dos outros

3- Teve algum tipo de formação para cuidar de doentes dependentes?

Sim

Não

3.1- Se **sim** escolha a opção abaixo descrita

Curso geriatria

Curso auxiliar

Curso saúde

Formação realizada no Hospital/centro saúde

Outra Indique qual _____

4 – Sabe o que é uma úlcera de pressão/escaras?

Sim

Não

5 – Acha que sabe os cuidados a ter para prevenir o aparecimento da úlcera de pressão/escaras?

Sim

Não

5.1 – Mesmo que responda não preencha as seguintes questões com **F** para falso e **V** para verdadeiro.

	V	F
Uma úlcera de pressão/escaras é uma lesão causada pressão que não é aliviada contra os tecidos moles sobre as proeminências ósseas.		
A humidade, calor, desidratação, alteração da mobilidade, défices nutricionais são alguns dos factores que contribuem para o aparecimento de úlceras de pressão.		
Deve massajar a pele com creme hidratante mesmo que esta se encontre ruborizada.		
A base do lençol da cama deve estar bem esticado e sem rugas.		
As rugas no lençol de baixo não provocam lesões na pele.		
No posicionamento deve-se alternar as zonas de apoio de 3 em 3 Horas.		
A coluna deve estar alinhada, mas não é necessário repartir o peso corporal por igual.		
O doente além das 3 principais refeições deve se alimentar em pouca quantidade entre as refeições.		
A hidratação oral do doente não é importante para a prevenção das úlceras de pressão.		
Desde que o doente possa deve ser transferido para o cadeirão		
Quando o doente está no cadeirão não é necessário tomar precauções		

relacionadas com as rugas da roupa, hidratação e alívio de pressão.		
É importante a mobilização das articulações como forma de prevenir as atrofias musculares, rigidez muscular.		

6 – Durante o actual internamento ou internamentos anteriores foram realizados ensinamentos por parte da equipa de enfermagem.

Sim

Não

6.1 - Se sim indique quais:

Auto-cuidados de higiene	
Posicionamentos	
Hidratação da pele	
Transferências	
Suplementos alimentares	
Prevenção de úlceras de pressão	

Outra Indique qual _____

6.2 – Dos cuidados abaixo enumerados refira quais os que foram observados pela equipa de enfermagem:

Colocação das almofadas para aliviar a pressão.	
Assegurar uma hidratação oral de 2 a 3 litros de água por dia.	
Sempre que o doente se apresente urinado ou com fezes deve-se prestar os cuidados de higiene, aplicar creme e colocar fralda de protecção	
A cama deve estar limpa, seca, sem rugas e sem migalhas de comida.	
Estar atento a zonas de desconforto, não deixar o doente ter um membro a fazer pressão sobre o outro membro sem protecção.	

6.3 - Acha que recebeu conhecimentos teóricos e práticos suficientes **sobre a prevenção de úlceras de pressão/escaras?**

Sim

Não

6.3.1 Se não indique a que nível de necessidades sentiu menos apoio?

6.4 – O enfermeiro (a) demonstrou-lhe na prática como posicionar correctamente o doente?

Sim

Não

7 – Selecciono no **máximo duas respostas** que considera mais adequadas para a forma como adquiriu informações sobre a prevenção das Úlceras de pressão/escaras:

- Enfermeiro Centro Saúde
- Enfermeiro do Hospital
- Internet
- Familiares / amigos
- Livros
- Pela prática
- Outro Refira qual? _____

8 – Que materiais utiliza para prevenir as úlceras de pressão/escaras?

- Almofada de espuma
- Almofada de gel
- Colchão alterne
- Camas articuladas
- Calcanheiras e cotovelleiras
- Superfície de apoio
- Outro Refira qual? _____
- Nenhum

9 – Dos locais corporais abaixo descritos, na sua opinião onde deve colocar almofadas para prevenir o aparecimento de Úlceras de pressão/escaras?

- Ombros
- Cotovelos
- Região sagrada (coccix)
- Coxas
- Entre os joelhos
- Calcanhares
- Tornozelos