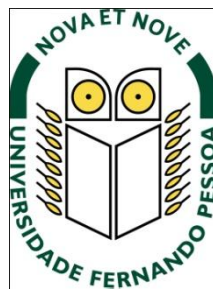


Ana Carina Magalhães Coroas

Visita domiciliária de enfermagem como estratégia na prevenção de úlceras de pressão no idoso dependente



Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências de Saúde

Ponte de Lima, 2010

Ana Carina Magalhães Coroas

Visita domiciliária de enfermagem como estratégia na prevenção de úlceras de pressão no idoso dependente



Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências de Saúde

Ponte de Lima, 2010

Ana Carina Magalhães Coroas

Visita domiciliária de enfermagem como estratégia na prevenção de úlcera
de pressão no idoso dependente

Atestado de originalidade

_____ -

(Ana Carina Magalhães Coroas)

Monografia apresentada à Universidade
Fernando Pessoa como parte integrante
dos requisitos para obtenção do grau de
licenciada em enfermagem

Resumo

A prevenção das úlceras de pressão é uma preocupação dos profissionais de saúde que prestam cuidados ao idoso dependente em contexto domiciliário, sendo a sua prevenção um desafio para a equipa de Enfermagem.

Assim sendo, pelas razões supracitadas, definiu-se como tema a abordar, “Visita domiciliária de enfermagem como estratégia na prevenção de úlcera de pressão no idoso dependente”.

Para obter um estudo aprofundado acerca do tema em questão, será necessário conhecer a realidade das estratégias adoptadas pelos enfermeiros nas visitas domiciliárias como prevenção de úlceras de pressão nos idosos dependentes.

O presente estudo tem com objectivo questionar os enfermeiros que prestam cuidados ao idoso dependente no domicílio, acerca das estratégias para a prevenção de úlceras de pressão, recorrendo à realização e análise de um questionário.

Para este estudo de investigação o investigador baseou-se nas seguintes perguntas de partida:

- Quais as intervenções para prevenção de úlcera de pressão no idoso dependente, desenvolvidas pelo enfermeiro na visita domiciliária?
- Qual a importância atribuída pelo enfermeiro à visita domiciliária como estratégia de prevenção de úlceras de pressão, no idoso dependente?

Na elaboração deste trabalho recorreu-se à metodologia quantitativa através de um estudo descritivo simples. Como instrumento de colheita de dados utilizou-se o questionário.

O processo de amostragem definida para este estudo foi a não probabilística por rede, sendo que a amostra resultou em trinta e um enfermeiros que prestam cuidados ao idoso dependente no domicílio.

Após a colheita de dados é imprescindível para o estudo proceder à análise dos mesmos, estes serão tratados através do programa informático Microsoft Office Excel 2007, e posteriormente a apresentação dos resultados será através de gráficos e quadros.

De encontro com objectivo principal desta investigação, é possível verificar que a maioria dos enfermeiros refere a visita domiciliária como estratégia importante na prevenção das úlceras de pressão ao doente idoso dependente. Contudo o grau de importância difere de enfermeiro para enfermeiro.

Em relação aos outros objectivos propostos pode-se concluir que os enfermeiros, na sua maioria possuem conhecimentos adequados sobre úlceras de pressão e a sua prevenção.

Palavra-chave: Visita domiciliária de enfermagem; prevenção de úlceras de pressão; Idoso dependente

Abstract

The prevention of pressure ulcers is one of the concerns health care professionals have when providing outpatient attendance to dependent elderly patients and this prevention constitutes a challenge for nurses.

In view of the reasons previously mentioned, I have decided to approach the topic “The domiciliary nursing care provision viewed as a strategy to prevent pressure ulcers in dependent elderly”.

In order to obtain a detailed study on the subject, it is necessary to know the strategies adopted by nurses in order to prevent pressure ulcers in dependent elderly while providing domiciliary care.

This study envisages to question nurses who provide elderly patients with domiciliary care about the strategies they use to prevent pressure ulcers, by having them answer a questionnaire and by analyzing the results obtained.

In order to perform this study, the researcher used the following main questions:

- Which techniques does a nurse put into use to prevent pressure ulcers in dependent elderly during a domiciliary visit?

- How important is the domiciliary visit as a strategy to prevent pressure ulcers in a dependent elderly?

The results obtained from this research were based on the quantitative analysis of the data and on a simple descriptive study of the answers. The research instrument used to collect the data was a questionnaire.

The survey process defined for this study was a non-probabilistic sampling and the target sample was a group of thirty-one nurses who provide domiciliary care to dependent elderly patients.

After collecting the data, these were analyzed and processed with the help of the spreadsheet application Microsoft Office Excel 2007 TM and will be presented in the form of graphics and tables.

By analyzing the results obtained, we can conclude that most nurses consider the domiciliary visit to be an important strategy in the prevention of pressure ulcers in dependent elderly patients. However, it is noticeable that the degree of importance attributed to this strategy varies from nurse to nurse.

Furthermore, this study made it possible to conclude that the majority of the nurses interviewed possess adequate knowledge about pressure ulcers and how to prevent them.

Keywords: Nursing domiciliary visit; prevention of pressure ulcers; dependent elderly.

Dedico este trabalho aos meus Pais, ao Adriano por terem contribuído para a minha formação e assim tornando possível a realização deste sonho, que é...

ser enfermeira...

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais que sempre me ajudaram, apoiaram e nunca duvidaram do meu sucesso na concretização do meu percurso académico, sem a ajuda deles não teria conseguido...

Ao Adriano por ter estado sempre ao meu lado e por me transmitir segurança nos momentos mais difíceis....

À minha avó e aos meus irmãos pela força que me foram dando ao longo deste percurso...

À minha orientadora, enfermeira Paula Fonseca pela sua disponibilidade, apoio e ajuda na elaboração deste trabalho...

Agradeço a todos os meus amigos que sempre estiveram presentes e me ajudaram ...

A todos os enfermeiros que disponibilizaram a participar neste estudo, sem eles não seria possível a sua concretização, em especial à enfermeira Lourença e enfermeira Aparecida....

A todos, Muito Obrigado!

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	2
.....	1
CAPITULO I – ENQUADRAMENTO	2
CONCEPTUAL.....	4
1. FORMULAÇÃO DO PROBLEMA DE	2
INVESTIGAÇÃO.....	4
1.1 JUSTIFICAÇÃO E DELIMITAÇÃO DO TEMA DE	2
INVESTIGAÇÃO.....	4
1.2 PERGUNTA DE	2
PARTIDA.....	5
.....	
1.3 QUESTÕES DE	2
INVESTIGAÇÃO.....	6
.....	
1.4 OBJECTIVOS DA	2
INVESTIGAÇÃO.....	6
.....	
CAPITULO II – ENQUADRAMENTO	2
TEÓRICO.....	7
.....	2
2. Contextualização teórica.....	7
.....	2
2.1 Definição de idoso.....	8
.....	2
ii.i.i Idoso dependente.....	8
.....	2
ii.i.ii Dados demográficos da população portuguesa.....	9
.....	3
2.2 Processo de envelhecimento.....	1
.....	3
2.3 Anatomia e fisiologia da pele.....	4
.....	3
2.4 Definição de úlceras de pressão.....	5
.....	3
ii.iv.i Classificação das úlceras de pressão.....	8

ii.iv.ii Locais vulneráveis de desenvolver úlceras de pressão.....	4
	1
ii.iv.iii Avaliação do grau de risco.....	4
	2
ii.iv.iii.i Escalas de risco.....	4
	3
ii.iv.iv Factores de risco.....	4
	5
ii.iv.iv.i Factores extrínsecos.....	4
	6
ii.iv.iv.ii Factores intrínsecos.....	4
	8
2.5 Estratégias e equipamentos na prevenção das úlceras de pressão.....	4
	8
ii.v.i Medidas preventivas.....	5
	0
2.6 Assegurar um bom estado geral.....	5
	2
ii.vi.i Nutrição.....	5
	2
ii.vi.ii Idade.....	5
	3
ii.vi.iii Incontinência/humidade.....	5
	4
ii.vi.iv Mobilidade.....	5
	5
ii.vi.v Temperatura Elevada.....	5
	5
ii.vi.vi Estado Cognitivo.....	5
	6
2.7 O cuidar em Enfermagem.....	5
	6
ii.vii.i Intervenção e estratégias de prevenção.....	5
	7
ii.vii.ii Papel do enfermeiro prestador de cuidados domiciliários de enfermagem...	5
	8
CAPITULO III – ENQUADRAMENTO	6
METODOLÓGICO.....	1

3.1	METODOLOGIA	DE	6
INVESTIGAÇÃO.....			1
.....			
3.2	TIPO	DE	6
ESTUDO.....			2
.....			
3.3	POPULAÇÃO	E	6
AMOSTRA.....			2
.....			
3.4	DEFINIÇÃO	DE	6
VARIÁVEIS.....			3
.....			
3.5	INSTRUMENTO DE COLHEITA	DE	6
DADOS.....			3
III.V.I		PRÉ-	6
TESTE.....			4
.....			
3.6	CONSIDERAÇÕES		6
ÉTICAS.....			5
.....			
CAPITULO VI	-	ENQUADRAMENTO	6
EMPÍRICO.....			6
4.1	APRESENTAÇÃO	E	6
ANÁLISE		DE	6
DADOS.....			
4.2	DISCUSSÃO DE DADOS		8
.....			5
CONCLUSÃO.....			9
.....			2
BIBLIOGRAFIA.....			9
.....			5
APÊNDICES			
APÊNDICE I - CONSENTIMENTO INFORMADO			
APÊNDICE II - QUESTIONÁRIO			

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Pirâmide Etária, Portugal, 1995 – 2005.....	30
Gráfico 2- Índice de Envelhecimento, por 100 indivíduos, Portugal e NUTS II (Novas), 2005.....	31
Gráfico 3- Distribuição de dados relativamente à idade dos Enfermeiros.....	67
Gráfico 4- Distribuição de dados relativamente ao género dos Enfermeiros.....	68
Gráfico 5- Distribuição dos dados relativamente ao estado civil dos Enfermeiros...	68
Gráfico 6- Distribuição dos dados relativamente às habilitações profissionais dos Enfermeiros.....	69
Gráfico 7- Distribuição dos dados relativamente à frequência dos Enfermeiros em alguma formação acerca de prevenção de úlceras de pressão, após a formação de base.....	70
Gráfico 8- Distribuição dos dados relativamente ao motivo dos Enfermeiros para frequentarem a formação.....	70
Gráfico 9- Distribuição dos dados relativamente à utilização dos Enfermeiros de algumas escalas para avaliação do grau de risco de desenvolver úlceras de pressão..	72
Gráfico 10 - Distribuição dos dados relativamente se o enfermeiro tem algum sistema informático de informação em enfermagem para registo da avaliação do grau de risco para desenvolver úlceras de pressão.....	73

Gráfico 11- Distribuição dos dados relativamente à opinião dos enfermeiros quanto á eficácia da visita domiciliária de enfermagem para desenvolver intervenção na prevenção de úlceras de pressão..... 84

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Distribuição dos dados relativamente ao que os enfermeiros que entende por úlceras de pressão.....	71
Quadro 2 - Distribuição dos dados relativamente a qual ou quais as escalas para avaliação de grau de risco de desenvolver úlceras de pressão os Enfermeiros conhecem.....	74
Quadro 3 - Distribuição dos dados relativamente a quais os factores que os enfermeiros têm em atenção aquando a avaliação de um utente com risco de desenvolver úlceras de pressão.....	75
Quadro 4 - Distribuição dos dados relativamente a quais as áreas corporais que os Enfermeiros acham mais frequentes onde se desenvolvem úlceras de pressão.....	77
Quadro 5 - Distribuição dos dados relativamente a quais medidas de alívio de pressão que habitualmente os enfermeiros aconselham.....	78
Quadro 6 - Distribuição dos dados relativamente a quais as intervenções de enfermagem os Enfermeiros que realizam e/ou ensinam para a prevenção de úlceras de pressão nos cuidados domiciliários.....	80
Quadro 7 - Distribuição dos dados relativamente a qual a frequência com que os Enfermeiros realizam visitas domiciliarias de enfermagem, ao utente/família com risco de desenvolver úlceras de pressão.....	82
Quadro 8 - Distribuição dos dados relativamente a qual a opinião dos Enfermeiros sobre qual seria a frequência ideal para a realização das visitas domiciliarias de enfermagem ao utente/família com risco de desenvolver úlceras de pressão.....	83

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Factores que levam à dependência.....	29
Figura 2 – Corte Transversal da pele normal.....	35
Figura 3 – Resposta celular à pressão.....	38
Figura 4 – Estádio I da úlcera de pressão.....	39
Figura 5 – Estádio II da úlceras de pressão.....	39
Figura 6 – Estádio III da úlceras de pressão.....	40
Figura 7 – Estádio IV da úlceras de pressão.....	40
Figura 8 – A – Proeminências ósseas mãos frequentemente sujeitas a úlcera de pressão.....	42
Figura 9 – Factores que contribuem para a formação de úlceras de pressão....	46
Figura 10 – Contribuição potencial da desnutrição proteico-calórica para a ocorrência de úlceras de pressão.....	53

Siglas

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direcção Geral de Saúde

EPS- Educação para a Saúde

VD- Visita Domiciliária

AVC -Acidente vascular cerebral

INE – Instituto Nacional de Estatística

UP – Úlcera de Pressão

ADN – Ácido Desoxirribonucleico

ARN – Ácido Ribonucleico

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

GAIIF – Grupo Associativo de Investigação em Feridas

Abreviaturas

p. – Página

pp. – Páginas

nº - Número

INTRODUÇÃO

O presente trabalho surge no âmbito do plano curricular do 4º ano da licenciatura em enfermagem da Universidade Fernando Pessoa – Faculdade de ciências da saúde – Unidade de Ponte de Lima. Este trabalho científico surge pelo facto de ser um dos requisitos para a obtenção do grau de licenciada em enfermagem.

A elaboração deste trabalho surge por interesse do investigador sobre o tema em questão, e por ser um dos objectivos académicos que se baseiam no desenvolvimento dos conhecimentos adquiridos ao longo desta licenciatura, assim como no desenvolvimento das técnicas da elaboração de um trabalho científico.

Assim o tema que o investigador acha mais pertinente abordar é “Visita domiciliária de enfermagem como estratégia na prevenção de úlceras de pressão no idoso dependente.”

Desta forma o objectivo geral que vai de encontro a este estudo é Conhecer a importância atribuída pelos enfermeiros à visita domiciliária de enfermagem como estratégia de prevenção de úlcera de pressão no idoso dependente. A partir do objectivo geral foram delimitados os seguintes objectivos específicos que vão de encontro com o objectivo geral, já referido. Como tal, os objectivos específicos deste estudo de investigação são:

- ✓ Identificar se os enfermeiros frequentaram formação específica acerca da prevenção de úlceras de pressão;
- ✓ Identificar quais os conhecimentos dos enfermeiros acerca dos factores de risco das úlceras de pressão;
- ✓ Identificar quais os conhecimentos dos enfermeiros acerca de prevenção das úlceras de pressão;
- ✓ Identificar as intervenções de enfermagem desenvolvidas pelos enfermeiros no domicílio para prevenção de úlceras de pressão no idoso dependente;
- ✓ Identificar o nível de eficácia atribuída pelos enfermeiros à visita domiciliária como estratégia/contexto na prevenção de úlceras de pressão.

O presente estudo de investigação centra-se na obtenção de conhecimentos acerca do papel dos enfermeiros na prevenção de úlceras de pressão no idoso dependente no domicílio. Assim optou-se por um estudo em que a sua metodologia é quantitativa, do tipo descritivo simples.

Depois de definido o problema de investigação, o método de colheita de dados que se achou mais adequado foi o questionário, este foi aplicado a enfermeiros que prestam cuidados ao idoso dependente no domicílio, num período de tempo compreendido entre os dias 16 de Junho a 9 de Julho de 2010. A amostra definida para este estudo de investigação foi não probabilística por rede.

Uma vez realizada a colheita de dados foi fundamental para o estudo proceder à análise dos mesmos. A análise dos dados obtidos será tratada através do programa informático Microsoft Office Excel 2007. Assim a apresentação dos resultados será através de gráficos e quadros e para uma melhor compreensão dos dados analisados, foi feita a discussão dos mesmos.

É possível verificar, através do objectivo principal desta investigação, que a maioria dos enfermeiros refere a visita domiciliária como sendo uma estratégia importante na prevenção das úlceras de pressão ao doente idoso dependente. Porém o grau de importância difere de enfermeiro para enfermeiro. No que diz respeito aos outros objectivos propostos foi possível concluir que os enfermeiros, na sua maioria possuem conhecimentos adequados sobre úlceras de pressão e a sua prevenção.

Este trabalho de investigação encontra-se dividido em três partes distintas mas fundamentais, estas são, a fase conceptual, a fase metodológica e a fase empírica.

A fase conceptual inclui a formulação do problema de investigação, a justificação e delimitação do tema de investigação, a pergunta de partida, as questões de investigação, os objectivos da investigação e o enquadramento teórico onde vai ser desenvolvido o tema em estudo.

A segunda fase, a fase metodológica, é abordada a metodologia de investigação, o tipo de estudo, a população e a amostra seleccionada para este estudo, a definição de variáveis, os instrumentos de colheita de dados, o pré-teste e as considerações éticas que o investigador irá ter em conta na realização deste trabalho.

Na última fase, a fase empírica, serão apresentados a análise dos dados obtidos e posteriormente a discussão dos mesmos. Por último, será efectuada a conclusão referente ao presente estudo.

Para além das fases referidas encontram-se os apêndices que contêm os seguintes documentos, o consentimento informado (apêndice I) e o questionário (apêndice II).

Por fim é de salientar algumas limitações sentidas pelo investigador ao longo da realização do estudo, relacionadas com a inexperiência do investigador na elaboração de trabalhos científicos, a nível temporal e recursos materiais para a realização do estudo.

Capítulo I – Enquadramento Conceptual

O enquadramento conceptual é fundamental para a realização de uma investigação, sendo esta a primeira fase de uma pesquisa. É também aqui, que se pensa sobre o problema de investigação, delimita-se e justifica-se o tema da investigação, delimita-se a pergunta de partida, as questões e os objectivos da investigação.

Fortin (2003, p.39), diz-nos que o enquadramento conceptual

(...) refere-se a um processo, a uma forma ordenada de formular ideias, de as documentar em torno de um assunto preciso, com vista a chegar a uma concepção clara e organizada do objecto de estudo.

1. Formulação do problema de investigação

Todo o processo de investigação consiste numa situação problemática, uma situação que transmite interesse e/ou preocupação ao investigador, ou seja, é algo que necessita de uma melhor explicação e compreensão do fenómeno que o investigador pretende verificar.

Segundo Fortin (2003, pág. 48), “Qualquer investigação tem por ponto de partida uma situação considerada como problemática (...)”.

Ainda segundo o mesmo autor (2003, p.39) refere,

(...) a formulação de um problema de investigação consiste em desenvolver uma ideia através de uma progressão lógica de opiniões, de argumentos e de factores relativos ao estudo que se deseja empreender.

1.1 Justificação e delimitação do tema de investigação

Todo o estudo de investigação inicia-se com um problema para qual o investigador pretende obter respostas, a necessidade do problema vai de encontro com os interesses do próprio investigador. Desta forma, é fundamental delinear um assunto de interesse de modo a limitar a investigação.

Segundo Polit e Hungler (2000, p. 49) um problema de investigação é uma situação que compreende um assunto ambíguo ou, algo que investigador deseja resolver ou esclarecer.

Neste sentido a problemática apresentada baseou-se no interesse do investigador em obter mais conhecimentos sobre a visita domiciliária de enfermagem como estratégia na prevenção de úlcera de pressão no idoso dependente, que após a pesquisa bibliográfica este tema tornou-se pertinente o que permitiu a continuidade do processo de investigação.

Para Fortin (2003, p.62),

A formulação do problema deve demonstrar, com a ajuda de uma argumentação cerrada, que a exploração empírica da questão é pertinente e que esta é susceptível de contribuir para o avanço dos conhecimentos.

1.2 Pergunta de partida

Uma vez identificado o problema de investigação é necessário formular a pergunta que conduz ao esclarecimento do problema identificado. A questão de investigação sucede directamente do objectivo a investigar e especifica os aspectos a estudar, a mesma deve possibilitar a aquisição de novos conhecimentos.

Para Hulley et all, (2008, p.35), “A questão de pesquisa é a incerteza que o investigador pretende resolver sobre algo na população realizando aferições nos sujeitos do estudo”.

Assim sendo as questões de investigação definidas para este estudo são as seguintes:

Quais as intervenções para prevenção de úlcera de pressão no idoso dependente, desenvolvidas pelo enfermeiro na visita domiciliária?

Qual a importância atribuída pelo enfermeiro à visita domiciliária como estratégia de prevenção de úlceras de pressão, no idoso dependente?

1.3 Questões de investigação

Para Fortin (2003, pág. 51),

Uma questão de investigação é um enunciado interrogativo claro e não equívoco que precisa os conceitos-chave, especifica a população alvo e sugere uma investigação empírica.

As questões de investigação são o alvo que o investigador pretender esclarecer, assim, para obter a resposta ao tema de investigação formularam-se as seguintes questões de investigação:

- ✓ Será que os enfermeiros frequentaram alguma formação específica acerca da prevenção de úlceras de pressão?
- ✓ Será que os enfermeiros têm conhecimentos acerca dos factores de risco das úlceras de pressão?
- ✓ Quais os conhecimentos dos enfermeiros acerca de prevenção das úlceras de pressão?
- ✓ Quais as intervenções de enfermagem desenvolvidas pelos enfermeiros no domicílio para prevenção de úlceras de pressão no idoso dependente?
- ✓ Qual o nível de eficácia atribuída pelos enfermeiros à visita domiciliária como estratégia/contexto na prevenção de úlceras de pressão?

1.4 Objectivos da investigação

A delineação dos objectivos de uma investigação é um passo fundamental para a obtenção dos fins a que se destina todo o processo de investigação.

Para Fortin (2003, p. 100), o objectivo de um estudo

(...) é um enunciado declarativo que precisa a orientação da investigação segundo o nível dos conhecimentos estabelecidos no domínio em questão.

O objectivo geral para esta investigação surge em: “Conhecer a importância atribuída pelos enfermeiros à visita domiciliária de enfermagem como estratégia de prevenção de úlcera de pressão no idoso dependente.”

A partir do objectivo geral foram delimitados os seguintes objectivos específicos que vão de encontro com o objectivo geral. Como tal, os objectivos específicos deste estudo de investigação são:

- ✓ Identificar se os enfermeiros frequentaram formação específica acerca da prevenção de úlceras de pressão;
- ✓ Identificar quais os conhecimentos dos enfermeiros acerca dos factores de risco das úlceras de pressão;
- ✓ Identificar quais os conhecimentos dos enfermeiros acerca de prevenção das úlceras de pressão;
- ✓ Identificar as intervenções de enfermagem desenvolvidas pelos enfermeiros no domicílio para prevenção de úlceras de pressão no idoso dependente;
- ✓ Identificar o nível de eficácia atribuída pelos enfermeiros à visita domiciliária como estratégia/contexto na prevenção de úlceras de pressão.

Capítulo II – Enquadramento Teórico

2. Contextualização teórica

A contextualização teórica retrata um conjunto de definições e conceitos, onde se vai explicar e desenvolver os fenómenos do seguinte estudo de investigação.

Segundo Fortin (2009, p 15)

As teorias representam uma forma de organizar, de integrar ou de isolar conceitos abstractos, reportando-se à maneira como os fenómenos se ligam uns aos outros.

2.1 Definição de idoso

Chegar à fase de idoso é um processo fisiológico, que se dá em todos os ser humanos, sendo este um processo visível. Durante este processo ocorrer várias modificações, dá-se uma diminuição orgânica e funcional, sendo este um processo natural, impossível de evitar com o passar do tempo e da idade (Costa M. 2002, p. 5).

Assim pode-se dizer que a pessoa idosa passa por um processo de deterioração fisiológica e orgânica, em que esta deterioração vai diminuir a capacidade da pessoa se adaptar a alteração do meio ambiente (Costa M. 2002, p. 7).

Segundo Squire A. (2005, p. 15),

O envelhecimento fisiológico refere-se às mudanças biológicas sofridas por uma pessoa ao longo do tempo, após o processo de crescimento ter terminado.

Ser idoso é um estágio de vida que só acontece uma vez na vida, sendo esta uma experiência única. Este é um processo que depende de vários factores, como factores sociais, psicológicos e fisiológicos como referidos anteriormente. Todos estes factores não ocorrem ao mesmo tempo e não estão obrigatoriamente relacionados com a idade da pessoa (Squire, A. 2005).

2.1.1 Idoso dependente

Muitos dos idosos perdem as suas capacidades de se movimentarem, ficando idosos dependentes. A dependência pode ocorrer por diversos factores, pode ser, por um envelhecimento fisiológico, por doença e por inactividade.

Para Potter e Perry (2006), idosos em grande parte são,

(...) fisicamente activos, informados e socialmente participativos. A maior esperança de vida permite a muitos desfrutarem da aposentação, interessando-se por coisas para as quais tinham pouco tempo anteriormente.

Uma vez que nem todos os idosos conseguem manter todos as suas capacidades até ao fim da sua vida, muitos entram num processo de dependência, assim segundo a CIPE, dependente diz respeito a um “(...) estado de estar dependente de alguém ou de alguma coisa, para ajuda e apoio.”

De forma a evitar a dependência o utente, que por algum motivo de saúde tem de reduzir a sua actividade, este deve, ser estimulado num breve espaço de tempo, para recuperar a sua actividade anterior.

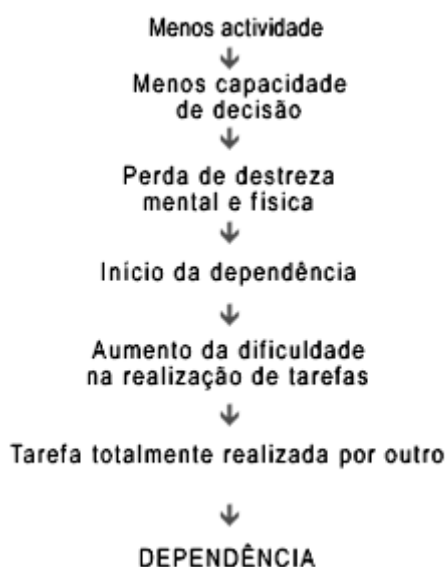


Figura 1 – Factores que levam à dependência

(Fonte: Louro, M. 2000)

Como é possível verificar no esquema acima, a dependência ocorre por consequências de atitudes do dia-a-dia, por isto é importante saber identificar os factores de risco que podem levar à dependência e tentar minimiza-los ao máximo.

2.1.2 Dados demográficos da população portuguesa

Segundo um estudo do INE (Instituto Nacional de Estatística) em 2005 a população que reside em Portugal é de 10 569 592 pessoas. Com a baixa de natalidade e o aumento de esperança média de vida deu-se um acréscimo populacional de apenas 40 337 pessoas

em relação ao ano anterior, isto significa que se deu uma diminuição no crescimento da população em relação aos anos anteriores (INE, 2006).

Assim em 2005 a população jovem (0-14 anos) representava cerca de 15,6% da população portuguesa e a população em idade activa (15- 64 anos) representava 67,3%. Em Portugal idoso é aquele com idade igual ou superior a 65 anos de idade, esta faixa etária representa 17,1% de população portuguesa, sendo notório o aumento do envelhecimento em Portugal uma vez que a percentagem de população idosa em 2004 era de 16,8% da população total (INE, 2006).

O fenómeno do envelhecimento é mais visível na população feminina, onde o grupo etário dos 65 e mais anos é de 19,3%, contra a população masculina que a população de 65 e mais anos é de 14,8% (INE, 2006).

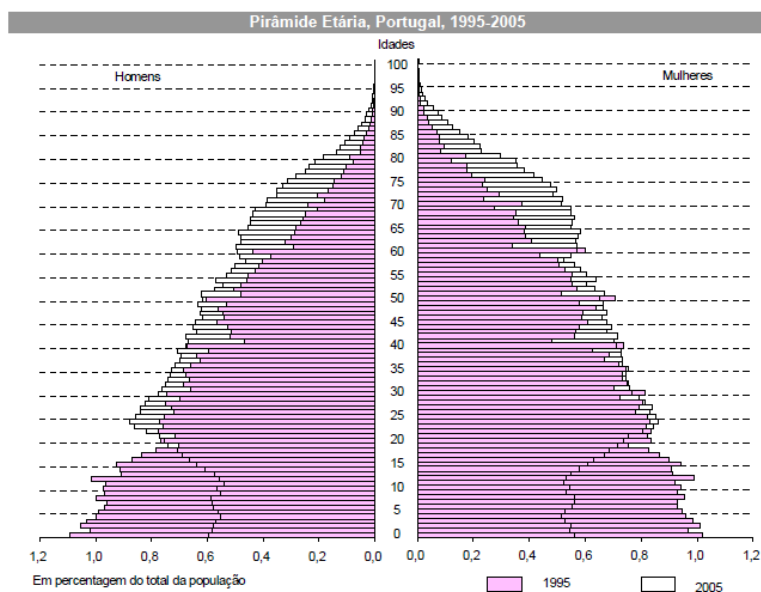


Gráfico 1 – Pirâmide Etária, Portugal, 1995 – 2005

(Fonte: INE. 2006)

O Alentejo encontra-se assim da média nacional com 171 idosos por 100 jovens, de seguida surge a região do Centro com 140 idosos o Algarve com 126 idosos, no norte a população idosa é de 91 idosos. Verifica-se que as regiões Autónomas são as regiões com índices mais baixos de população idosa, como é possível verificar no seguinte quadro (INE, 2006).

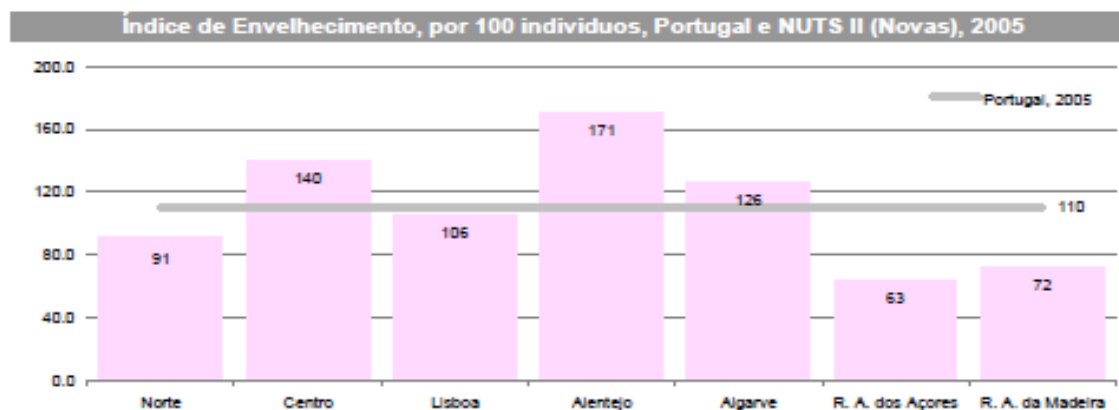


Gráfico 2 – Índice de Envelhecimento, por 100 indivíduos, Portugal e NUTS II (Novas), 2005

(Fonte: INE. 2006)

Squire (2005) refere ainda, que se tem verificado, nos últimos 30 anos um aumento na população com a faixa etária dos 65 anos de idade ou mais. Assim o maior crescimento tem se dado na faixa etária dos 85 anos ou mais, este crescimento tem sido muito significativo e tende a crescer ainda mais num futuro próximo.

Algo que também influencia os cuidados de saúde é o aumento que se tem verificado na longevidade da população. A enfermagem, como profissão, teve de se adaptar a esta mudança, investigando novos métodos para prestar cuidados, pela mudança educacional, e pelo estabelecimento de novas práticas nas diferentes áreas (Potter e Perry, 2006).

2.2 Processo de envelhecimento

Numa fase de vida entramos num processo de envelhecimento, este processo ocorre em todos os seres vivos, onde se dão modificações do nosso corpo, podendo estas modificações ser tanto internas, como externas.

Para Martínez, (1994). Cit. In, Saldanha, A., Caldas, C. (2004, p. 117), o envelhecimento diz respeito a:

(...) um processo biológico universal. Na maior parte dos seres vivos, e em particular nos seres humanos, este processo não permite definições fáceis, não se resumindo a uma simples passagem do tempo, sendo um processo dinâmico, progressivo e irreversível, caracterizado por manifestações variadas nos campos biológicos, psíquicos e sociais, que ocorrem ao longo de um período de vida de um indivíduo.

De maneira a explicar este fenómeno, desenvolveram-se varias teorias. Louro, M. (2000), considera como as teorias mais recentes, a teoria da acumulaco de erros na informaco molecular e a teoria da regulaco por genes específicos.

A teoria da acumulaco de erros na informaco molecular, defende que o ADN está frequentemente a sofrer alteraces devido a factores extrínsecos e intrínsecos. De maneira a manter a estabilidade, actuam as enzimas recuperadores específicos e a dupla hélice do ADN.

Assim o envelhecimento biológico, para Louro, M. (2000),

(...) seria causado por um processo de mutagnese somática, por susceptibilidade  mutagnese e por deficit nos mecanismos de reparaco.

Através das alteraces, todas ocorridas na mutagnese, como da falência dos mecanismos de reparaco, estes factores não são a fundamentaco para o fenmeno do envelhecimento. Algo que também interfere no processo e envelhecimento, através de lesões celulares são os produtos resultantes do metabolismo oxidativo, radicais superóxido que reagem com o ADN, ARN, lípidos e proteinas. Para proteger a células deste processo, actuam as vitaminas C e E e a enzimas de limpeza, contudo já foram feitos estudos, mas estes não comprovaram que as vitaminas C e E aumentariam a longevidade, nem que as enzimas de limpeza diminusem com o passar da idade. Ainda a teoria dos erros catastróficos diz-nos que os erros sucedidos no AND, ARN, e na síntese de proteinas, terminam numa catástrofe, não sendo este processo verificado no envelhecimento (Louro, M. 2000).

A teoria da regulaco por genes específicos, fundamenta que pais com maior longevidade de vida, os seus filhos também tem probabilidade de ter maior longevidade, pessoas do sexo feminino tem em media mais anos de vida e que ao gmeos homozigóticos tem idade de morte mais próxima que os gmeos dizigóticos. Esta teoria,  a teoria do envelhecimento que reúne mais consenso (Louro, M. 2000).

Ao longo do ciclo de vida, ocorrem diversas modificaces, estas vão ser mais visíveis numa fase mais avançada de vida. Este envelhecimento ocorre de uma forma gradual e individual.

Através do envelhecimento dão-se diversas modificações que alteram o funcionamento do corpo humano, assim podemos encarar estas alterações como biológicas.

A diminuição da estrutura, diminuição de peso corporal, aumento da massa gorda e diminuição da água total do corpo, são de uma forma geral as alterações biológicas que ocorrem durante o processo de envelhecimento.

Assim a pele diminui a sua elasticidade e ocorre atrofia das glândulas sudoríparas. Quanto ao sistema cardiovascular, dá-se uma diminuição do tamanho e da flexibilidade da matriz de colagénio, ocorre uma deposição de lipofuscina e lípidos no miocárdio, dá-se uma infiltração lipídica e calcificação das válvulas aórtica e mitral, no que diz respeito à sua função verifica-se uma redução do índice cardíaco e sob stress verifica-se no indivíduo uma diminuição da frequência cardíaca máxima, do volume sistólico, do débito cardíaco e do consumo de oxigénio. A nível arterial a tensão sistólica aumenta (Louro, M. 2000).

As alterações que sucedem no Sistema Genito-urinário são, perda de massa renal dos glomérulos e de árvore arterial intra renal, a diminuição da elasticidade da bexiga, em especial na mulher e hipertrofia da próstata. O que implica que o fluxo renal fique diminuído, as pessoas idosas ficam com menor capacidade de esvaziar a bexiga (Louro, M. 2000).

Algo que também se pode verificar com o processo de envelhecimento são alterações no sistema gastrointestinal estas incluem: diminuição da produção de ácido clorídrico, volume de saliva e paladar, o intestino perde as células musculares lisas, a mucosa gástrica atrofia, o PH gástrico aumenta, perda de alguns hepatócitos, a circulação hepática reduz. Quanto às suas funções menor eficácia na eliminação, obstipação e a metabolização de fármacos é diminuída. (Louro, M. 2000).

Relativamente ao Sistema Músculo-esquelético pode-se verificar uma perda da força muscular devidos às alterações a nível da redução da massa muscular e óssea, desmineralização óssea, aumento de gordura nos músculos e de cálcio nas cartilagens, degenerescência das cartilagens, perda de elasticidade das articulações. (Louro, M. 2000).

O sistema Imunitário também sobre alterações nas suas funções, pois as pessoas ficam mais susceptíveis de desenvolver infecções.

2.3. Anatomia e fisiologia da pele

Algo que é mais notório fisicamente no envelhecimento são alteração a nível da pele, para tal será feita uma breve descrição da anatomia e fisiologia da mesma.

A pele é a barreira do nosso corpo que nos protege contra microrganismos que podem causar malefícios, este também, é um órgão sensorial, pois este recebe estímulos, tácteis como dolorosos e da temperatura (Potter e Perry, 2006).

A pele é o órgão mais extenso do nosso corpo, este é muito importante uma vez que as células que a constituem estão em constante modificação para dar resposta às necessidades do nosso corpo, com a idade esta resposta é mais lenta daí, a pessoa idosa estar mais propensa a lesões da mesma. No caso das úlceras de pressão os tecidos envolvidos do seu aparecimento são a pele, o tecido adiposo subcutâneo, fascia profunda, os músculos e os ossos (Morison, 2004).

A pele é constituída por duas camadas distintas a mais externa é chamada de epiderme e a mais interna chamada de derme, estas estão separadas por uma membrana. A epiderme está constituída em diferentes camadas, a sua camada mais superficial é córnea, esta é uma camada fina constituída por células planas, mortas e queratinizadas. A camada mais profunda da epiderme é chamada e camada basal, estas dividem-se, proliferam-se e migram para a superfície de epiderme, depois de encontrarem-se na córnea ficam planas e morrem. A córnea acarreta consigo varias funções entre as quais evita a entrada de agentes químicos e protege as células e os tecidos contra a desidratação, esta também possibilita a evaporação da água e a absorção de medicamentos tópicos (Potter e Perry, 2006).

Como já referido a derme é a camada mais interna, esta é diferente da epiderme pois esta contém mais tecido conjuntivo e menos células cutâneas, tem como funções o suporte mecânico, protecção dos músculos, ossos, órgãos subadjacentes, vasos sanguíneos e nervos e proporciona uma grande força de tensão. Nesta camada podemos encontra o colágeno, que é uma proteína elástica fibrosa (Potter e Perry, 2006).

De seguida à derme surge a camada subcutânea que separa a derme dos músculos e ossos. Esta camada varia de espessura de pessoa para pessoa, dependendo do sexo, da sua localização no nosso corpo e da estrutura corporal e devido ao maior ou menor número de células adiposas, estas vão promover a mobilidade da pele e vai ajudar a almofadar e dissipar a pressão quando esta existir (Morison, 2004).

A membrana densa não elástica existente é chamada de fáscia profunda, esta é principalmente avascular e cobre músculos e grupos de músculos sobre as proeminências ósseas. É a última linha de protecção do tecido muscular vulnerável e é resistente à pressão (Morison, 2004).

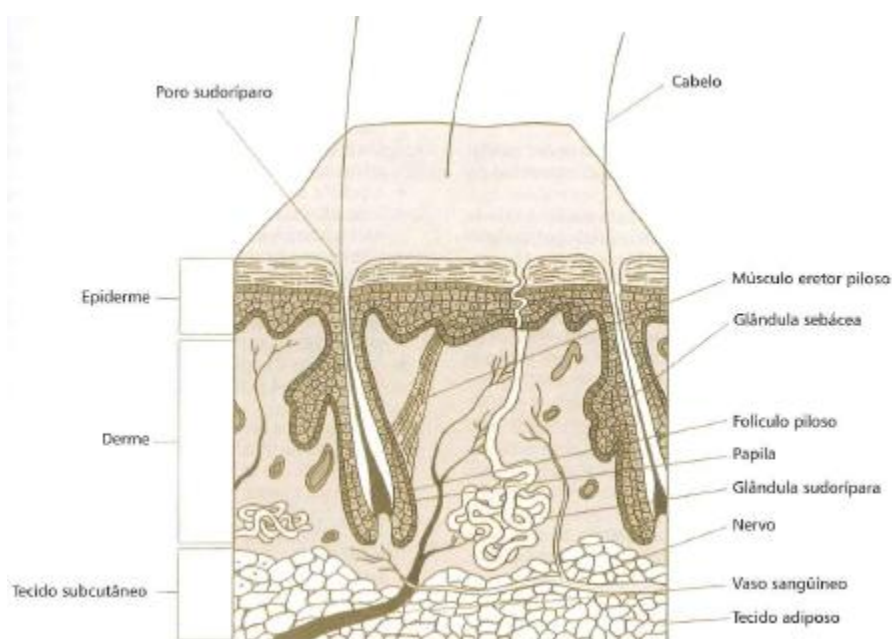


Figura 2 – Corte Transversal da pele normal

(Fonte: Taylor, C, et al, 2007)

2.4 Definição de úlceras de pressão

Dentro das várias lesões da pele, encontram-se as úlceras de pressão, estas são mais frequentes em pessoas idosas, como os factores de riscos para a formação das mesmas, que iremos descrever mais afrente neste estudo.

Úlceras de pressão estão definidas segundo a DGS, (2007) como:

(...) áreas da superfície corporal localizadas que sofrem exposição prolongada a pressões elevadas, fricção ou estiramento, de modo a impedir a circulação local, com consequente destruição e/ou necrose tecidual.

Já para Potter e Perry, (2006) úlceras de pressão eram designadas por feridas de pressão, escaras ou úlceras de decúbito, mas o termo escolhido para designar o compromisso da integridade cutânea resultante de uma pressão foi úlcera de pressão.

As feridas da pele e tecidos mais comuns são as úlceras de pressão, pois estas afectam muitos idosos dependentes, cerca de 60% ocorre em doentes hospitalizados, 18% em instituições para cuidados especiais e 7 a 12 % em doentes com atendimento no domicílio (Taylor, C, et al, 2007, p. 1107).

Afonso, G, et al (2006, p. 92) refere que a

(...) pressão capilar de um indivíduo saudável pode variar entre 6 e 32 mmHg. Quando a pressão exercida nos tecidos é superior a 32 mmHg, ocorre oclusão capilar e consequentemente hipoxia que, se não aliviada conduz a necrose tecidual.

Para além de constituírem uma porta de entrada para infecções as úlceras de pressão dificultam a recuperação do doente e aumentam o tempo da necessidade dos cuidados de enfermagem, esta perda da integridade da pele traz grandes consequências para o indivíduo, para as instituições de saúde e também para a comunidade. Assim é imposto à equipa de enfermagem uma maior responsabilidade nesta área, no reconhecimento dos pacientes de risco, pois este é problema da prestação de cuidados, em que é necessário, segundo Jorge, S.; Dantas, S. (2003, p. 288),

(...) conhecer e entender o que são as úlceras de pressão, suas causas e os factores de risco permite, não só ao enfermeiro como a toda equipe de saúde envolvida, implementar acções efectivas de prevenção e tratamento.

As úlceras de pressão podem surgir em diferentes contextos, tanto hospitalar como na comunidade, estas podem surgir por cuidados inapropriados onde vai comprometer a integridade da pele com complexas lesões dos tecidos profundos. Tanto a prevenção como o tratamento das úlceras de pressão é vista pelos profissionais de saúde como uma responsabilidade dos profissionais de enfermagem (Morison, 2004).

Segundo Afonso, G, et al (2006, p. 91),

As úlceras de pressão constituem um grave problema de saúde que afecta o indivíduo em todos os aspectos físicos, psíquicos e sócio-familiares.

Para tal o enfermeiro deve ter um papel activo na sua prevenção, não só proporciona qualidade de vida ao utente, como, se fizer um investimento correctamente na sua prevenção pode-se verificar a qualidade da prestação de cuidados.

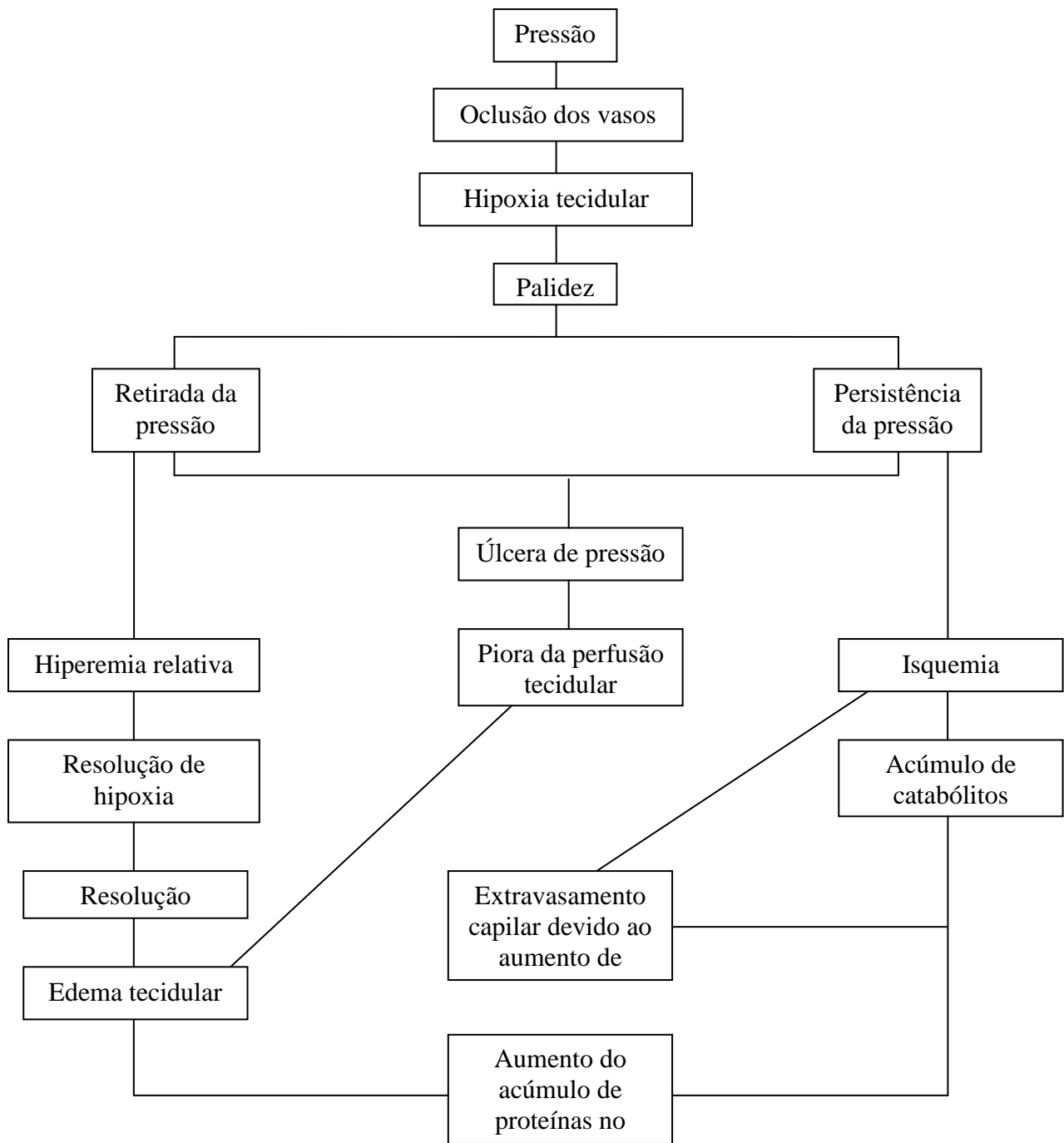


Figura 3 – Resposta celular à pressão

(Fonte: Jorge, S.; Dantas, S., 2003)

2.4.1 Classificação das úlceras de pressão

Assim as úlceras, após a sua formação e desenvolvimento passam por vários estádios, para tal é feita uma classificação das mesmas.

A classificação das úlceras de pressão é relativamente importante quando observamos uma lesão num tecido pela primeira vez, visto que esta classificação ajudara a servir como uma referência para avaliar o seu desenvolvimento. A classificação das úlceras de pressão pode ser feita de diferentes formas, mas o que é utilizado com mais frequência é a classificação por estádios, de acordo com as estruturas dos tecidos afectados (DGS, 2007).

Para Potter e Perry, (2006) existe quatro estádios para classificação das úlceras de pressão, sendo estes:

Estádio I – Neste estágio já se observa alterações da pele, aparece uma área definida de rubor persistente, observável em peles claras, em peles escuras pode ser observar uma cor mais vermelha, azulada ou roxa. Também pode ser observado alterações nos seguintes aspectos: consistência dos tecidos, sensação de dor prurido e temperatura da pele.

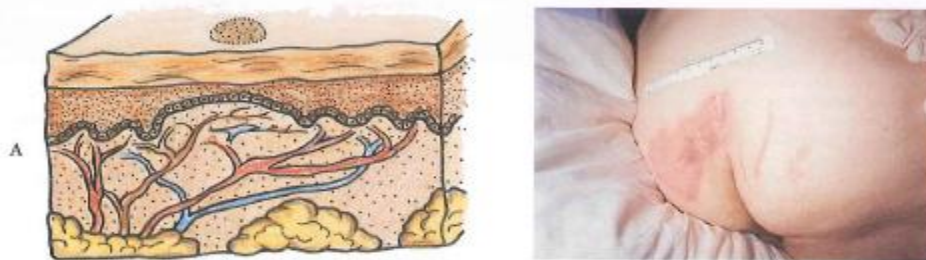


Figura 4 – Estádio I da úlcera de pressão

(Fonte: Potter e Perry, 2006)

Estádio II – Esta envolve a epiderme, derme ou as duas, dá-se uma perda da espessura da pele, é uma úlcera superficial.

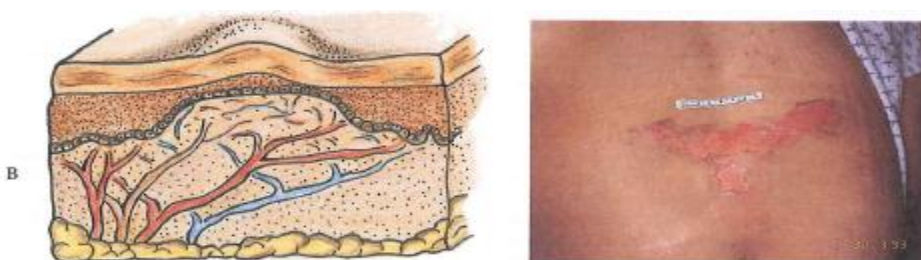


Figura 5 – Estádio II da úlcera de pressão

(Fonte: Potter e Perry, 2006)

Estádio III – Envolve, o tecido subcutâneo, este é afectado com lesões ou necrose, à uma destruição extensa e é possível observar uma perda total da espessura da pele. Apresenta-se como uma cratera profunda em que pode ou não envolver os tecidos adjacentes.

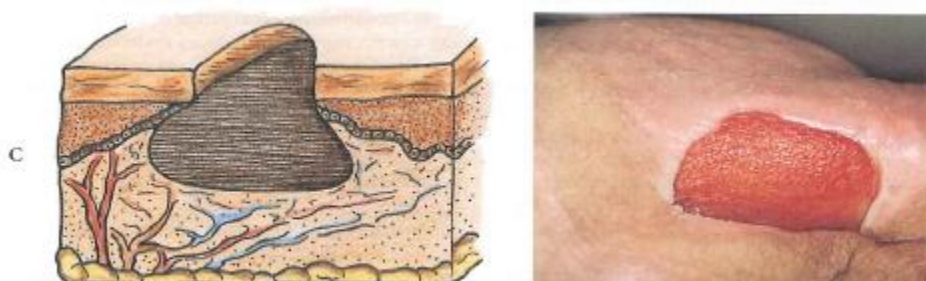


Figura 6 – Estádio III da úlcera de pressão

(Fonte: Potter e Perry, 2006)

Estádio IV – Dá-se uma destruição extensa, necrose dos tecidos ou lesão do músculo, ossos ou estruturas de suporte da pele com perda total da sua espessura. Neste estágio também se pode dar destruição insidiosa e tractos sinusais.



Figura 7 – Estádio IV da úlcera de pressão

(Fonte: Potter e Perry, 2006)

A avaliação das características, que deve incluir a localização anatómica da ferida, o tamanho e profundidade, o tipo de tecido presente, percentagem do tipo tecido apresenta, volume e cor do exsudado da ferida e estado da pele circundante. A classificação e a avaliação das úlceras de pressão ajudam a avaliar a evolução das mesmas ou para tomada de decisão quanto ao seu tratamento (Potter e Perry, 2006).

2.4.2 Locais vulneráveis de desenvolver úlceras de pressão

As úlceras de pressão podem aparecer em diferentes partes do corpo, mas existe locais mais propensos à sua formação e desenvolvimento.

Algumas proeminências ósseas são locais vulneráveis de desenvolver úlceras de pressão, esta normalmente ocorrem devido a um longo tempo de pressão exercida nessa zona do corpo, também podem ocorrer em locais que já foram submetidos a uma isquemia e assim ficam mais frágeis. Maior parte onde se verifica a ocorrência de úlceras de pressão é na parte inferior do nosso corpo (Jorge, S.; Danta, S., 2003, p. 293).

Potter e Perry, (2006) refere que

(...) o peso corporal é brutaamente aplicado sobre as proeminências ósseas quando o doente esta sentado ou deitado. Para tal o enfermeiro deve fazer uma inspecção não só de uma forma geral mas também da uma forma pomenorizada nas áreas do corpo de maior risco de desenvolver úlceras de pressão.

Assim segundo Baranoski, S.; ayello, E., (2004, p. 284) os locais de risco para desenvolver úlceras de pressão são: o sacro, cóccix, tuberosidade isquiática, grandes trocânteres, cotovelos, calcaneos, escápula, cristas ilíacas e maléolos médios e laterais. Para além das áreas anteriormente referidas as úlceras de pressão também poderão se desenvolver na zona occipital, orelhas e 1.º dedo do pé, sendo estas regiões mais subvalorizadas.

Há áreas que reúnem o maior peso corporal, e como consequência dá-se também um aumento da pressão em relação à superfície, essas estão mais susceptíveis de desenvolver úlceras de pressão. Estudos referem que 95% das úlceras por pressão se desenvolvem sobre proeminências ósseas na metade inferior do corpo (Gans, D., 2002; Irion, 2005; Bare, S.,2005, cit in, Goulart, F.et al, 2010.).

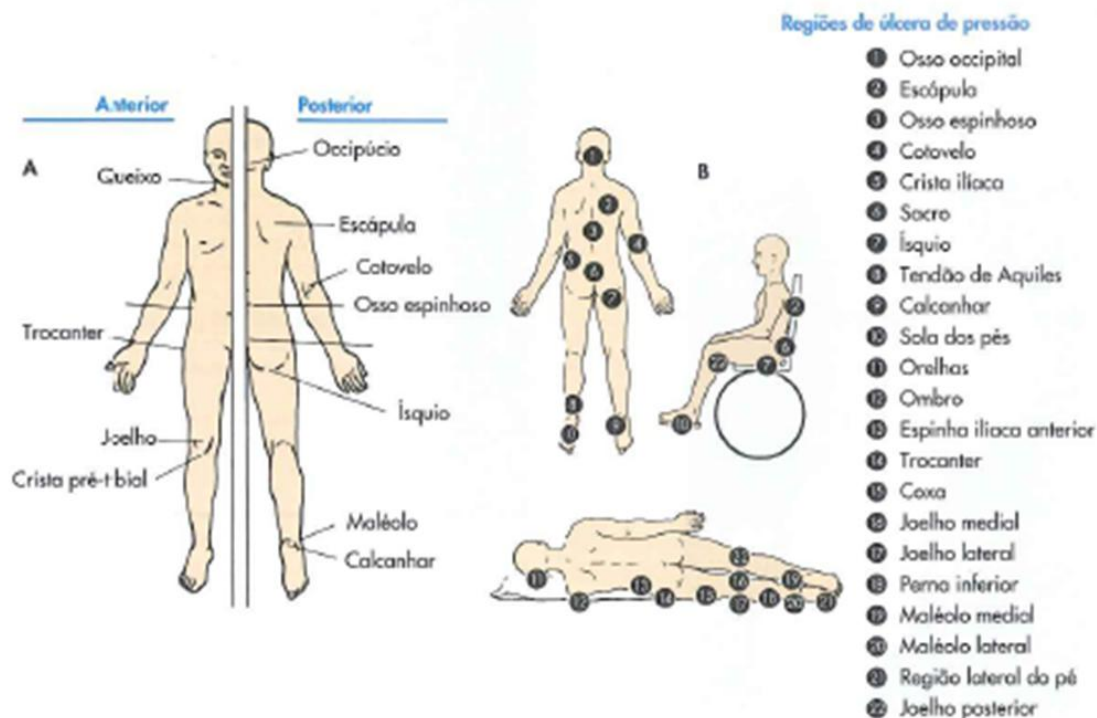


Figura 8 – A – Proeminências ósseas mais frequentemente sujeitas a úlcera de pressão
B – Regiões de Úlcera de pressão

(Fonte: Potter e Perry, 2006)

2.4.3 Avaliação do grau de risco

A identificação dos doentes com risco de desenvolver úlceras de pressão, é essencial para a sua prevenção.

As medidas preventivas devem ser adoptadas logo numa fase inicial, logo após identificação do doente com risco de desenvolver úlceras de pressão, estes depois de identificados devem ser observados frequentemente. A importância desta observação é devida à possibilidade das condições clínicas do utente se alterarem e só com uma reavaliação constante é possível, se necessário, alterar o seu grau de risco e frequência da sua avaliação. Assim conforme a situação, é da responsabilidade do enfermeiro decidir quando será feita uma nova avaliação, pois esta pode depender de doente para doente, das patologias associadas, entre outros factores (Furtado, et al., 2001, pp. 15-16).

As UP (úlceras de pressão) são um problema já muito antigo, mas nos dias de hoje os profissionais de saúde dispõem de equipamentos e conhecimentos suficientes para a sua prevenção, uma vez que a prevenção das UP está directamente relacionado com a prestação de cuidados de enfermagem e suas acções para prevenção do fenómeno.

Alguns critérios como o estado da pele, situação clínica actual, a existência de problemas anteriores e o grau de risco são alguns factores que devemos ter em conta quando pretendemos avaliar o grau de risco de um doente desenvolver úlceras de pressão, mediante a escala seleccionada (Furtado, et al., 2001, p. 16).

Outro aspecto importante que deve ser tido em atenção é o diagnóstico clínico e a terapêutica, estes são factores a ter em conta para a avaliação do grau de risco, isto porque determinados diagnósticos podemos estar relacionados com factores que predis põem o desenvolvimento de úlceras de pressão. Assim através da avaliação do estado da pele, nomeadamente nas proeminências ósseas é fundamental para se identificar antecipadamente possíveis problemas de pressão. Para tal é necessário estar atento a qualquer indicador de existência de destruição tecidual, como por exemplo, a presença de zonas com eritema não reversível, onde é fundamental tomar medidas preventivas para não se desenvolver uma possível úlcera de pressão (Furtado, et al., 2001, p. 16).

Para um eficaz avaliação do utente e do seu grau de risco de desenvolver úlceras de pressão, é importante a utilização de uma escala de avaliação de risco.

2.4.3.1 Escalas de risco

Escala de risco, segundo Furtado, et al., (2001, p.17), deve atender a um grupo de factores de risco relevantes que possam levar a uma lesão tecidual e posteriormente dividi-los em distintas categorias de acordo com a sua gravidade. De acordo com o grau de gravidade é-lhe determinado um score correspondente ao utente avaliado. Para tal é feita uma avaliação dos factores de risco do utente e depois serão somados, em que a soma destes indica o grau de risco.

Assim a validade de uma escala de avaliação do risco de desenvolver úlceras de pressão, corresponde a esta ter capacidade de identificar correctamente os utentes que possivelmente possam vir a desenvolver úlceras de pressão. Quando o score obtido em

diferentes avaliações ao utente é idêntico às diferentes avaliações, dos diferentes enfermeiros, isto quer dizer que a escala utilizada tem fiabilidade.

Para tal existe diferentes escalas para a avaliação do grau de risco de desenvolver úlceras de pressão, estas são:

A escala de Norton, que foi a primeira a aparecer, foi concebida para utilização na população geriátrica e compreende cinco categorias (estado físico, estado mental, actividade, mobilidade e incontinência). A pontuação conseguida através desta escala se for baixa, quer dizer que o utente tem alto risco de desenvolver úlceras de pressão, esta pontuação pode variar de cinco a vinte (Potter e Perry, 2006, p. 1570).

Para Furtado, et al., (2001, p. 17) a escala de Knoll, tem como grupo alvo doentes com doença aguda

(...) e as variáveis consideradas são o estado geral de saúde, actividade, mobilidade, incontinência, nutrição oral, hidratação oral, doenças que predisõem o desenvolvimento de úlceras de pressão.

Ainda mencionando o mesmo autor (2001, p. 18), também dirigida aos doentes portadores de doença aguda como grupo alvo, a escala de Waterlow tem como variáveis

(...) a estrutura corporal, peso, altura, incontinência, tipo de pele, mobilidade, sexo, idade, apetite, desnutrição tecidual, deficit neurológico, grau de cirurgia, trauma e/ou radiação.

A escala de Gosnell, trata-se de uma escala que foi revista e modificada através da escala de Norton, Gosnell utiliza quatro das cinco subescalas de Norton e acrescenta itens referentes à avaliação da integridade cutânea e também envolve todas as medicações utilizadas pelo utente (Jorge, S.; Dantas, S., 2003, p. 294).

A escala de Braden aborda seis aspectos diferente a avaliar na pessoa com risco de desenvolver úlceras de pressão, estes aspectos são: percepção sensorial, humidade, actividade, mobilidade, nutrição e fricção e forças de deslizamento. Os aspectos referidos anteriormente contribuem para a formação de UP, estes devem ser avaliados todos de igual forma e não preferir um em relação ao outro (GAIF, 2010).

A pontuação é adquirida conforme o comprometimento apresentado na avaliação das seis sub-escalas, devemos recorrer à definição dos parâmetros incluídos na escala para avaliar cada uma das sub-escalas. A pontuação pode variar de um a quatro, excepto na sub-escalas Fricção e Forças de deslizamento, que varia de um a três e a soma das seis sub-escalas varia entre seis a vinte e três. Depois de avaliadas cada uma das seis sub-escalas, somam-se as correspondentes pontuações adquirindo uma pontuação total, em resultado temos o valor da Escala de Braden. Maior será o risco de desenvolver úlceras de pressão, quanto menor o valor da escala (GAIF, 2010).

Segundo o GAIF. (2010), o valor da pontuação total da escala de Braden é categorizado em dois níveis de risco:

- Alto Risco – Pontuação ≤ 16
- Baixo Risco – Pontuação ≥ 17

É aconselhado que cada uma das seis sub-escalas seja estudada individualmente, com o intuito de promover em cada uma delas, intervenções preventivas.

Por fim, a Escala de risco de úlceras de pressão comunitária de Walsall (Milword, 1993) que tem como grupo alvo doentes na comunidade e que pondera os seguintes aspectos, o nível de consciência, mobilidade, estado da pele, estado nutricional, dor, incontinência urinária, incontinência intestinal, (...) (furtado, 2001, p. 19).

2.4.4 Factores de risco

Um utente com diminuição da mobilidade, nutrição inadequada, redução da percepção sensorial, ou diminuição da actividade pode estar em risco de desenvolver úlceras de pressão.

Assim os utentes dependentes e já acamados à um logo período, em que tenham dificuldades sensoriais ou motoras, cognitivas prejudicadas, imobilidade, os que apresentem atrofia muscular e redução da camada subcutânea entre a pele e o osso subjacente, têm maior risco para desenvolverem úlcera de pressão. Mesmo que a pressão seja exercida no tecido, sendo este o factor mais importante para o seu desenvolvimento, outros factores puderam contribuir para a sua ocorrência (Bare, S.,2005, cit in, Goulart, F.et al, 2010).

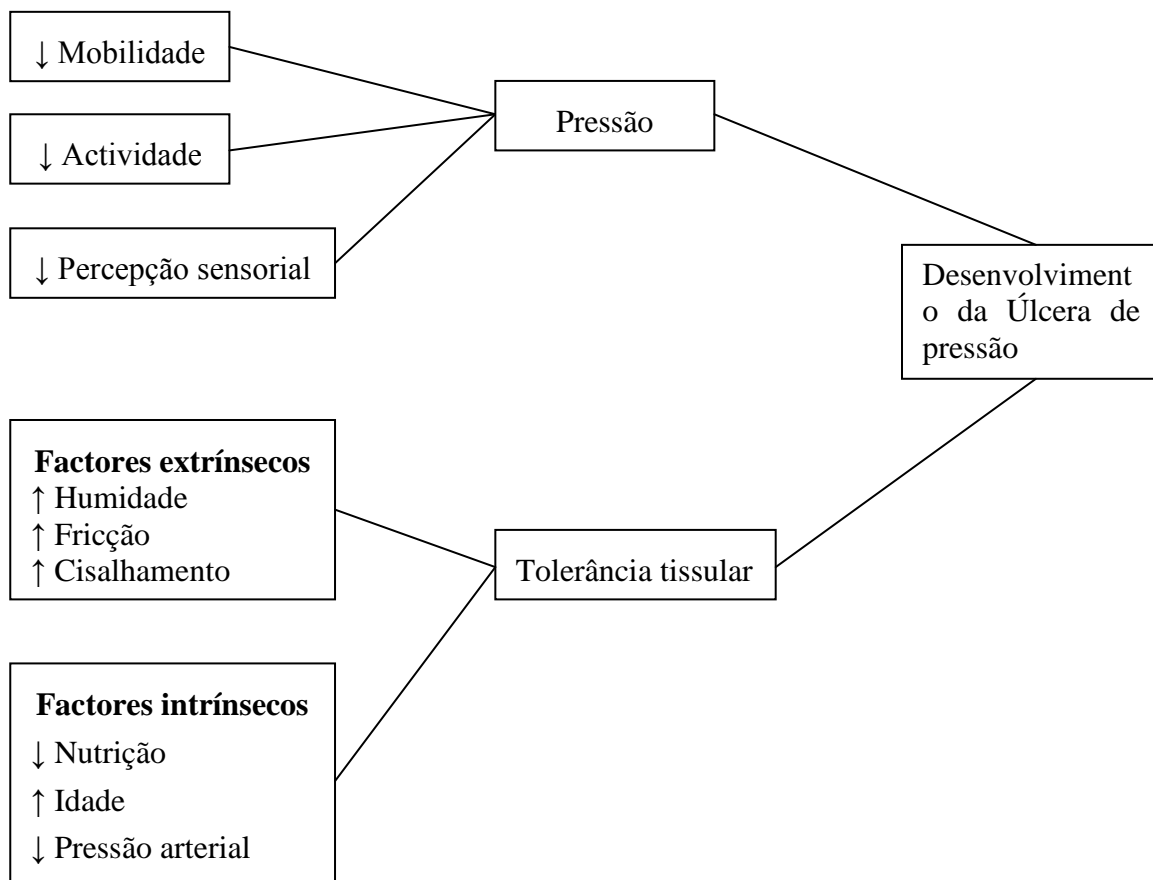


Figura 9 – Factores que contribuem para a formação de úlceras de pressão

(Fonte: Jorge, S.; Danta, S., 2003)

2.4.4.1 Factores extrínsecos

Os factores extrínsecos são compostos por forças físicas que actuam a nível local, como compressão prolongada, fricção e estiramento.

- Pressão

Se existir uma grande pressão e se esta for superior à pressão de encerramento dos capilares, sobre a pele e tecidos moles, esta pressão irá conduzir a uma hipoxia em toda

a região atingida, e se a pressão manter-se por um longo período de tempo poderá levar a anóxia tecidual.

Segundo a DGS (2007),

Um doente debilitado, com zonas cutâneas sujeitas a uma pressão de 20 mm Hg por um período superior a 2 horas, pode desencadear nelas uma situação de isquémia grave.

Um dos factores determinantes para a formação de lesões graves, esta directamente relacionada com a pressão e o tempo a que os tecidos estão sujeitos a estes factores. Os locais mais vulneráveis são as proeminências devido a estas terem um aumentarem da pressão directa contra os tecidos moles.

Ainda referindo o autor acima citado

As feridas assim provocadas têm uma extensão maior perto da proeminência óssea e menor à superfície, tomando a característica forma de cone invertido. A ulceração inicia-se junto ao osso e progride até à superfície, no sentido da aplicação da pressão.

- Fricção

Para (Gans,D. 2002; Filho, C.; Netto, P. 200,6, cit in Goulart, F.et al, 2010) as forças de fricção ocorrem,

(...) quando a pele se move contra uma superfície de apoio, ou seja, é a força de duas superfícies movendo-se uma sobre a outra. A fricção pode causar danos ao tecido quando o paciente é arrastado na cama, em vez de ser levantado. Isso faz com que a camada superficial de células epiteliais seja retirada.

As forças referidas anteriormente podem causam destruição de pequenos vasos sanguíneos, e como consequência ocorre uma interrupção do aporte de sangue a essa zona lesada da pele onde vai provocar isquemia e morte celular, também poderá haver destruição da pele causando uma nova lesão, por tanto é importante que os factores que predisõem a formação de lesões sejam evitados (Furtado, 2001, p. 13).

- Estiramento

As forças de estiramento, são forças que ocorrem quando o doente escorrega ao longo do leito, em que o seu esqueleto move-se mas a pele fica no mesmo sítio.

2.4.4.2 Factores intrínsecos

O desenvolvimento das úlceras de pressão também inclui factores intrínsecos, que segundo a DGS (2007) podem ser:

- Vasculares: os factores vasculares abrangem modificações como arteriopatias obliterantes, insuficiência venosa periférica e microarteriopatía diabética. Nos factores referidos anteriormente a oxigenação dos tecidos a nível local ou geral está comprometida, isto devido à redução da pressão capilar por interrupção do fluxo sanguíneo.
- Neurológicos: pode-se detectar alterações a vários níveis como da sensibilidade, da motricidade e do estado de consciência, que como consequências deste podem induzir situações de imobilidade ou agitação, que favorecem as forças de pressão e/ou de fricção.
- Tópicos: a redução da elasticidade da pele, a perda de gordura sub-cutânea e a atrofia muscular, conduzem ao aparecimento de proeminências ósseas mais evidentes, facilitadoras do aparecimento de úlceras de pressão, principalmente em pessoas idosas.
- Gerais: os factores gerais como as neoplasias, a febre, as infecções, a desnutrição, fármacos que podem estar directamente relacionados com a diminuição da sensibilidade.

2.5 Estratégias e equipamentos na prevenção das úlceras de pressão

Na prevenção das úlceras de pressão há um conjunto muito vasto de estratégias e equipamentos que devem ser aplicados. Estes devem ser aplicados de forma correcta para que o seu efeito seja positivo, para a situação em questão. Para tal os profissionais de saúde devem ter formação a este nível e assim aplicar os seus conhecimentos para a

prevenção das úlceras de pressão e formação dos prestadores de cuidados na prevenção das mesmas.

Para tal existe um conjunto de técnicas que contribuem para a prevenção de úlceras de pressão e que se assentam nos posicionamentos dos doentes.

Esta técnica deve ser efectuada correctamente para não provocar danos mas sim para trazer benefícios ao utente, para tal a DGS (2007) refere que se deve:

- Evitar arrastar o doente;
- Distribuir o peso do doente no colchão, evitando zonas de pressão.
- Colocar o doente em posições “naturais”. (respeitando o alinhamento corporal).
- Não elevar a parte superior da cama mais que 30-35° quando o doente estiver em posição lateral, de modo a evitar pressão de deslizamento.
- O tempo que um doente pode permanecer em qualquer posição, depende dos meios e materiais usados, posição e estado geral.

Do modo a permite que a pele “descanse” após o posicionamento anterior, o tempo médio ponderado para reposicionar doentes é com pausa de três a quatro horas. Isto evita mobiliza-los excessivamente, com fricção desnecessária (DGS, 2007).

Um dos equipamentos muito utilizados para a prevenção de úlceras de pressão é o colchão de ar alternado. Este funciona da seguinte forma, enquanto um canal vai se enchendo de ar, o outro lado vai ser esvaziado, de seguida este processo é invertido e assim sucessivamente. Com este processo é repartido ar como ondas, assim a pressão que está a ser exercida numa parte do corpo é aliviada e é mudada periodicamente. Com este equipamento é permitido que o fluxo sanguíneo se mantenha e que os tecidos que estavam sobre pressão sejam aliviados e abastecidos de oxigénio. Neste equipamento, para que ele esteja a ser utilizado correctamente deve-se ter em atenção que os tubos conectados ao colchão e o compressor não estejam dobrados. O inconveniente é o barulho originado pelo seu motor podendo tornar-se um pouco incomodativo para o utente (Timby, B., 2007, p. 509).

O colchão de água também usado na prevenção de úlceras de pressão, este é utilizado para oferecer apoio ao peso do corpo. Independentemente de qualquer alternância de posição do utente, o efeito aliviador da pressão será conservado. Pessoas consideram que dormir num colchão de água, para além do alívio de pressão também traz uma sensação tranquilizante, o que pode conduzir a resultados benéficos para o utente. Este tipo de colchões são muito pesados, o que implica que o suporte da cama seja seguro, este também, como o colchão de pressão alternada não podem ser perfurados, uma vez que danifica o equipamento. O enchimento e o esvaziamento, apesar de efectuados com pouca frequência, é uma operação que dispende de muito tempo (Timby, B., 2007, p. 509).

Para protecção da pele é usado pensos transparentes auto-adesivos, estes são pensos usados nas zonas do corpo que sofrem maior fricção. Este vai proteger contra a humidade e a entrada de bactérias, além disso é permeável ao oxigénio. Normalmente este é transparente para haver a possibilidade de observar o estado da pele.

Outro equipamento também muito usado são as almofadas, estas para além de prevenirem a pressão sobre as proeminências ósseas também pode ser usado para trazer maior conforto ao utente, sendo este um material económico e fácil de adquirir. As almofadas de gel ajudam na prevenção das úlceras de pressão uma vez que distribui a pressão exercida através do peso corporal, usadas essencialmente para os assentos de cadeiras, este equipamento é mais dispendioso que as almofadas normais.

2.5.1 Medidas preventivas

Como já referido anteriormente, o estado físico, psíquico e social são aspectos que os profissionais de saúde devem ter em conta no utente com risco de desenvolver úlceras de pressão, estes aspectos devem ser avaliados de forma holística e multidisciplinar. Depois da avaliação é necessário planear as intervenções necessárias para cada utente e de forma a resolver possíveis problemas e necessidades encontradas. Para tal é importante a utilização das escalas de risco de desenvolver úlceras de pressão para um diagnóstico e actuação correcta (Afonso, G.; Costa, L.; Miranda, M., 2006).

No que diz respeito à prevenção de úlceras de pressão, o utente de risco deve ter uma abordagem periódica, uma vez que as úlceras de pressão são uma realidade e são um problema de saúde, de causa multidisciplinar. Na perspectiva preventiva o utente deve ser abordado e avaliado sobre vários aspectos, tais como, cuidados com pele, como o

controlo da humidade da mesma, pressão que é exercida e os aspectos nutricionais do utente (Afonso, G.; Costa, L.; Miranda, M., 2006).

Quanto aos cuidados a ter com a pele, esta deve estar bem seca, hidratada e limpa, além dos aspectos referidos, deve ser feita uma inspecção diária de uma forma pormenorizada, com especial atenção aos pontos sujeitos a maior pressão. É aconselhado nas zonas de risco a aplicação de ácidos gordos hiperoxigenados uma vez que há “evidências científicas de que estes aumentam a tonicidade cutânea, melhoram a microcirculação e evitam a desidratação da pele.” (Afonso, G.; Costa, L.; Miranda, M., 2006).

Ainda para Potter e Perry, (2006)

Conhecer a estrutura da pele ajuda o enfermeiro a manter a integridade cutânea e a promover a cicatrização da ferida. (...) A idade pode alterar as características da pele e fazer com que se torne mais vulnerável aos danos.

Para evitar a desidratação e/ou maceração pele é importante o controlo da sua humidade, para tal é fundamental controlar consequências de incontinência, sudorese abundante, feridas muito exsudativas, entre outras.

No que diz respeito à prevenção de úlceras de pressão, é necessário ter em atenção medidas que possibilitam a diminuição dos efeitos causados por forças mecânicas externas como fricção, torção deslizamento e pressão.

Segundo os autores, Afonso, G.; Costa, L.; Miranda, M., (2006), referem que se

(...) devem efectuar reposicionamentos de duas em duas horas ou de três em três segundo uma rotação programada.

Assim para diminuição dos efeitos referidos anteriormente, existem vários equipamentos para alívio e redução da pressão, como são exemplo os colchões de ar, colchões viscoelásticos, colchões mono e multidensidade, almofadas de gel e calcanheiras (Afonso, G.; Costa, L.; Miranda, M., 2006).

Existem vários colchões adaptados para redução da pressão, no entanto, não há nenhum estudo que indique o colchão mais indicado para a prevenção das úlceras de pressão, o aconselhado é escolher o colchão ajustado às necessidades de cada utente. Na escolha do equipamento de redução de pressão, a melhor opção é ter em atenção vários critérios como, o custo do equipamento, se este tem uma fácil de manutenção e se este oferece conforto do paciente (Jorge, S.; Dantas, S., 2003, p. 294).

Todos os equipamentos já referidos são muito importantes na prevenção de úlceras de pressão, mas mesmo com a utilização destes não podemos negligenciar os posicionamentos periódicos.

No entanto, um bom suporte nutricional pode evitar o aparecimento de úlceras de pressão como também favorece a sua cicatrização. A nutrição e hidratação desempenham também um papel importante na prevenção das úlceras de pressão, é importante que estes não sejam esquecidos e afastados para segundo plano.

Para uma melhor capacidade de resistência a infecções e também para um aumento da resistência da pele a agressões externas como a fricção e a pressão, é necessária uma dieta adequada uma vez que esta proporciona todos nutrientes necessários, e assim funciona com adjuvante na prevenção das úlceras de pressão.

2.6 Assegurar um bom estado geral

2.6.1 Nutrição

Já foram desenvolvidos estudos que referem que uma nutrição inadequada é um factor para o desenvolvimento de úlceras por pressão, por contribuir para a diminuição à tolerância dos tecidos a pressões externas, a dieta inadequada é vista como um dos factores secundários relacionados com a formação de lesões na pele. Para prevenir que haja necessidades metabólicas e nutricionais, é aconselhado uma dieta equilibrada rica em calóricas, ricas em proteínas e carboidratos (Gans, D., 2002; Dantas, J., 2003; Souza, 2007, cit in, Goulart, F.et al, 2010).

Para Taylor, C, et al, (2007, pp. 1110),

(...) desnutrição calórico-protéica predispõe à formação de úlceras de pressão porque células nutridas de forma insatisfatória são facilmente danificadas.

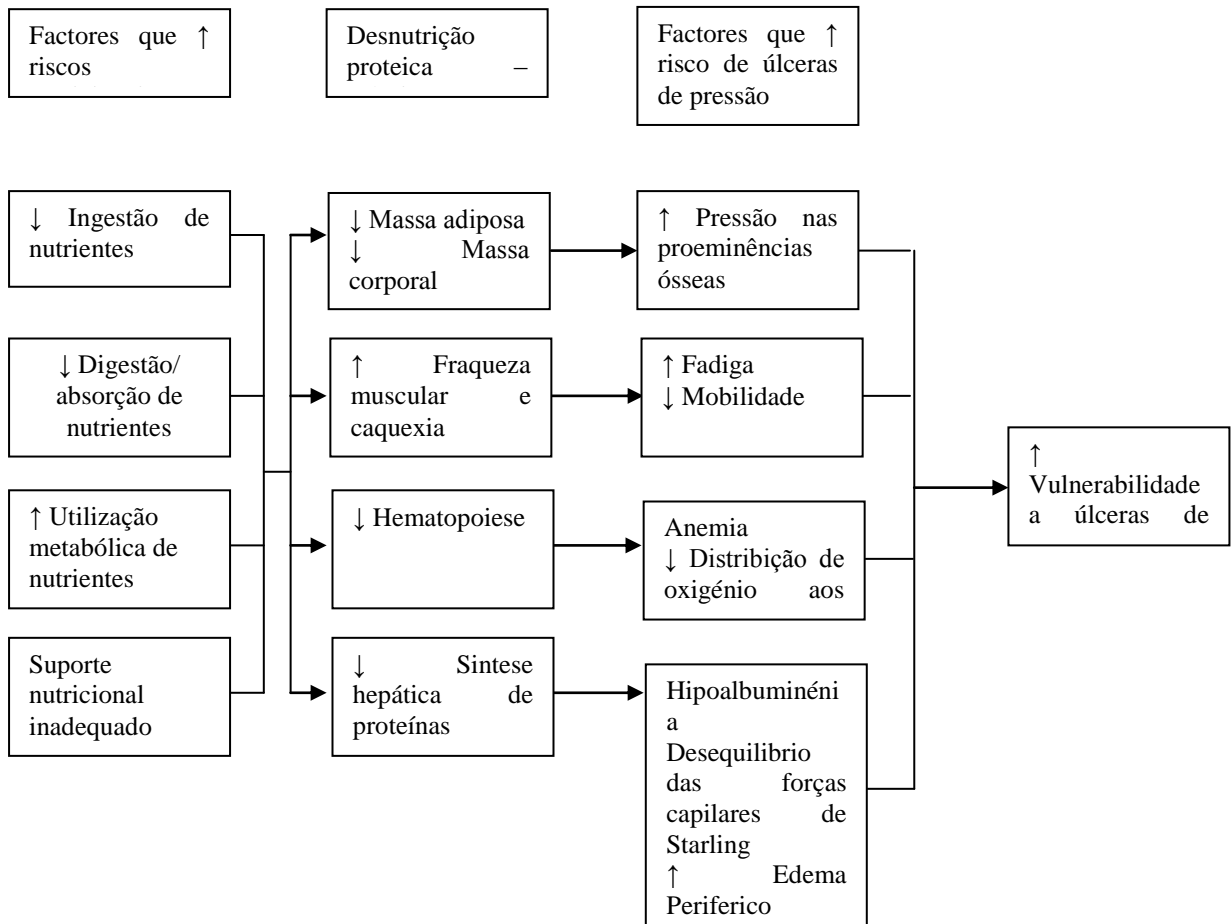


Figura 10 – Contribuição potencial da desnutrição calórico-protéica para a ocorrência de úlceras de pressão

(Fonte: Morison, M., 2004)

2.6.2 Idade

Como já referido anteriormente, através do envelhecimento dão-se alterações a nível da pele, em que esta fica mais debilitada para fazer uma distribuição correcta da pressão, outras mudanças como diminuição na força mecânica e aumento na rigidez dão-se devido à síntese de colágeno. Com todas as mudanças que acontecem devido ao envelhecimento os tecidos tem a sua capacidade reduzida de dividir a pressão nessa

parte do corpo, levando a um comprometimento do fluxo sanguíneo e previsivelmente leva ao aumento do risco para desenvolver úlceras de pressão (Gans, D., 2002; Dantas, J., 2003, cit in Goulart, F. et al, 2010).

O envelhecimento também origina o aumento de idosos dependentes e de doenças crónicas e como consequência traz o risco de aumentar a pressão, fricção, cisalhamento e diminuição da circulação sanguínea da pele (Gans, D., 2002; Dantas, J., 2003, cit in Goulart, F. et al, 2010).

Para Taylor, C, et al, (2007, pp. 1110), numa fase mais avançada de vida doenças crónicas e debilitantes, podem afectar de modo adverso a circulação e a oxigenação das estruturas da derme.

Outros problemas que estão associados à idade, como a imobilidade, desnutrição, também contribuem para a formação de úlceras de pressão (Taylor, C, et al, 2007, p. 1110).

2.6.3 Incontinência/humidade

Algo que contribui para o aparecimento e desenvolvimento das úlceras de pressão é a incontinência e como consequência a humidade, se esta não é controlada pode causar maceração da pele e posteriormente lesões difíceis de controlar.

Segundo Gans, D., 2002; Morton et al., 2007, cit in Goulart, F. et al, 2010, consequentemente da maceração da pele, mais propriamente da epiderme, dá-se uma

(...) redução na força tensiva, tornando-se fácil a compressão, a fricção e o cisalhamento, posteriormente formam-se erosões deixando um ambiente propício para crescimento de microrganismo.

Quando o utente tem incontinência, este está mais propício a desenvolver úlceras de pressão. Esta incontinência pode ser urinária como fecal, por sua vez a incontinência fecal pode ser um factor de maior risco para o desenvolvimento de lesões do que a incontinência urinária, pois a pele fica mais exposta a bactérias e toxinas que estão existentes nas fezes (Gans, D., 2002; Morton et al., 2007, cit in Goulart, F. et al, 2010).

2.6.4 Mobilidade

Pode dizer-se que uma pessoa tem mobilidade quando esta tem capacidade mudar e controlar as posições do seu corpo. Esta consegue-se manter quando o indivíduo ainda possui um nível de consciência e competência neurológica ótimos.

Através da mobilidade é que o indivíduo tem competência para atenuar a pressão exercida e está a contribuir para seu bem-estar físico e psíquico. Contudo existem pessoas que não têm esta capacidade e portanto são pessoas com imobilidade. O que pode intervir na mobilidade normal de um indivíduo e causar imobilidade são factores, como, o acidente vascular cerebral (AVC), artrite, esclerose múltipla, lesão medular, traumatismo craniano, depressão, fraqueza, confusão, o uso de tranquilizantes ou sedativos, entre outros (Gans, D., 2002; Dantas, J., 2003; Morton, cit in Goulart, F.et al, 2010).

A imobilidade refere-se quando alguém sentado ou deitado não tem a capacidade de mudar de posição e assim fica mais susceptível para o desenvolvimento de úlceras de pressão, porque a imobilidade causa pressão prolongada sobre as áreas do corpo. As pessoas que tem mobilidade adequada e deambulam, não correm o risco de desenvolver úlceras de pressão, mesmo aquando o repouso, estas pessoas tendem a movimentar-se livremente, assim o seu corpo não fica sujeito a pressões prolongadas (Taylor, C, et al, 2007, pp. 1109- 1110).

2.6.5 Temperatura Elevada

A temperatura corporal elevada é um factor de risco para a formação de úlceras de pressão, uma vez que a temperatura elevada provoca sudorese e conseqüentemente leva à humidade e maceração e da pele. Também quando já existe úlceras de pressão a temperatura elevada vai causar necrose dos tecidos. A cada 1°C de aumento da temperatura, detemos um acréscimo de 10% no metabolismo tecidular e na procura de oxigénio, ocorrendo desvitalização dos tecidos (Bare, S., 2005, cit in Goulart, F.et al, 2010).

Assim os profissionais de saúde devem ter especial atenção quando às roupas dos utentes, estas devem ser adequadas, sem provocar hipertermia, nem fricção sobre as superfície de suporte, não usar colchões com capa que provoquem aquecimento ou

afastem e transmitam calor para o corpo do utente (Declair, 2002, cit in Goulart, F.et al, 2010).

2.6.6 Estado Cognitivo

A alteração do estado cognitivo também é um dos factores que está relacionado com a formação e desenvolvimento de úlceras de pressão. Este está relacionado com os movimentos do indivíduo, pois se o utente tem o seu estado cognitivo débil, segundo Gans, D., (2002), cit in Goulart, F.et al, (2010), este fica sem habilidade,

(...) para detectar sensações que indiquem uma necessidade de mudança na posição através do movimento, com o objectivo de aliviar a pressão em regiões dotadas de proeminências ósseas.

Ainda segundo o mesmo autor, as regiões com proeminências ossos que sofrem pressão prolongada ficam mais favoráveis a isquemia da pele.

O indivíduo tem maior capacidade de proteger a sua integridade cutânea, quando este se encontra com o seu estado mental e cognitivo perfeito, sem alterações. Assim fica com habilidades para alívio de pressão periodicamente e para manter a sua higiene pessoal adequada. A perda das funções normais pode levar a lesões cutâneas graves (Taylor, C, et al, 2007, p. 1110).

2.7 O cuidar em Enfermagem

A palavra cuidar tem diferentes significados de pessoa para pessoa, este significado é diferente dependendo da maneira que a pessoa encara uma situação. Pois a palavra cuidar passa a ter significado quando o resultado desta acção é benéfico para a pessoa em questão, e perante esta situação é esperado que a acção do cuidar traga o máximo de bem-estar.

Assim para Honoré, B., (2004, p. 17) a palavra cuidar amostra a

(...) maneira de se ocupar de alguém, tendo em consideração o que é necessário para que ele realmente exista segundo a sua própria natureza, ou seja, segundo as suas necessidades, os seus desejos, os seus projectos.

Já para Walter Hesbeen, cit in Honoré, B., (2004, p. 22),

(...) tomar cuidado do outro consiste em dedicar uma atenção particular à pessoa que vive uma situação particular com o objectivo de ajuda-la, de contribuir para o seu bem-estar, de promover a sua saúde.

Os profissionais de saúde na sua arte do cuidar, têm conhecimento e formação nesta área para que a prestação de cuidados seja realizada de forma “completa”. Para tal os enfermeiros cuidam da pessoa tendo em atenção, o acompanhamento da mesma, investindo na sua recuperação e nunca esquecendo a necessidades individuais de cada utente/doente.

A arte do cuidar pode ser aplicada em diferentes contexto, abordando o contexto domiciliar, que se encontra em estudo, o cuidar no domicílio possibilita uma acção do cuidar a diferente pessoas, podem se elas idosas, pessoas com patologias associadas ou pessoas portadores de deficiência. Os cuidados podem ser ou não complementados com tratamentos, “(...) mas os cuidados de apoio à vida são o fundamento do apoio no domicílio.” (Collière, M., 2003, p. 339).

Assim para aplicar de forma correcta a arte do cuidar o enfermeiro deve assegurar, manter e desenvolver a possibilidade do utente viver da forma mais saudável possível (Collière, M., 2003, p. 343).

2.7.1 Intervenção e estratégias de prevenção

Os enfermeiros que pela natureza dos cuidados que prestam, são os profissionais de saúde com maior desenvolvimento de competências na área da prevenção das úlceras de pressão. Para além de todos os recursos materiais e das novas tecnologias existentes, por si só não são capazes de actuar isoladamente, por isso os cuidados de enfermagem são essenciais no que diz respeito à prevenção de úlceras de pressão. Assim para que os materiais sejam usados correctamente e as técnicas dos profissionais de saúde também sejam executados na perfeição, este tem de ter conhecimentos que o permitam ser aplicados na prática clínica.

Assim a equipa de enfermagem tem um papel fundamental na prevenção deste tipo de lesões, para tal o enfermeiro deve adequar de acordo com o utente (patologias, idade, estado cognitivo, nutrição, entre outros) os cuidados a serem prestados. As medidas

preventivas aplicadas pelos profissionais de saúde a cada utente devem incidir de uma forma geral sobre a diminuição da pressão, inspecção cuidadosa e periódica da pele, verificar se os lençóis da cama estão devidamente “esticados”, detectar falhas a nível nutricional, verificar se os cuidados de higiene e conforto estão a ser executados devidamente, efectuar e reforçar a educação para a saúde (EPS) para prevenção de formações de lesão na pele.

Assim além da execução das estratégias aplicadas para redução de factores intrínsecos e extrínsecos, já referidos, a equipa de enfermagem tem como dever educar o utente e família, para se adaptar a hábitos de vida saudáveis, informando sobre quais são os factores de risco para a formação de úlceras de pressão e o porquê de pertencerem a esse grupo de risco e só assim será possível envolvê-los na prevenção das mesmas. É por isso que as EPS são fundamentais neste contexto.

2.7.2 Papel do enfermeiro prestador de cuidados domiciliários de enfermagem

O enfermeiro tem um papel importante como prestador de cuidados. No domicílio o enfermeiro deve ajudar o paciente e o cuidador a aceitar o auto cuidado, o enfermeiro tem múltiplos papéis, que são: ser um clínico e educador com experiência e com vontade de trabalhar no ambiente familiar, além disso deve estar disposto a assumir a responsabilidade de comandar uma prática de enfermagem autónoma, que orienta cuidados multidisciplinares. Os cuidados prestados no domicílio são muito complexos uma vez que requer por isso tomadas de decisão independentes e capacidades de uma avaliação correcta do utente (Rice, 2004, p. 28).

Os ensinamentos efectuados ao utente no domicílio são muito importantes na prática de enfermagem domiciliar, devido às visitas domiciliárias de uma forma geral, não serem feitas diariamente, tanto o utente como o prestador de cuidados devem conseguir dar resposta às necessidades que puderam surgir, no que diz respeito aos cuidados de saúde na ausência do enfermeiro. Assim, os cuidados domiciliários têm um papel fundamental no que diz respeito ao ensino como na aprendizagem (Rice, 2004, p. 107).

Segundo Rice, (2004, p. 259):

Os cuidados domiciliários podem vir a tornar-se o meio preferido dos utentes e o mais rentável na gestão destes distúrbios, apesar de haver uma contínua necessidade de investigação nesta área.

Como refere Rice (2004, p. 28) os enfermeiros que prestam cuidados no domicílio têm um papel fundamental como:

- Formador do utente: uma vez que o enfermeiro faz visitas domiciliárias não continuas, assim este terá de ensinar o utente ou o prestador de cuidados a saber agir um conjunto de tarefas na sua ausência, para tal o enfermeiro tem de informar e aconselhar na toma de decisão do utente, quanto ao seu estado de saúde.
- Defensor do utente: para tal os direitos do utente devem ser respeitados durante todo o processo, assim o enfermeiro deve preocupar-se com o utente e não estar só centrado na execução das suas técnicas, pois o enfermeiro deve ter uma visão holística da prática de enfermagem domiciliaria.
- Gestor de caso: no âmbito da gestão de caso, é esperado por parte do enfermeiro que este preste cuidados no domicílio com qualidade e que estes cuidados tragam benefícios, em que para tal, o enfermeiro tem de elaborar um plano de cuidados, com objectivos e resultados reais, isto com interacção com o utente e toda a equipa multidisciplinar.
- Intercâmbio estético e religioso: este intercâmbio reflecte momentos de preocupação entre utente e enfermeiro, em que nem sempre são necessárias palavras para expressar sentimentos e significados. Estas experiências fazem parte da essência da enfermagem.

A VD (visita domiciliária) de enfermagem permite uma intervenção contextualizada com o intuito da prestação de cuidados no âmbito do tratamento, reabilitação, prevenção de complicações, promoção de saúde, de forma contínua com objectivo de promover a qualidade de vida. Assim o utente pode permanecer em casa sem perder o seu convívio familiar, para além de apresentar a vantagem económica da diminuição dos custos. Deste modo, é o enfermeiro que se tem de adaptar a um novo utente, a uma nova casa e a uma nova família (Jorge, S.; Danta, S., 2003, p. 363).

A diferença entre o contexto domiciliário e instituição de saúde difere no atendimento e na prestação de cuidados, no sentido em que na instituição de saúde o atendimento é efectuado de forma individualizada, enquanto que em contexto domiciliário a prestação de cuidados é centrada no utente e em todo o ambiente que o rodeia. Para tal, o

enfermeiro deve ter a capacidade para se moldar aos seus hábitos, crenças e recursos económicos, respondendo às dúvidas, quer do utente quer dos seus familiares ou prestadores de cuidados (Jorge, S.; Danta, S., 2003, p. 363).

A equipa multidisciplinar de saúde que presta cuidados ao domicílio, segundo Jorge, S.; Danta, S., (2003, p. 363)

(...) precisa ter muito mais coerência e consenso de acções e decisões, para não criar temores e confusões. Dentre esses profissionais, é o enfermeiro que se destaca junto com a sua equipe por permanecer mais tempo ao lado do paciente e sua família.

O atendimento domiciliar em conjunto com a arte do cuidar tem em vista os seguintes pontos, avaliar, quais os indivíduos que necessitam de apoio domiciliar, planear as intervenções adequadas para os problemas existentes e executar as intervenções de forma a resolver ou aliviar os problemas. Assim será possível a permanência do utente no domicílio e definir a necessidade dos cuidados domiciliários e a sua frequência (Collière, M., 2003, p. 346).

Todo este envolvimento do enfermeiro dentro do seio familiar coopera directamente para o contentamento e satisfação do utente. Para que este envolvimento seja sempre positivo a equipa de enfermagem deve dedicar-se para conseguir obter objectivos comuns. Para tal, o enfermeiro deve intervir de forma a não causar danos ao utente e sua família, garantindo sempre a qualidade dos cuidados prestados, não "traindo" a confiança colocada pelos mesmos, sendo estes factores muito importantes na manutenção de uma ambiente saudável entre a equipa de enfermagem e o contexto domiciliário do utente (Jorge, S.; Danta, S., 2003, p. 363).

De forma a garantir a qualidade dos cuidados prestados, a assistência de enfermagem é planeada conforme as necessidades dos utentes, no caso do utente com risco de desenvolver úlceras de pressão a visita domiciliar deve ser efectuada em períodos regulares que serão definidos pela equipa de enfermagem (Jorge, S.; Danta, S., 2003, p. 365).

A VD em períodos regulares possibilita ao enfermeiro maior contacto com o utente e sua família ou prestador de cuidados, permitindo maior facilidade em avaliar a existência de evolução clínica. Por tanto, torna-se indispensável a cooperação e o

estabelecimento de objectivos em concordância com a equipa multidisciplinar (Jorge, S.; Danta, S., 2003, p. 365).

Cabe ao enfermeiro a planeamento do processo de cuidar e a integração dos elementos da equipe multidisciplinar, tornando-se este um intermediário para a prevenção de possíveis complicações ou no tratamento de doenças do utente (Jorge, S.; Danta, S., 2003, p. 365).

Jorge, S.; Danta, S., (2003, p. 365), salienta que

A qualidade do cuidado está directamente ligada à qualidade da relação entre os membros da equipe de enfermagem e multidisciplinar, envolvendo aspectos primordiais como os conhecimentos e as habilidades, as crenças e valores individuais profissionais e institucionais.

Capítulo III – Enquadramento Metodológico

Esta fase do processo de investigação é determinada pela escolha dos métodos a utilizar pelo investigador, recai sobre ele a melhor escolha dos métodos a utilizar.

Segundo Fortin, (2003, p. 40),

(...) o investigador determina os métodos que utilizará para obter as respostas às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas. (...) O investigador define a população e escolhe os instrumentos mais apropriados para efectuar a colheita dos dados.

3.1. Metodologia de Investigação

A investigação permite criar novos conhecimentos pelo desenvolvimento da teoria ou pela verificação da mesma. Cabe ao investigador escolher o melhor método que se ajuste às suas preocupações para a obtenção das respostas às suas questões. (Fortin, 2003, p. 18)

Sendo o estudo de investigação presente concentrado no conhecimento do papel dos enfermeiros na prevenção de úlceras de pressão no idoso dependente no domicílio. A essência deste problema orienta este estudo para uma metodologia quantitativa.

Segundo Fortin, (2003, p.22) é um,

(...) processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis. É baseado na observação de factos objectivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador.

3.2 Tipo de estudo

Sendo este estudo um estudo quantitativo, definiu-se o tipo de estudo como descritivo simples, pois este, segundo Fortin (2003, p.163), consiste em descrever um fenómeno relativamente a uma população, de forma a determinar as características desta população ou de uma amostra desta.

3.3 População e amostra

Durante o planeamento da investigação não foi descurado o processo de colheita de dados, pelo contrário, planeou-se rigorosamente todo o processo, tal como a população a estudar, o espaço e momento para a execução da colheita de dados.

Citando Fortin (2003, p.202)

(...) uma população é uma colecção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios. (...) Qualquer trabalho de amostragem requer uma definição precisa da população a estudar, e, portanto, dos elementos que a compõem.

Deste modo Fortin afirma que (2003, p.133) “a descrição da população e da amostra fornece uma boa ideia sobre a eventual generalização dos resultados (...)”.

Perante este estudo de investigação, a população a ser estudada são os enfermeiros que prestam cuidados ao idoso dependente no domicílio.

Segundo Fortin (2003, p. 202), “A amostragem é um sub-conjunto de uma população ou um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população.”

A amostra definida para este estudo de investigação foi amostra não probabilística por rede.

Ou seja, segundo Fortin (2003, p.208)

A amostragem não probabilística é um procedimento de selecção segundo o qual cada elemento da população não tem uma probabilidade igual de ser escolhido (...).

Da mesma forma Fortin (2003, p.209) define amostragem por redes como sendo

(...) uma técnica que consiste em escolher sujeitos que seriam difíceis de encontrar de outra forma, (...) Logo que o investigador encontra sujeitos que satisfazem os critérios escolhidos, pede-lhes que indiquem outras pessoas possuidoras de características similares.

Uma vez que este estudo é não probabilística por rede, o número da amostra é constituída por 31 enfermeiros. A recolha de dados foi efectuada no período de 16 de Junho a 9 de Julho de 2010.

3.4 Definição de variáveis

As variáveis são qualidades, propriedades ou características de objectos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação. (Fortin, 2003, p. 36)

Variáveis é todo que possa interferir ou afectar o objecto em estudo, estas devem ser levadas em atenção e devem ser controladas para impedir que estas possam invalidar o estudo (Marconi e Lakatos, 2007, p. 29)

Indo de encontro às características deste estudo, definiu-se como variáveis de atributo, de forma a caracterizar a amostra em estudo: Idade; Género; Estado civil e habilitações académicas.

3.5 Instrumento de colheita de dados

Fortin (2003, p.261) refere que,

O processo de colheita de dados consiste em colher de forma sistemática a informação desejada juntos dos participantes, com ajuda dos instrumentos de medida escolhidos para este fim.

O instrumento de colheita de dados escolhido para este processo de investigação será o questionário, sendo este composto por dezassete perguntas fechadas e abertas. A aplicação do instrumento de colheita de dado utilizou-se a metodologia de aplicação directa na ausência do investigador.

Um questionário é um instrumento de colheita de dados “(...) que necessitam das respostas escritas a conjunto de questões por parte dos sujeitos.” (Fortin, 2003, p.249)

Com o questionário pretendesse conhecer a eficácia das visitas domiciliárias de enfermagem na prevenção de úlceras de pressão no idoso dependente, os métodos utilizados para registo do risco de úlceras de pressão, conhecimentos sobre equipamentos de prevenção.

3.5.1 Pré-teste

O pré-teste tem como principal objectivo testar o instrumento de colheita de dados. Deve ser aplicado a uma pequena população, com características semelhantes mas nunca naquela que será alvo de estudo. Assim, pode-se aferir a pertinência das questões e detectar-se eventuais falhas. Após se detectar as falhas deve-se reformular o questionário para que este evidencie três importantes características:

- ✓ Fidedignidade - independentemente da pessoa que aplique, obtém-se sempre os mesmos resultados.
- ✓ Validade - os dados recolhidos são necessários à investigação.
- ✓ Operatividade - vocabulário acessível e significado claro.

A realização do pré-teste foi entre os dias 3 de Maio e 7 de Maio de 2010, tendo sido preenchidos dez questionários. Depois da análise de dados do pré-teste, não foi necessário fazer qualquer tipo de alteração, uma vez que os resultados obtidos iam de encontro as necessidades do investigador.

3.6 Considerações éticas

Os estudos que envolvem pessoas, têm de ter em atenção os princípios éticos, assim segundo (Fortin, 2003, p. 114)

A ética, no seu sentido mais amplo, é a ciência da moral e a arte de dirigir a conduta. De forma geral, a ética é o conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta.

Uma investigação aplicada a seres humanos pode, por vezes, causar danos aos direitos e liberdades dos mesmos. Por conseguinte, é importante tomar todas as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdades dos que participam nas investigações.

Considerando os princípios éticos, Fortin (2003), define cinco direitos que são: o direito à autodeterminação; o direito à intimidade; o direito ao anonimato e à confidencialidade; o direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo e o direito a um tratamento justo e equitativo.

No que diz respeito ao direito à autodeterminação Fortin (2003, p.116) refere que este direito “baseia-se no princípio ético do respeito pelas pessoas, segundo o qual qualquer pessoa é capaz de decidir por ela própria e tomar conta do seu próprio destino.”

Relativamente ao direito à intimidade o investigador deve certificar-se que a intimidade das pessoas em estudo será protegida e este será o menos invasivo possível. (FORTIN, 2003, pp. 116-117).

No direito ao anonimato e à confidencialidade o investigador deve certificar que na apresentação dos dados, nenhum dos sujeitos em estudo seja reconhecido pelo investigador ou pelo leitor do relatório de investigação. Quando à confidencialidade, esta respeita a informação íntima e privada do sujeito em estudo, assim sendo o investigador, deve reservar o tratamento de dados íntimos que lhe são fornecidos. (FORTIN, 2003, p. 117).

No que diz respeito ao direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo, o investigador deve proteger o sujeito em estudo contra possíveis inconvenientes que lhe possam fazer mal ou prejudicarem. (Fortin 2003, p 118)

No direito a um tratamento justo e equitativo para Fortin (2003, p. 119) o indivíduo tem o direito de ser informado sobre a natureza, o fim e a duração da investigação para o qual é solicitado a participação da pessoa, assim como os métodos utilizados no estudo.

De maneira a que não haja danos para as pessoas que participaram neste estudo, será assegurado que os todos os princípios éticos anteriormente referidos, serão rigorosamente cumpridos.

Capítulo VI - Enquadramento Empírico

É no enquadramento empírico que será feita uma interpretação, análise e conclusão dos dados obtidos. Para tal os dados serão tratados para dar resposta aos objectivos deste estudo.

Segundo Fortin, (2009), a fase empírica “(...) visa essencialmente descrever as características da amostra e responder às questões de investigação.”

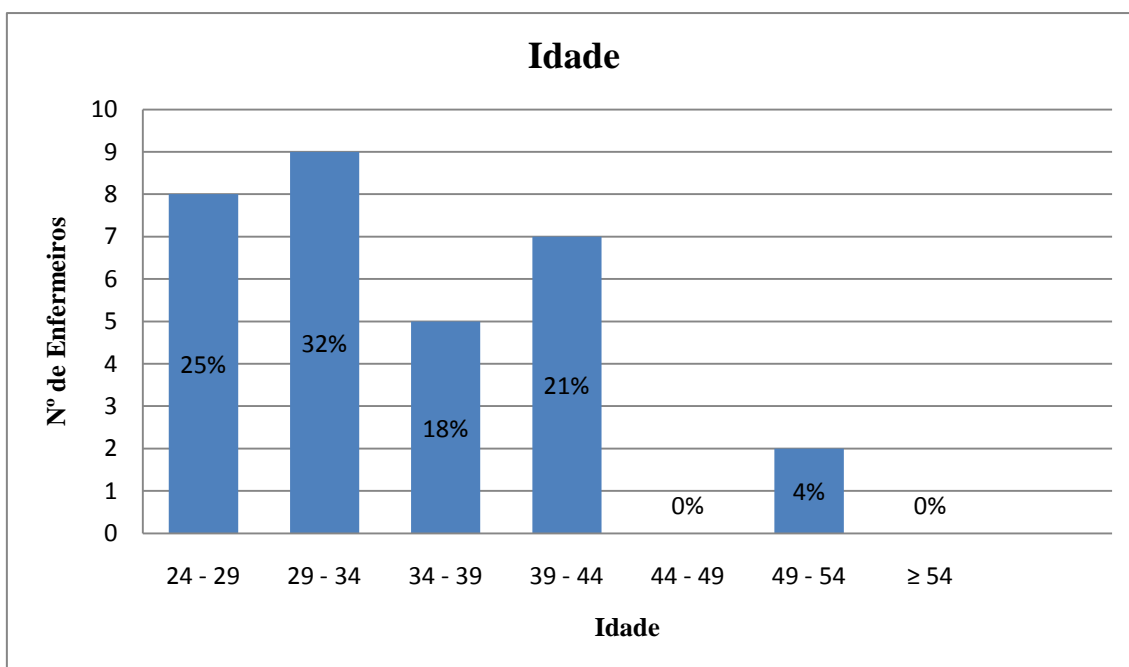
Para tal nesta fase do estudo devera ser feita em primeiro lugar uma organização e tratamento dos dados de maneira a que se possa descrever a amostra e posteriormente tirar conclusões sobre a população alvo. (Fortin, 2009, p. 410)

4.1 Apresentação e análise de dados

Após a colheita de dados foi indispensável para o estudo proceder à análise dos mesmos. A análise dos dados obtidos será tratada no programa informático Microsoft Office Excel 2007. Assim a apresentação dos resultados será através de gráficos e quadros e para melhor compreensão dos mesmos será feita uma breve descrição.

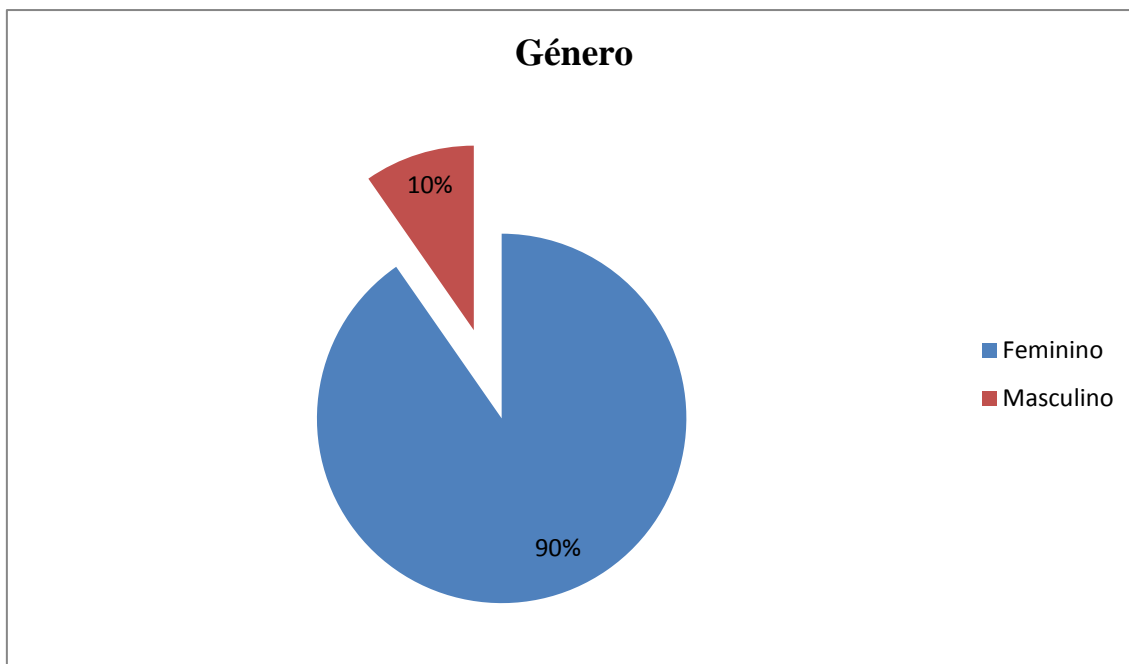
Os resultados obtidos foram através de um questionário, realizados a enfermeiros que prestam cuidados ao idoso dependente no domicílio.

Gráfico n° 3 - Distribuição de dados relativamente à idade dos Enfermeiros.



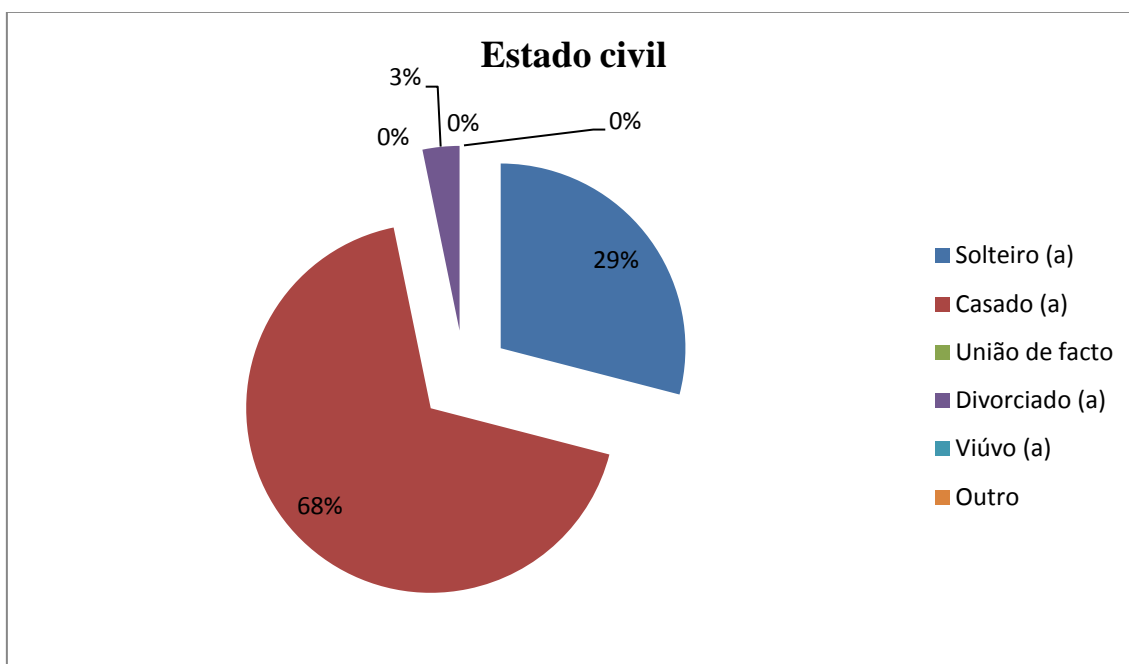
A amostra deste estudo é composta por 31 enfermeiros. As idades dos enfermeiros foi dividida nas seguintes escalas, isto para facilitar a sua caracterização, [24 – 29[, [29 – 34[, [34 – 39[, [39 – 44[, [44 – 49[, [49 – 54[, [≥54]. Como é possível analisar na tabela acima, dos 31 Enfermeiros 32% (9 Enfermeiros) tem idade entre os [29 – 34[, seguindo de 25% (8 Enfermeiros) com idades compreendidas entre os [24 – 29[anos, entre os [39 – 44[anos encontram-se 21% (7 Enfermeiros), entre os [34 – 39[anos encontram-se 18% (5 Enfermeiros), entre os [49 – 54[anos pode-se verificar que existe 4% (2 Enfermeiro) e não existe enfermeiros com idades entre os [44 – 49[e os [≥54].

Gráfico n° 4 - Distribuição de dados relativamente ao género dos Enfermeiros.



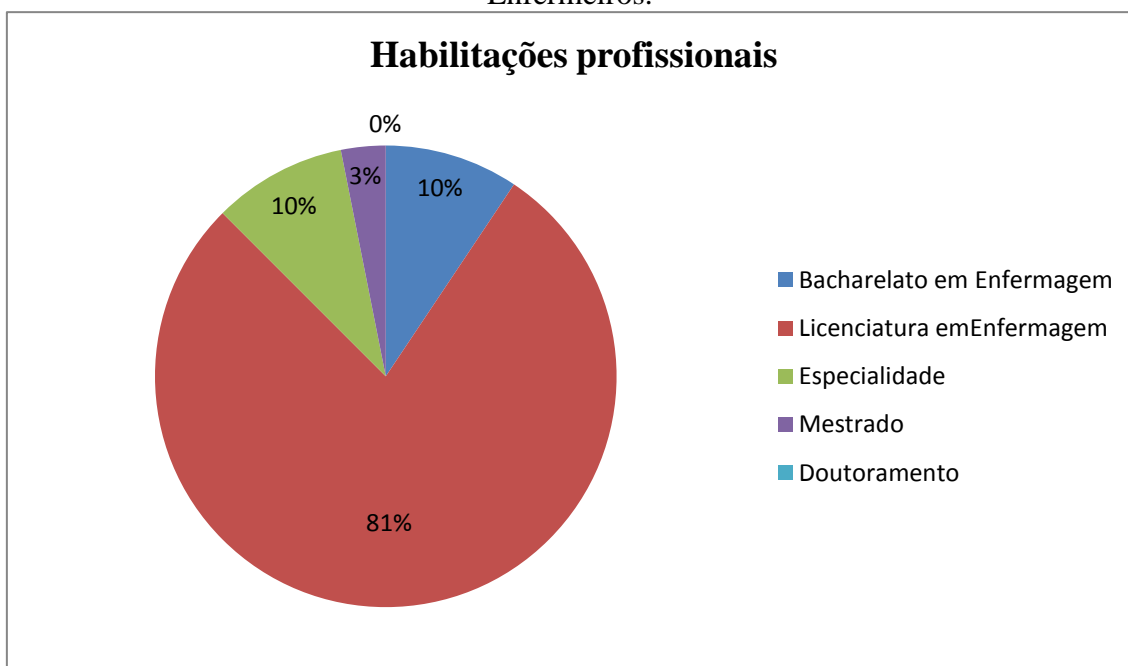
Na distribuição quanto ao género, verifica-se que a grande maioria é do género feminino, ou seja, 90% da amostra (28 Enfermeiros) e 10% (3 Enfermeiros) do género masculino. Assim é possível verificar que existe uma prevalência do sexo feminino.

Gráfico n° 5 - Distribuição dos dados relativamente ao estado civil dos Enfermeiros.



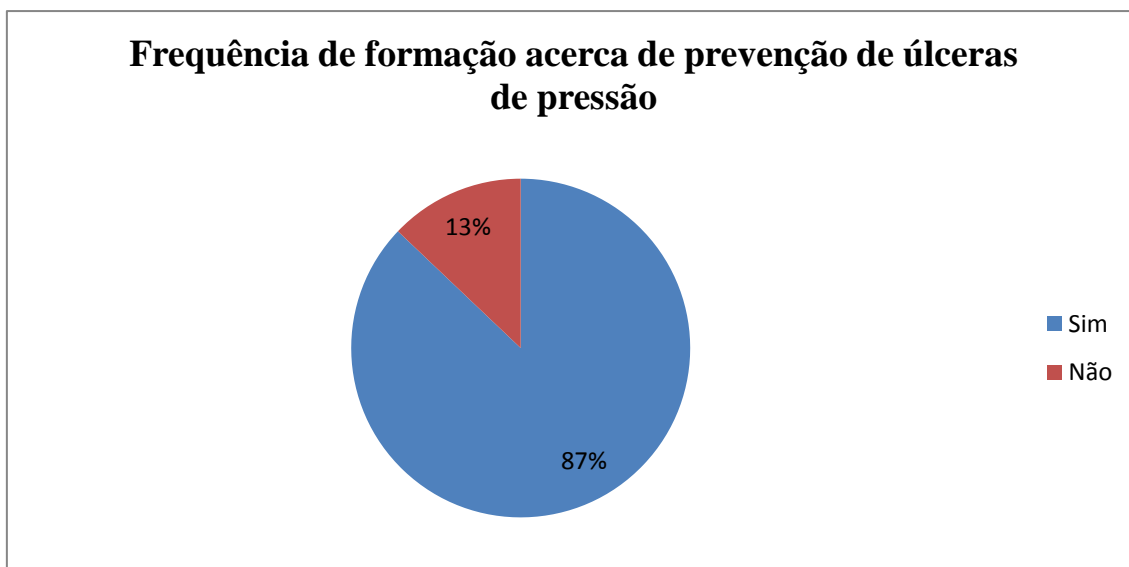
Relativamente ao estado civil dos enfermeiros, a grande maioria, 68% (21 Enfermeiros) são casados, de seguida, 29% (9 Enfermeiros) são solteiros, referente ao estado civil divorciado (a), representa 3% (1 Enfermeiro) da amostra e não existindo enfermeiros com o estado civil de união de facto, viúvo ou outro.

Gráfico n°6 - Distribuição dos dados relativamente às habilitações profissionais dos Enfermeiros.



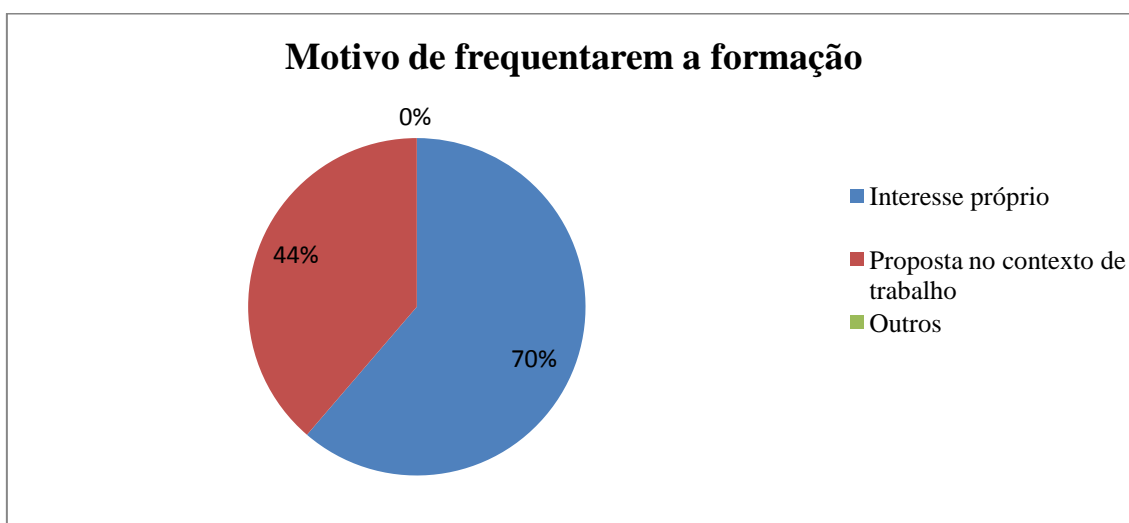
Relativamente às habilitações profissionais dos enfermeiros, verifica-se que uma grande parte da amostra possui licenciatura em enfermagem com 81% (25 Enfermeiros), de seguida 10% da amostra (3 Enfermeiros) possuem bacharelato em enfermagem, em igualdade 10% da amostra (3 Enfermeiros) possuem especialidade, dos quais dois possuem especialidade em enfermagem de reabilitação e um enfermeiro possui especialidade em ciências da comunicação. Com mestrado pode-se verificar que existe 3% da amostra (1 Enfermeiro) e não existe nenhum elemento da amostra com o doutoramento.

Gráfico nº 7 - Distribuição dos dados relativamente à frequência dos Enfermeiros em alguma formação acerca de prevenção de úlceras de pressão, após a formação de base.



Desejou-se saber se os enfermeiros frequentaram alguma formação acerca de prevenção de úlceras de pressão. Da totalidade, 87% (27 Enfermeiros) respondeu que sim e 13% (4 Enfermeiros) responderam que ainda não tinha frequentado nenhuma formação acerca da prevenção e úlceras de pressão.

Gráfico nº 8 - Distribuição dos dados relativamente ao motivo dos Enfermeiros para frequentarem a formação.



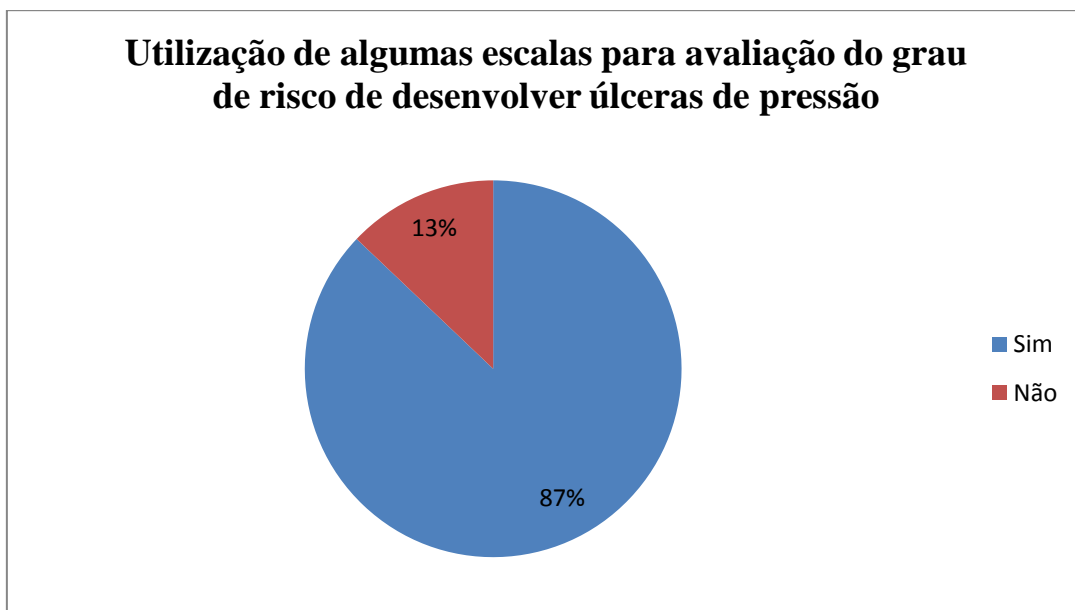
Dos enfermeiros que responderam sim à resposta anterior, pretendeu-se saber qual o motivação para a frequência da formação que frequentaram. Tiveram a oportunidade de responder a mais do que uma opção. A opção interesse próprio foi escolhida por 19 enfermeiros (70%) e 12 enfermeiros (44%) escolheram a opção proposta no contexto de trabalho.

Quadro nº 1 - Distribuição dos dados relativamente ao que os enfermeiros entendem por úlceras de pressão.

Definição de úlceras de pressão	Frequência	
	Absoluta (nº)	Relativa (%)
Área de superfície corporal localizadas que sofreram exposição prolongada e pressões elevada	0	0
Área de superfície corporal localizadas que sofreram exposição a fricção ou estiramento, com consequente destruição e/ou necrose tecidular	0	0
Área de superfície corporal localizadas que sofreram exposição prolongada e pressões elevadas de modo a impedir a circulação local	3	10
Área de superfície corporal localizadas que sofreram exposição prolongada e pressões elevadas, fricção ou estiramento, de modo a impedir a circulação local, com consequente destruição e/ou necrose tecidular.	28	90
Total	31	100

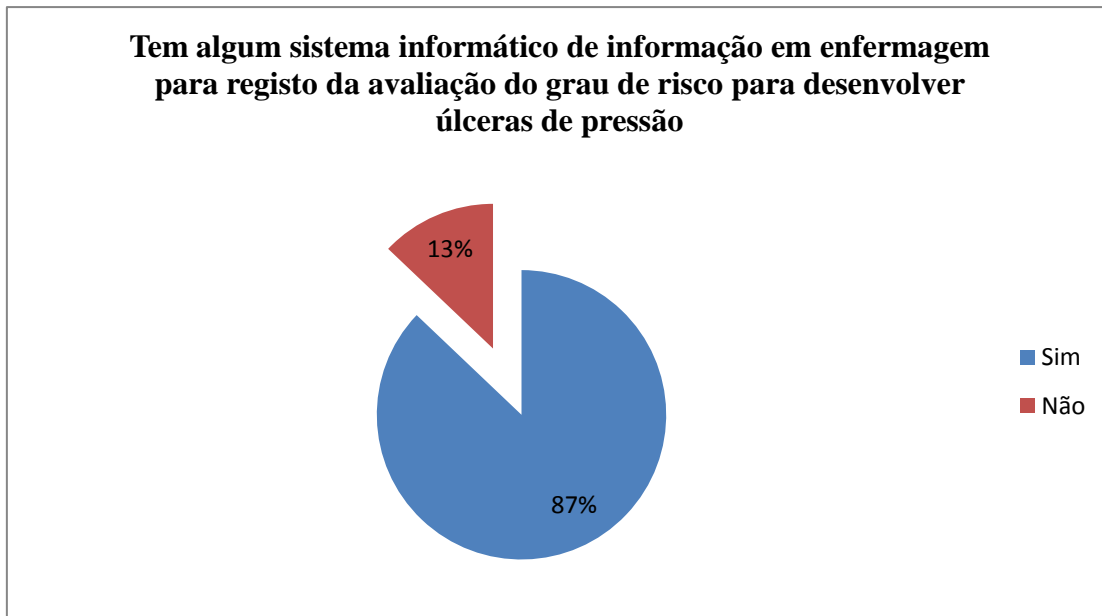
Considerando que a última opção é a mais correcta verificou-se que 90% (28 Enfermeiros) respondeu acertadamente e 10% (3 Enfermeiros) referiu a terceira opção como sendo a mais correcta, no entanto esta opção encontra-se incompleta.

Gráfico nº 9 - Distribuição dos dados quanto à utilização dos Enfermeiros de algumas escalas para avaliação do grau de risco de desenvolver úlceras de pressão.



Pretendeu-se saber se os enfermeiros utilizavam algumas escalas para avaliação do grau de risco de desenvolver úlceras de pressão, ao que 87% (27 Enfermeiros) respondeu que sim e 13% (4 enfermeiros) respondeu não.

Gráfico nº 10 - Distribuição dos dados de forma a saber se os enfermeiros tem algum sistema informático de informação em enfermagem para registo da avaliação do grau de risco para desenvolver úlceras de pressão.



Através desta questão pretendeu-se saber se os enfermeiros têm algum sistema informático de informação em enfermagem para registo da avaliação do grau de risco para desenvolver úlceras de pressão, em que 87% (27 Enfermeiros) respondeu que sim, nesta opção foi pedido para especificar qual, dos quais 23 enfermeiros responderam o sistema informático “SAPE”, 4 enfermeiros não responderam à questão e 13% (4 enfermeiros) respondeu não.

Quadro nº 2 - Distribuição dos dados relativamente a qual ou quais as escalas para avaliação de grau de risco de desenvolver úlceras de pressão os Enfermeiros conhecem.

Escalas	Frequência	
	Absoluta (nº)	Relativa (%)
Escala de Braden	21	68
Escala de Norton	27	87
Outras	1	3

Relativamente a qual ou quais as escalas para avaliação de grau de risco de desenvolver úlceras de pressão os Enfermeiros conhecem, 87% (27 enfermeiros) reponderam escala de Norton, 68% (21 enfermeiros) respondeu escala de Braden e 3% (1 Enfermeiro) respondeu a opção outro, que refere a escala de Waterlow e a escala de Gosnell.

Quadro nº 3 - Distribuição dos dados relativamente a quais os factores que os enfermeiros têm em atenção aquando a avaliação de um utente com risco de desenvolver úlceras de pressão.

Factores	Frequência	
	Absoluta (nº)	Relativa (%)
Indicadores nutricionais (aporte nutricional, peso,...)	30	97
Factores que afectam a perfusão e a oxigenação.	14	45
Patologias associadas	21	68
Humidade da pele.	24	77
Idade	18	58
Estado geral de saúde.	25	81
Temperatura corporal	3	10
Percepção sensorial	16	52
Fricção e forças de torção	24	77
Avaliação do estado da pele	26	84
Mobilidade	29	94
Capacidade do prestador de cuidados informal	27	87
Situação socioeconómica	11	35

Relativamente a quais os factores que os enfermeiros têm em atenção aquando a avaliação de um utente com risco de desenvolver úlceras de pressão. A opção mais referida foi indicadores nutricionais (aporte nutricional, peso,...) com 97% (30 enfermeiros), de seguida a mobilidade responderam 94% (29 enfermeiros), depois a opção capacidade do prestador de cuidados informal com 87 % (27 enfermeiros), 84% (26 enfermeiros) respondeu avaliação do estado da pele, 81% (25 enfermeiros) respondeu estado geral de saúde, em relação às opções fricção e forças de torção e Humidade da pele respondeu o mesmo numero de enfermeiros 77% (24 Enfermeiros), patologias associadas respondeu 68% (21 enfermeiros), 58% (18 Enfermeiros) responderam idade, percepção sensorial respondeu 52% (16 Enfermeiros), factores que afectam a perfusão e a oxigenação responderam 45% (14 Enfermeiros), 35% (11 enfermeiros) responderam situação socioeconómica e a opção menos seleccionada foi temperatura corporal com 10% (3 enfermeiros).

Quadro nº 4 - Distribuição dos dados relativamente a quais as áreas corporais que os Enfermeiros acham mais frequentes onde se desenvolvem úlceras de pressão.

Áreas corporais	Frequência	
	Absoluta (nº)	Relativa (%)
Região sacro coccígea	31	100
Região trocanteriana / crista ílíaca	31	100
Região isquiática	3	10
Região abdominal	0	0
Região occipital	4	13
Calcaneos	31	100
Região escapular	5	16
Cotovelos	8	26
Região infra mamaria	0	0
Região maleolar	23	74
Pavilhão auricular	8	26
Outro	0	0

Quanto a quais as áreas corporais que os enfermeiros acham mais frequentes onde se desenvolvem úlceras de pressão, 100% (31 Enfermeiros) seleccionaram as opções região sacro coccígea, região trocanteriana / crista ilíaca e calcaneos, de seguida 74% (23 enfermeiros) responderam região maleolar, 26% (8 enfermeiros) responderam cotovelos assim como pavilhão auricular, 16% (5 enfermeiros) responderam região escapular, 13% (4 enfermeiros) responderam região occipital, 10% (3 enfermeiros) seleccionaram a região isquiática e nenhum dos enfermeiros seleccionou as opções região abdominal, região infra-mamaria e a opção outro.

Quadro nº 5 - Distribuição dos dados relativamente a quais medidas de alívio de pressão que habitualmente os enfermeiros aconselham.

Medidas de alívio de pressão	Frequência	
	Absoluta (nº)	Relativa (%)
Posicionamentos	31	100
Colchões de silicone	6	19
Colchões de pressão alternada	29	94
Colchões de água	0	0
Almofadas	31	100
Lençóis moldáveis, sem bordas, lisos	19	61
Pensos protectores	5	16
Outros	2	6

Relativamente a quais medidas de alívio de pressão que habitualmente os enfermeiros aconselham, 100% (31 enfermeiros) aconselham os posicionamentos e as almofadas, 94% (29 enfermeiros) aconselham colchões de pressão alternada, 61% (19 enfermeiros) aconselham lençóis moldáveis, sem bordas, lisos, 19% (6 enfermeiros) referem os colchões de silicone, 16% (5 enfermeiros) aconselham pensos protectores, 6% (2 Enfermeiros) seleccionaram a opção outro, em que um enfermeiro referiu “Levante para o cadeirão, roupa pessoal esticada sem pregas, roupa de cama leve (por exemplo edredon e não cobertores), arco nos pés da cama para elevação da roupa.” e outro enfermeiro referiu “levante”. Nenhum dos enfermeiros seleccionou a opção Colchões de água.

Quadro nº 6 – Distribuição dos dados relativamente a quais as intervenções de enfermagem os Enfermeiros realizam e/ou ensinam para a prevenção de úlceras de pressão nos cuidados domiciliários.

Intervenções de Enfermagem	Frequência	
	Absoluta (nº)	Relativa (%)
Posicionamentos	31	100
Alimentação	30	97
Hidratação oral	26	84
Hidratação corporal	24	77
Massajar sobre as proeminências ósseas ou zonas ruborizadas	22	71
Manter a pele seca	20	65
Lavar com água morna sem causar fricção	15	48
Utilizar álcool	0	0
Usar sabão hidratante	6	19
Usar meios de protecção que não danifique ou irrite a pele	17	55
Outros	1	3

Relativamente quais as intervenções de enfermagem que os enfermeiros realizam e/ou ensinam acerca da prevenção de úlceras de pressão nos cuidados domiciliários, a totalidade dos inquiridos, 100% (31 enfermeiros) seleccionaram a resposta posicionamentos, 97% (30 enfermeiros) seleccionaram a resposta alimentação, 84% (26 enfermeiros) seleccionaram a resposta hidratação oral, 77% (24 enfermeiros) escolheram a resposta hidratação corporal, 71% (22 enfermeiros) escolheram a resposta massajar sobre as proeminências ósseas ou zonas ruborizadas, 65% (20 enfermeiros) seleccionaram a resposta manter a pele seca, 55% (17 enfermeiros) seleccionaram a resposta usar meios de protecção que não danifique ou irrite a pele, 48% (15 enfermeiros) seleccionaram a resposta lavar com água morna sem causar fricção, 19% (6 enfermeiros) seleccionaram a resposta usar sabão hidratante e 3% (1 enfermeiro) seleccionou a resposta outro, referindo “cuidados a ter com a roupa pessoal e da cama vigiar integridade cutânea e zonas de rubor, e detectar UP de grau I.”. Nenhum dos enfermeiros seleccionou a opção Utilizar álcool

Quadro nº 7 – Distribuição dos dados relativamente a qual a frequência com que os Enfermeiros realizam visitas domiciliárias de enfermagem, ao utente/família com risco de desenvolver úlceras de pressão.

Frequência das visitas domiciliárias	Frequência	
	Absoluta (nº)	Relativa (%)
Duas vezes por semana	0	0
Uma vez por semana	2	6
De duas em duas semanas	3	10
Uma vez por mês	9	29
Trimestral	8	26
Semestral	0	0
Anual	0	0
Outros	10	32

No que refere à frequência com que os enfermeiros realizam visitas domiciliárias de enfermagem, ao utente/família com risco de desenvolver úlceras de pressão, 32% (10 enfermeiros) responderam à opção outro, de seguida 29% (9 enfermeiros) reponderam uma vez por mês, 26% (8 enfermeiros) respondeu Trimestral, 10% (3 enfermeiros) responderam de duas em duas semanas e 6% (2 enfermeiros) responderam uma vez por semana. Nenhum dos enfermeiros seleccionou as opções duas vezes por semana, Semestral e Anual.

Em relação à opção outro os enfermeiros referiram de acordo com as necessidades do utente/cuidador e que dependia do número de VD curativas.

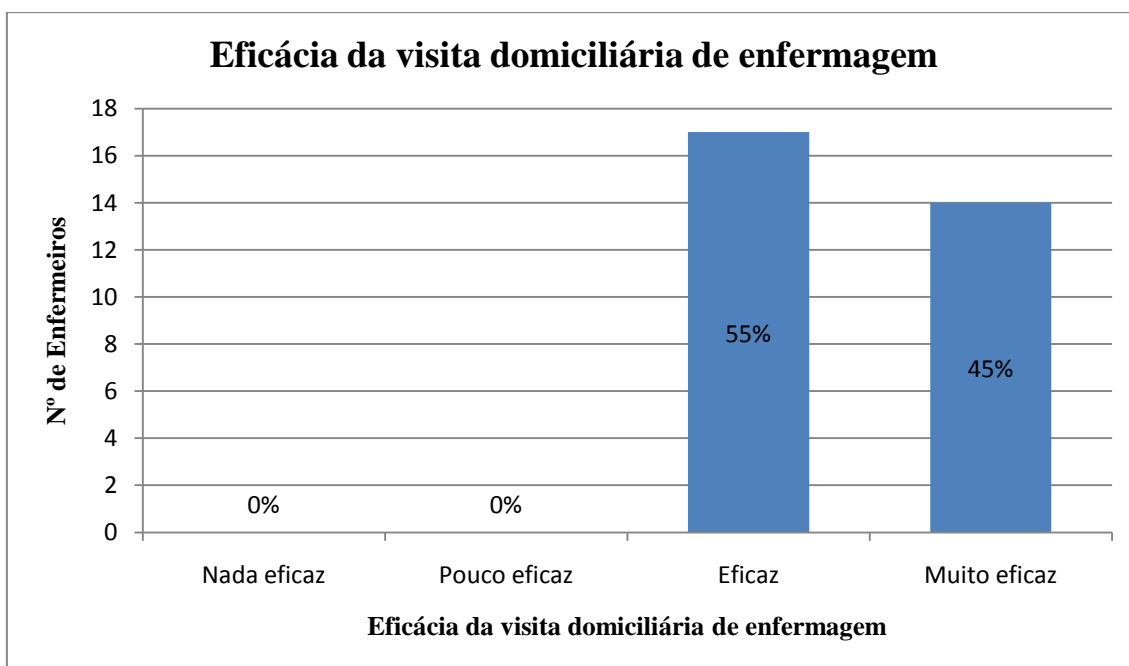
Quadro nº 8 – Distribuição dos dados relativamente a qual a opinião dos Enfermeiros sobre qual seria a frequência ideal para a realização das visitas domiciliárias de enfermagem ao utente/família com risco de desenvolver úlceras de pressão.

Frequência das visitas domiciliárias	Frequência	
	Absoluta (nº)	Relativa (%)
Duas vezes por semana	2	6
Uma vez por semana	8	26
De duas em duas semanas	1	3
Uma vez por mês	13	42
Trimestral	2	6
Semestral	0	0
Anual	0	0
Outros	8	26

Relativamente à opinião dos enfermeiros sobre qual seria a frequência ideal para a realização das visitas domiciliárias de enfermagem ao utente/família com risco de desenvolver úlceras de pressão, a resposta mais seleccionada foi uma vez por mês, com 42% (13 enfermeiros), com o mesmo número de respostas, 26% (8 enfermeiros) foram seleccionadas as opções uma vez por semana e a opção outro. Trimestral responderam 6% (2 enfermeiros) e 3% (1 enfermeiro) respondeu de duas em duas semanas. Nenhum dos enfermeiros seleccionou as opções Semestral e Anual.

Em relação à opção outros os enfermeiros referiram de acordo com as necessidades do utente/cuidador.

Gráfico nº 11 – Distribuição dos dados relativamente à opinião dos enfermeiros quanto á eficácia da visita domiciliária de enfermagem para desenvolver intervenção na prevenção de úlceras de pressão.



Relativamente à opinião dos enfermeiros quanto á eficácia da visita domiciliária de enfermagem para desenvolver intervenção na prevenção de úlceras de pressão, verificou-se que mais de metade da amostra, com 55% (17 enfermeiros), acham visita domiciliária de enfermagem eficaz e 45% (14 enfermeiros) acham visita domiciliária de enfermagem muito eficaz. Nenhum dos enfermeiros seleccionou a opção nada eficaz e pouco eficaz.

4.2 Discussão de dados

Após a análise de dados, achou-se pertinente a discussão dos mesmos, sendo esta, a última fase de um estudo de investigação. Esta análise tem como objectivo ir de encontro à contextualização teórica desta investigação.

Através dos dados obtidos foi possível verificar que a maioria dos enfermeiros refere a visita domiciliária de enfermagem como estratégia importante na prevenção das úlceras de pressão ao doente idoso dependente. Mas de enfermeiro para enfermeiro o grau de importância difere. Em relação aos objectivos propostos pelo investigador para este estudo de investigação, pode-se concluir que os enfermeiros, na sua maioria possuem conhecimentos adequados sobre úlceras de pressão e a sua prevenção.

Os enfermeiros inquiridos compreendiam idades entre os 24 anos e os 54 anos. A faixa etária que predomina neste estudo é a faixa etária entre os 29 e os 34 anos com 32% da amostra. Relativamente à distribuição quanto ao género, verifica-se que prevalece o género feminino, com 90% da amostra em relação ao género masculino que representa 10% da amostra. No que concerne ao estado civil dos enfermeiros, o estado civil com maior representatividade é casado com 68% da amostra. Quanto às habilitações profissionais dos enfermeiros, verifica-se que uma grande parte, 81% da amostra, possui licenciatura em enfermagem.

Achou-se pertinente para o estudo saber se os enfermeiros receberam alguma formação acerca de prevenção de úlceras de pressão. Foi possível verificar que 87% respondeu que sim e apenas 13% responderam que ainda não tinha frequentado nenhuma formação acerca da prevenção e úlceras de pressão.

Para Jorge, S.; Dantas, S., (2003) uma vez que o tratamento das úlceras de pressão tem um custo muito elevado, fica menos dispendioso investir na sua prevenção. Ainda refere que:

Esses custos têm impulsionado os profissionais de saúde, particularmente os enfermeiros, a buscar desenvolver estratégias para mudar a situação.

Para tal é importante que os enfermeiros invistam na sua formação sobre a prevenção das úlceras de pressão e assim saberão actuar de forma eficaz.

Relativamente à formação que frequentaram desejou-se saber se esta foi por interesse próprio ou proposta no contexto de trabalho. Em que 70% respondeu que foi por interesse próprio e 44% respondeu que foi proposta no contexto de trabalho.

Sobre ao que os enfermeiros entendem por úlceras de pressão, uma grande maioria, 90% da amostra seleccionou a quarta opção, o que vai de encontro ao que defende a DGS (2007), em que nos diz que úlcera de pressão é uma “Área de superfície corporal localizadas que sofreram exposição prolongada e pressões elevadas, fricção ou estiramento, de modo a impedir a circulação local, com conseqüente destruição e/ou necrose tecidual”

À mesmas questão 10% da amostra diz que úlceras de pressão corresponde a “Área de superfície corporal localizadas que sofreram exposição prolongada e pressões elevadas de modo a impedir a circulação local”, não sendo esta a opção mais correcta.

Pretendeu-se saber se os enfermeiros utilizavam algumas escalas para avaliação do grau de risco de desenvolver úlceras de pressão, dos quais 87% respondeu que sim e uma pequena parte da amostra 13% respondeu não utilizam nenhuma escala para avaliação do grau de risco.

Segundo Jorge, S.; Dantas, S., (2003),

(...) torna-se imprescindível o uso adequado de métodos profiláticos que possam ser, por sua vez, também adequadamente implementados em pacientes que realmente os necessitem, isto é, sejam reconhecidos como em risco de desenvolver UP.

Ainda segundo o mesmo autor refere que:

Prevenir as UP depende de uma habilidade clínica de avaliar o risco e, assim, programar as consultas preventivas (...) propondo (...) escalas de avaliação de risco.

Já para Furtado, K.; et al, (2001, p.15), “A não implementação das medidas preventivas pode ser analisado como um acto de negligência.”

Pretendeu-se saber se os enfermeiros têm algum sistema informático de informação em enfermagem para registo da avaliação do grau de risco para desenvolver úlceras de pressão, a grande maioria 87%, respondeu que utilizava um sistema informático, nos quais 85% diz utilizar o sistema informático SAPE. O sistema informático SAPE, segundo Silva, P., Abílio, T. (2006) “Este sistema contém um conjunto muito rico de informação, que uma vez explorado pode ser muito útil nas várias vertentes.”

Ainda para o Ministério da Saúde. (2007)

Tecnologia e Sistemas de Informação (...) constitui um catalisador imprescindível para a melhoria da eficiência da actividade de todos os profissionais de saúde.

No que concerne a qual ou quais as escalas para avaliação de grau de risco de desenvolver úlceras de pressão que os enfermeiros conhecem, 87% reponderam Escala de Norton, 68% respondeu Escala de Braden e 3% respondeu a opção outro, que refere, também conhecer a escala de Waterlow e escala de Gosnell. Segundo Jorge, S.; Dantas, S., (2003) menciona existir mais de 200 escalas para a avaliação do grau de risco para desenvolver úlceras de pressão. Conhecer as escalas e saber aplica-las é fundamental no que diz respeito à prevenção das úlceras de pressão.

Pretendeu-se saber quais os factores que os enfermeiros têm em atenção aquando a avaliação de um utente com risco de desenvolver úlceras de pressão.

A opção mais referida foi indicadores nutricionais com 97%, em que a DGS (2007), menciona que pessoas que estejam acamadas necessitam de uma alimentação adequada, com valores energéticos acima do basal. Jorge, S.; Dantas, S., (2003) salienta ainda que as pessoas que não têm uma boa alimentação podem ter deficiências nutricionais que possam levar a que a pele fique mais frágil.

De seguida à opção mobilidade responderam 94%, pois para Dantas as pessoas com complicações na mobilização e que permanece muito tempo na mesma posição podem desenvolver úlceras de pressão. Depois a opção capacidade do prestador de cuidados informal foi seleccionada por 87 % Enfermeiros, 84% respondeu avaliação do estado da pele, assim para Potter, P.; Perry, A., (2006).

Uma das principais responsabilidades do enfermeiro é monitorizar a integridade da pele da pessoa além de que deve delinear, desenvolver e avaliar as intervenções que se deve implementar para manter a integridade cutânea.

À opção estado geral de saúde responderam 81% da amostra, em relação às opções Fricção e forças de torção e Humidade da pele respondeu o mesmo número de enfermeiros 77%, patologias associadas respondeu 68%, 58% responderam idade, percepção sensorial respondeu 52%, factores que afectam a perfusão e a oxigenação responderam 45%, 35% responderam situação socioeconómica e a opção menos seleccionada foi temperatura corporal com 10%, mas esta opção é muito importante uma vez que a temperatura elevada provoca sudorese e consequentemente leva à humidade e maceração e da pele.

Todos os factores referidos anteriormente, são factores que são predisponentes ao desenvolvimento de úlceras de pressão, por tanto o enfermeiro deve analisá-los e dar a mesma importância a cada um deles, uma vez que a negligência de um destes factores, por si só, pode levar ao desenvolvimento de úlceras de pressão.

São inúmeras as áreas onde é mais frequente desenvolver úlceras de pressão. Mas quanto às áreas corporais que os Enfermeiros acham mais frequentes a desenvolver úlceras de pressão, a totalidade dos enfermeiros seleccionaram as opções Região sacro coccígea, Região trocateriana / crista ilíaca e Calcaneos, de seguida 74% responderam Região maleolar, 26% responderam Cotovelos assim como Pavilhão auricular, 16% responderam Região escapular, 13% responderam Região occipital, 10% seleccionaram a Região isquiática e nenhum dos enfermeiros seleccionou as opções Região abdominal, Região infra-mamária e a opção outro.

No que concerne a quais medidas de alívio de pressão que habitualmente os enfermeiros aconselham, a totalidade aconselham os posicionamentos e as almofadas, 94% aconselham Colchões de pressão alternada, 61% aconselham Lençóis moldáveis, sem bordas, lisos, 19% referem os Colchões de silicone, 16% aconselham Pensos protectores, 6% seleccionaram a opção outro, em que um enfermeiro referiu “Levante para o cadeirão, roupa pessoal esticada sem pregas, roupa de cama leve (por exemplo edredon e não cobertores), arco pés da cama para elevação da roupa.” e o outro enfermeiro referiu “levante”.

Relativamente aos colchões, não há nenhum estudo que nos indique qual o colchão mais adequado para a prevenção das úlceras de pressão, pois como existe uma grande variedade, este deve ser escolhido de acordo com as necessidades do utente. As almofadas devem ser utilizadas uma vez que estas permitem manter as proeminências ósseas afastadas umas das outras (Jorge, S.; Dantas, S., 2003).

Quanto ao equipamento a aconselhar para prevenção das úlceras de pressão, estes podem ser variados, uma vez todos foram feitos para benefício do utente, mas mesmo assim é importante ter em conta o custo do equipamento, a efectividade clínica, a facilidade de manutenção e se é confortável para o utente (Jorge, S.; Dantas, S., 2003).

Relativamente a quais são as intervenções de enfermagem os Enfermeiros realizam e/ou ensinam para a prevenção de úlceras de pressão nos cuidados domiciliários, verifica-se que a totalidade dos inquiridos seleccionaram a resposta posicionamentos, 97% seleccionaram a resposta alimentação, 84% seleccionaram a resposta hidratação oral, 77% escolheram a resposta hidratação corporal, 71% escolheram a resposta massajar sobre as proeminências ósseas ou zonas ruborizadas, 65% seleccionaram a resposta manter a pele seca, 55% seleccionaram a resposta usar meios de protecção que não danifique ou irrite a pele, 48% seleccionaram a resposta lavar com água morna sem causar fricção, 19% seleccionaram a resposta usar sabão hidratante e 3% seleccionou a resposta outro, referindo “cuidados a ter com a roupa pessoal e da cama vigiar integridade cutânea e zonas de rubor, e detectar UP de grau I.”.

Como é possível verificar os posicionamentos foram referidos pela totalidade dos enfermeiros, pois o uso de um posicionamento correcto e de técnicas adequadas na mudança de decúbito pode diminuir a incidência das úlceras de pressão. Através dos posicionamentos também se deve ter em atenção as forças de fricção, pois o utente tem de ser erguido ao ser mobilizada e nunca arrastado contra o colchão (Jorge, S.; Dantas, S., 2003).

Todas as intervenções acima referidas são importantes para a prevenção de úlceras de pressão, excepto a opção massajar sobre as proeminências ósseas ou zonas ruborizadas, que foi seleccionada por grande parte dos enfermeiros, pois segundo Jorge, S.; Dantas, S., (2003), deve-se

evitar massagens nas regiões de proeminências ósseas se observar hiperemia, manchas roxas ou bolhas, pois isto indica o início de úlceras de pressão e a massagem vai causar mais danos.

Ainda para Morison, M. (2004) refere que a massagem nas zonas de pressão

(...) tem sido o método tradicional para prevenir o desenvolvimento de úlceras de pressão. No entanto (...) recomendam que a massagem pode ser prejudicial.

Como foi possível constatar através da colheita de dados a frequência com que os Enfermeiros realizam as visitas domiciliárias de enfermagem, ao utente/família com risco de desenvolver úlceras de pressão, é muito variada.

Em que 32% responderam à opção outro, referindo de acordo com as necessidades do utente/cuidador e que dependia do número de VD curativas.

De seguida 29% reponderam uma vez por mês, 26% respondeu Trimestral, 10% responderam de duas em duas semanas e 6% responderam uma vez por semana. Nenhum dos enfermeiros seleccionou as opções duas vezes por semana, Semestral e Anual.

Outra questão que vai de encontro à questão anterior, e em que as respostas foram também diversas foi relativamente a qual a opinião dos Enfermeiros sobre qual seria a frequência ideal para a realização das visitas domiciliarias de enfermagem ao utente/família com risco de desenvolver úlceras de pressão, a resposta mais seleccionada foi uma vez por mês, com 42%, com o mesmo numero de respostas, 26% foram seleccionadas as opções uma vez por semana e a opções outro, nesta opção os enfermeiros referiram de acordo com as necessidades do utente/cuidador.

Para Dealey (1997) cit in Furtado, k.; et al (2001) as visitas domiciliárias de enfermagem “na comunidade uma avaliação mensal ou até mesmo de três em três meses pode ser suficiente.”

No entanto, as visitas domiciliárias de enfermagem devem ser efectuadas de forma preventiva, com o espaçamento de tempo necessário para que não se desenvolvam úlceras de pressão.

Achou-se pertinente saber a opinião dos enfermeiros quanto á eficácia da visita domiciliária de enfermagem para desenvolver intervenção na prevenção de úlceras de pressão, verificou-se que mais de metade da amostra, 55% acham visita domiciliária de

enfermagem eficaz e 45% acham visita domiciliária de enfermagem muito eficaz. Como refere Rice (2004, p. 23), a visita domiciliária de enfermagem tem como objectivo oferecer tanto ao utente como à família um suporte, compreensão, tratamento, informação e os cuidados necessários, de forma a gerir com sucesso os cuidados de saúde no domicílio. Assim para que a visita domiciliária de enfermagem seja eficaz o enfermeiro tem de dar cumprimento aos aspectos anteriormente referidos.

Assim a equipa de enfermagem tem um papel fundamental na prevenção das úlceras de pressão, para tal o enfermeiro que presta cuidados no contexto domiciliários deve tornar as suas intervenções eficazes.

CONCLUSÃO

Uma vez terminada esta etapa do estudo, sentiu-se a necessidade de elaborar uma conclusão, com a finalidade de fazer uma breve reflexão acerca do trabalho em questão.

A elaboração deste trabalho científico foi muito importante uma vez que permitiu aprofundar os conhecimentos do investigador sobre a temática, possibilitou a aplicação dos conhecimentos já adquiridos e desenvolver competências na área da investigação. Com este trabalho o investigador teve a possibilidade adquirir mais conhecimentos sobre Visita domiciliária de enfermagem como estratégia na prevenção de úlceras de pressão no idoso dependente.

Só foi possível a conclusão deste trabalho após serem ultrapassadas as várias etapas do processo de investigação, este foi elaborado com o objectivo de conhecer a importância atribuída pelos enfermeiros à visita domiciliária de enfermagem como estratégia de prevenção de úlcera de pressão no idoso dependente.

De maneira a que este estudo responde-se ao problema de investigação, a metodologia que se achou mais pertinente aplicar para a execução do presente trabalho foi o método quantitativo, do tipo descritivo simples.

O questionário foi o instrumento de colheita de dados utilizado, este foi aplicado a 31 enfermeiros, num período compreendido entre o dia 16 Junho e o dia 9 de Julho de 2010. Os dados foram tratados através do programa Microsoft Office Excel 2007 e depois os mesmos foram expostos em quadros e gráficos de maneira a que fosse possível uma fácil interpretação dos dados.

Algo que é possível verificar através de vários estudos, é um aumento da população idosa, sendo esta cada vez mais evidente em Portugal, no que diz respeito à saúde, cabe aos enfermeiros se adaptarem a esta nova realidade e moldarem as suas técnicas e acções. As visitas domiciliárias de enfermagem são muito importantes na promoção da saúde e na prevenção da doença e assim podendo evitar os internamentos hospitalares dos idosos.

No que diz respeito aos enfermeiros inquiridos, estes compreendiam idades entre os 24 anos e os 54 anos. A faixa etária que predomina neste estudo é a faixa etária entre os 29 e os 34 anos com 32% da amostra. Quanto ao género, verifica-se que predomina o género feminino, com 90% dos enfermeiros. Relativamente ao estado civil dos enfermeiros, o estado civil com maior representatividade é casado com 68% da amostra. Em relação às habilitações profissionais dos enfermeiros, verifica-se que uma grande parte, 78% da amostra, possui licenciatura em enfermagem.

No que diz respeito à formação específica acerca da prevenção de úlceras de pressão, foi possível verificar que maioria dos enfermeiros, 87% referiu que já teve formação nesta área.

Em relação aos objectivos propostos pode-se concluir que os enfermeiros, na sua maioria possuem conhecimentos adequados sobre os factores de risco das úlceras de pressão e que possuem conhecimentos acerca de prevenção das úlceras de pressão. E que a maioria dos enfermeiros desenvolvem intervenções de enfermagem no domicílio para a prevenção de úlceras de pressão no idoso dependente.

De encontro com objectivo principal desta investigação, é possível verificar que a maioria dos enfermeiros refere a visita domiciliária como estratégia importante na prevenção das úlceras de pressão ao doente idoso dependente. Contudo o grau de importância difere de enfermeiro para enfermeiro.

Uma vez que este foi o primeiro trabalho científico realizado pelo investigador, foram sentidas algumas dificuldades, estas foram ultrapassadas com o empenho e dedicação pessoal e com o apoio da orientadora. E assim é possível referir que os objectivos propostos foram na sua totalidade atingidos, contudo espera-se que este estudo seja útil para os enfermeiros e possam enriquecer as práticas de enfermagem no que diz respeito à visita domiciliária de enfermagem como estratégia na prevenção de úlceras de pressão no idoso dependente.

Através deste estudo científico o investigador pretende que a temática seja aprofundada e posteriormente a apresentação do mesmo numa revista de enfermagem, e assim partilhar os resultados obtidos.

Por fim não se poderia deixar de agradecer a todos os enfermeiros que aceitaram participar neste estudo, pela sua disponibilidade, assim como à orientadora deste trabalho por toda a dedicação prestada.

BIBLIOGRAFIA

Afonso, G.; Costa, L.; Miranda, M. (2006). Úlceras de Pressão: Prevenção e Tratamento. *Revista bimestral de ciência e investigação em saúde - Ser Saúde*, Volume nº 2/ Novembro/ Dezembro, p. 90 – 100.

Baranoski, S.; ayello, E., (2004). *O essencial sobre o Tratamento de Feridas – princípios práticos*. Loures. Lusodidacta.

Conselho Internacional de Enfermeiro (2005). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Versão b2. Genebra. Copyrigh.

Collière, M. (2003). *Cuidar... A Primeira arte da vida*. Loures. Lusociência.

Costa, M. (2005). *O idoso, a doença e o hospital – O impacto do internamento hospitalar no Estado Funcional e Psicológico das Pessoas Idosas*. Loures. Lusociencia.

DGS (2007). *Orientações de Abordagem em Cuidados Continuados Integrados - ÚLCERAS DE PRESSÃO PREVENÇÃO*. [Em linha] Disponível em <<http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/ulceras.pdf>> [Consultado em 11/05/2010]

Fortin, M. (2003). *O Processo de Investigação – da concepção à Realização*. Loures. Lusociência.

Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures. Lusociência.

Furtado, K.; Flanagan, M.; Pina, E.; (2001). *Prevenção e Tratamento de Úlceras. Dossier sinais vitais N°5*. Coimbra. Formasau.

GAIF. (2010). *Escala de Braden – Guião para a aplicação prática*. [Em Linha] Disponível em <<http://gaif.net/>> [Consultado em 16/07/2010]

Goulart, F.; Ferreira, J.; Santos, K.; Morais, V.; Filho, G. (2010) *Prevenção de Úlcera por Pressão em Pacientes Acamados: Uma Revisão da Literatura*. [Em linha] Disponível em <<http://www.faculdadeobjetivo.com.br/arquivos/PrevencaoDeUlceras.pdf>> [Consultado em 24/05/2010]

Honoré, B. (2004). *Cuidar – Persistir em conjunto na existência*. Loures. Lusociência.

Hulley, S., et al., (2008). *Delineado a pesquisa Clínica – Uma abordagem epidemiológica*. 3ª Edição. Porto Alegre, Artmed Editora;

Instituto Nacional de Estatística. (2002). *Censos 2001 – Resultados Definitivos – Norte*. [Em linha]. Disponível em <http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_publicacao_det&contexto=pu&PUBLICACOESpub_boui=377623&PUBLICACOESmodo=2&selTab=tab1&pcensos=61969554> [Consultado em 26/07/2010]

Instituto Nacional de Estatística. (2006). *Estimativas de População Residente, Portugal, NUTS II, NUTS III e Municípios 2005*. [Em linha] Disponível em <<http://www.apfn.com.pt/Noticias/Ago2006/inedestaque060807.pdf>> [Consultado em 14/06/2010]

Jorge, S.; Dantas, S., (2003). *Abordagem Multiprofissional do tratamento de feridas*. São Paulo. Atheneu.

Leite, S. (2009). *A União de Facto em Portugal – Artigo 6º - Pagina 95*. [Em linha]. Disponível em <http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_estudo_det&menuBOUI=13707294&contexto=es&ESTUDOSest_boui=106262&ESTUDOSmodo=2&selTab=tab1&pcensos=61969554> [Consultado em 26/07/2010]

Louro, M. (2000). *Promoção e protecção da saúde nas diferentes fases de vida - Oportunidades preventivas e qualidade de vida*. [Em linha] Disponível em <http://csgois.web.interacesso.pt/MGFV001MASTER/textos/28/91_texto.html> [Consultado em 23/07/2010]

Marconi, M.; Lacatos, E., (2007). *Técnicas de Pesquisa*. São Paulo. Atlas;

Ministério da Saúde. (2007). *Projectos Implementados – Lançamentos de Projectos de Informatização dos hospitais*. [Em linha]. Disponível em <http://www.hospitalsepe.min-saude.pt/Projectos/Projectos_Implementados/informatizacao_hospitais.htm> [Consultado em 28/07/2010]

Morison, M., (2004). *Prevenção e tratamento de úlceras de pressão*. Loures. Lusociência.

Potter, P.; Perry, A., (2006). *Fundamentos de Enfermagem – Conceitos e Procedimentos*. Loures. Lusociência

Rice, R. (2004). *Prática de enfermagem nos cuidados domiciliários – Conceitos e Aplicações*. Loures, Lusociência.

Saldanha, A., Caldas, C. (2004). *Saúde do Idoso A arte de cuidar*. Rio de Janeiro. Interciência.

Silva, P., Abílio, T. (2006). *SAPE: Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem*. [Em linha]. Disponível em <http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com_content&view=article&id=2567:sape-sistema-de-apoio-a-pratica-de-enfermagem&catid=26> [Consultado em 28/07/2010]

Squire, A. (2005). *Saúde e bem-estar para Pessoas Idosas – Fundamentos básicos para a pratica*. Loures. Lusociência

Taylor, C.; Lillis, C.; LeMone, P, (2007). *Fundamentos de Enfermagem – A arte e a ciência do cuidado de enfermagem*. São Paulo. Artmed.

Timby, B. (2007). *Conceitos e Habilidade Fundamentais no Atendimento de Enfermagem*. São Paulo. Artemed

Apêndices

Apêndice I

Consentimento informado

Apêndice II

Questionário

Questionário

Eu Ana Carina Magalhães Coroas, aluna do 4º ano da licenciatura em enfermagem da Universidade Fernando Pessoa, encontra-se a realizar uma investigação intitulada “Visita domiciliária de enfermagem como estratégia na prevenção de úlcera de pressão no idoso dependente”.

Pretende-se como objectivo verificar quais os conhecimentos que os enfermeiros mobilizam para a prevenção de úlceras de pressão no doente idoso e a importância atribuída à visita domiciliária na prevenção das úlceras de pressão.

Para a concretização dos objectivos referidos, solicita-se a sua colaboração no preenchimento do seguinte questionário.

Tratando-se de um estudo anónimo e confidencial, não poderá haver qualquer informação que o identifique em nenhuma das partes do mesmo.

Para preencher este questionário apenas deverá assinalar com uma cruz (X), conforme a resposta desejada.

Para as perguntas de resposta aberta pede-se que responda de forma sincera.

Agradeço desde já a sua preciosa colaboração.

A aluna

Carina Coroas

1. Idade

24 – 29 29 – 34 34 – 39 39 – 44 44 – 49 49 – 54 ≥ 54

2. Género

Feminino

Masculino

3. Estado civil

Solteiro(a)

União de facto

Casado(a)

Divorciado (a)

Viúvo(a)

Outro Qual? _____

4. Habilitações Profissionais

Bacharelato em Enfermagem

Licenciatura em Enfermagem

Especialidade em _____

Mestrado. Em que área? _____

Doutoramento. Em que área? _____

5. Após a formação de base frequentou alguma formação acerca de prevenção de úlceras de pressão?

Sim

Não

5.1. Se sim, foi por:

Interesse próprio

Proposta no contexto de trabalho

Outros _____

6. O que entende por úlceras de pressão (assinale a resposta que considera mais correcta)

Área de superfície corporal localizadas que sofreram exposição prolongada e pressões elevadas;

Área de superfície corporal localizadas que sofreram exposição a fricção ou estiramento, com conseqüente destruição e/ou necrose tecidual;

Área de superfície corporal localizadas que sofreram exposição prolongada e pressões elevadas de modo a impedir a circulação local

Área de superfície corporal localizadas que sofreram exposição prolongada e pressões elevadas, fricção ou estiramento, de modo a impedir a circulação local, com consequente destruição e/ou necrose tecidual.

7. Utiliza algumas escalas para avaliação do grau de risco de desenvolver úlceras de pressão.

Sim

Não

8. Tem algum sistema informático de informação em enfermagem para registo da avaliação do grau de risco para desenvolver úlceras de pressão?

Sim Qual _____

Não

9. Qual ou quais as escalas para avaliação de grau de risco de desenvolver úlceras de pressão conhece?

Escala de Braden

Escala de Norton

Outras _____

10. Quais os factores que tem em atenção aquando a avaliação de um utente com risco de desenvolver úlceras de pressão?

Indicadores nutricionais (aporte nutricional, peso,...)

Factores que afectam a perfusão e a oxigenação.

Patologias associadas

Humidade da pele.

Idade

Estado geral de saúde.

Temperatura corporal

Percepção sensorial

Fricção e forças de torção

Avaliação do estado da pele

Mobilidade

Capacidade do prestador de cuidados informal

Situação socioeconómica

11. Quais as áreas corporais mais frequentes onde se desenvolvem úlceras de pressão?

Região sacro coccígea

Região trocanteriana / crista ilíaca

Região isquiática

Região abdominal

Região occipital

Cotovelos

Região infra mamaria

Região maleolar

Pavilhão auricular

Outra_____

Calcaneos

Região escapular

12. Quais medidas de alívio de pressão que aconselha habitualmente?

Posicionamentos

Colchões de silicone

Colchões de pressão alternada

Colchões de água

Almofadas

Lençóis moldáveis, sem bordas, lisos

Pensos protectores

Outros_____

13. Nos cuidados domiciliários quais são as intervenções de enfermagem que realiza e/ou ensina para a prevenção de úlceras de pressão.

Posicionamentos

Alimentação

Hidratação oral

Hidratação corporal

Massajar sobre as proeminências ósseas ou zonas ruborizadas

Manter a pele seca

Lavar com água morna sem causar fricção

Utilizar álcool

Usar sabão hidratante

Usar meios de protecção que não danifique ou irrite a pele

Outros _____

14. Qual a frequência com que as visitas domiciliarias de enfermagem são realizadas, ao utente/família com risco de desenvolver úlceras de pressão?

Duas vezes por semana

Uma vez por semana

De duas em duas semanas

Uma vez por mês

Trimestral

Semestral

Anual

Outras _____

15. Na sua opinião, qual a frequência ideal para a realização das visitas domiciliares de enfermagem ao utente/família com risco de desenvolver úlceras de pressão?

Duas vezes por semana

Uma vez por semana

De duas em duas semanas

Uma vez por mês

Trimestral

Semestral

Anual

Outras _____

16. A visita domiciliária de enfermagem é a estratégia eficaz para desenvolver intervenção na prevenção de úlceras de pressão?

Nada eficaz	Pouco eficaz	Eficaz	Muito eficaz

Obrigado pela colaboração