



UNIVERSIDADE | INSTITUTO DE
CATÓLICA | CIÊNCIAS DA SAÚDE
PORTUGUESA

INFLUÊNCIA DO CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS SOBRE
PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO NA PRÁTICA
CLÍNICA

Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade
Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Feridas e Viabilidade
Tecidual

por

Tânia Sofia Horta Fernandes

LISBOA, Agosto 2014



UNIVERSIDADE | INSTITUTO DE
CATÓLICA | CIÊNCIAS DA SAÚDE
PORTUGUESA

INFLUÊNCIA DO CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS SOBRE
PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO NA PRÁTICA
CLÍNICA

Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade
Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Feridas e Viabilidade
Tecidular

Por Tânia Sofia Horta Fernandes

Sob orientação da Professora Doutora Maria Alice Ruivo

LISBOA, Agosto de 2014

RESUMO

Atualmente, as Úlceras de Pressão (UP) são um indicador da qualidade dos cuidados e da segurança do doente (OMS, 2009). Caracterizadas como feridas de difícil cicatrização, têm associadas importantes co-morbilidades e complicações que as tornam potencialmente fatais. Assim, a prevenção e tratamento constituem um aspeto fulcral do seu controlo no qual os enfermeiros desempenham um importante papel. No entanto, tem-se verificado uma lacuna entre o conhecimento científico e a aplicação na prática clínica desse mesmo conhecimento, contribuindo assim para os elevados números de prevalência e incidência a nível mundial. Desta forma, surgiu esta investigação que se enquadra na problemática da Prevenção e Tratamento de Úlceras de Pressão e circunscreve-se na esfera da influência do conhecimento na prática clínica dos enfermeiros em estudo.

Com base na amostra de 96 enfermeiros, colaboradores nos serviços de Medicina de diferentes Hospitais da Península de Setúbal, desenvolvemos um estudo transversal, correlacional e descritivo de âmbito quantitativo, que procurou conhecer a influência do conhecimento sobre Prevenção e Tratamento de Úlceras de Pressão na prática clínica dos enfermeiros. Também foram objetivos do mesmo explorar o conhecimento das Guidelines, observar o nível de influência do conhecimento na prática clínica e identificar os fatores profissionais e educacionais que influenciam o conhecimento e a prática.

Concluimos que existe uma relação direta entre os conhecimentos dos enfermeiros e o que estes aplicam na prática clínica. Quanto aos conhecimentos dos enfermeiros sobre a prevenção e tratamento das úlceras de pressão, encontram-se abaixo dos valores esperados. Relativamente ao tempo de experiência profissional, são os enfermeiros com mais de 15 anos de profissão que demonstram mais conhecimentos mas, o tempo de experiência profissional apenas influencia os conhecimentos relativos ao tratamento das UP. Verificou-se também que a participação dos enfermeiros em Congressos/Jornadas têm uma influência positiva na prática clínica do tratamento de UP e no score global de prática clínica. Por último, inferimos que a participação em cursos de pós-graduação ou de formação avançada sobre prevenção e tratamento de UP influencia os conhecimentos sobre tratamento de UP, a prática de prevenção de UP e o score global de conhecimentos.

Palavras-chave: úlcera de pressão; enfermagem; conhecimento; prática clínica

ABSTRACT

Currently, the Pressure Ulcer (PU) are seen as an indicator of quality of care and patient safety, (World Health Organization - WHO, 2009). Characterized as poorly healing wounds, are associated with significant co-morbidities and complications that make them potentially fatal. Correspondingly, the prevention and treatment is a key aspect of its control in which nurses play an important role. However, there has been a gap between scientific knowledge and clinical application of that knowledge, thus contributing to the high incidence and prevalence numbers that currently dominate the world. Thus, this research has emerged that fits the problem of Prevention and Treatment of Pressure Ulcers and is limited to the sphere of influence of knowledge in clinical practice of nurses in the study.

Based on the sample of 96 nurses, employees in different departments of Medicine Hospitals Setúbal Peninsula, we develop a cross-sectional, descriptive correlational quantitative framework, which sought to determine the influence of knowledge on the Prevention and Treatment of Pressure Ulcers in clinical practice nurses. Goals were also the same exploit knowledge of the Guidelines, observe the influence level of knowledge in clinical practice and to identify factors that influence educational and professional knowledge and practice.

We conclude that there is a direct relationship between the knowledge of nurses and that these apply in clinical practice. As for the knowledge of nurses on the prevention and treatment of pressure ulcers, are below the expected values. With regard to professional experience, nurses are over 15 years of experience demonstrating more knowledge but nevertheless, the professional experience only influences knowledge related to the treatment of Pressure Ulcers. It was also found that the participation of nurses in Conferences / Workshops have a positive influence on the clinical practice of treating the UP and the overall score of clinical practice. Finally, we infer that participation in post-graduate or advanced training on the prevention and treatment of UP influences knowledge about treatment of UP, the practice of PU prevention and overall knowledge score.

Keywords: pressure ulcer; nursing; knowledge; clinical practice.

AGRADECIMENTOS

Expresso o meu reconhecimento à minha orientadora, Professora Doutora Maria Alice Rui, por me ter acolhido como orientanda, por ter acreditado em mim e ter aceitado este desafio. Sem a sua orientação científica, disponibilidade pessoal, incentivo, dádiva desinteressada e cooperação, este percurso tornar-se-ia muito mais difícil de percorrer.

Aos Hospitais da Península de Setúbal pela disponibilidade e autorização ao conceder a recolha de dados nos serviços de Medicina.

Aos Professores do Mestrado de Feridas e Viabilidade Tecidual pela disponibilidade demonstrada, pela partilha dos seus saberes teóricos e experiência prática, que contribuíram para o desenvolvimento das minhas competências na área específica das feridas.

Aos meus pais e avós pela força, apoio, amor, carinho, educação e incentivo para voar mais alto.

Ao Filipe, para quem não estive tão presente e disponível e pela paciência e compreensão que tornaram mais fácil a difícil tarefa de chegar ao término desta etapa da minha vida.

Aos meus amigos que são mais que tudo na minha vida e que me compreenderam e desculparam a minha ausência durante este percurso.

Aos colegas, a todos. Pela partilha e disponibilidade.

Aos doentes. Porque todo este trabalho e ato formativo só faz sentido, se contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

A todos o meu sincero **Muito Obrigado**

ABREVIATURAS E SIGLAS

et al – entre outros

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

UP – Úlcera de Pressão

art. – artigo

OE – Ordem dos Enfermeiros

NPUAP – National Pressure Ulcer Advisory Panel

EPUAP – European Pressure Ulcer Advisory Panel

APTF – Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas

WOCN – Wound Ostomy and Continence Nurses Society

GNEAUPP – Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento de Úlceras por Presión y Heridas Crónicas

AHRQ – Agency for Health Care Policy and Research

QRVS – Qualidade de Vida Relacionada à Saúde

p – nível de significância

r – coeficiente de correlação

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Frequência e percentagem das variáveis categoria e experiência profissionais	69
Tabela 2: Frequência e percentagem das variáveis associadas à formação profissional	70
Tabela 3: Medidas de tendência central e dispersão das variáveis estudadas	71
Tabela 4 – Correlação entre as variáveis conhecimento e prática clínica	72
Tabela 5: Diferença de médias das variáveis estudadas segundo o tempo de experiência profissional	72
Tabela 6: Médias e desvio padrão da variável tempo de experiência profissional aplicado o teste de Bonferroni	73
Tabela 7: Diferença de médias das variáveis estudadas segundo o fato de ter ou não formação na Licenciatura	74
Tabela 8: Diferença de médias das variáveis estudadas segundo a participação em Jornadas/Congressos	75
Tabela 9: Diferença de médias das variáveis estudadas segundo a frequência de pós-graduações	76

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	17
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	21
1.1 O conhecimento em enfermagem	21
1.2 A prática clínica em enfermagem	23
1.3 Teorização em Enfermagem	25
1.3.1 Teoria aplicada ao tema em estudo	26
1.4 Qualidade dos cuidados de Saúde em Enfermagem	28
1.5 Prática baseada na evidência e prática clínica em enfermagem	33
1.6 Contextualização do tema das Úlceras de Pressão no Mundo e em Portugal	34
1.6.1 Etiologia das Úlceras de Pressão	38
1.6.2 Classificação das Úlceras de Pressão	42
1.6.3 Prevenção das Úlceras de Pressão	44
1.6.3.1 Avaliação de risco das Úlceras de Pressão	45
1.6.3.2 Avaliação da pele	46
1.6.3.3 Cuidados com a pele	47
1.6.3.4 Nutrição	47
1.6.3.5 Alternância de decúbitos/Posicionamentos	48
1.6.3.6 Superfícies de Apoio	50
1.6.4 Tratamento das Úlceras de Pressão	50
1.6.4.1 Avaliação da Úlcera de Pressão	51
1.6.4.2 Nutrição	51
1.6.4.3 Avaliação e controlo da dor	52
1.6.4.4 Superfícies de Apoio	52
1.6.4.5 Posicionamentos	53
1.6.4.6 Limpeza da Úlcera de Pressão	54
1.6.4.7 Desbridamento da Úlcera de Pressão	54
1.6.4.8 Pensos	55
1.6.4.9 Avaliação e tratamento da infeção	58
1.7 Estudos na área do conhecimento de prevenção e tratamento de Úlceras de Pressão na prática clínica dos enfermeiros	59
2. CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS	63
2.1 Objetivos do estudo	63
2.2 Tipo de estudo	63
2.3 População/Amostra	64
2.4 Instrumento de colheita de dados	65
2.5 Considerações éticas	66

2.6 Processo de recolha e tratamento de dados	67
3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	69
3.1 Caracterização da amostra	69
3.2 Caracterização das médias das variáveis estudadas	71
3.3 Correlação	72
3.4 Diferença de médias do tempo de experiência profissional	72
3.5 Diferença de médias da formação em Úlceras de Pressão na licenciatura	73
3.6 Diferença de médias de participação em Jornadas/Congressos	74
3.7 Diferença de médias de frequência de pós-graduações	75
4. DISCUSSÃO DE RESULTADOS	77
5. CONCLUSÃO	85
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	87
ANEXOS	97
ANEXO I - Questionário utilizado por Pancorbo-Hidalgo et al. em 2007	99
APÊNDICES	105
APÊNDICE I - Pedido de autorização para utilizar uma adaptação do questionário já testado e utilizado por Pancorbo-Hidalgo PL et al. em 2007	107
APÊNDICE II - Instrumento de Colheita de dados: Questionário	111
APÊNDICE III – Termo de Consentimento Informado	119

INTRODUÇÃO

O avanço tecnológico na área de saúde trouxe consigo muitos benefícios para a sociedade, mas também incertezas e dúvidas, em especial aos profissionais responsáveis pela tomada de decisões. Neste contexto, a prática em saúde com base em evidência tem-se propagado como um novo modelo que busca aliar a prática clínica a melhor evidência científica disponível. Segundo Attalah (2004), o ensino e a pesquisa para avaliação da efetividade, eficiência e segurança das intervenções na área de saúde são estrategicamente importantes para a população em todos os países.

Apesar dos avanços científicos, as úlceras de pressão (UP) permanecem como um desafio constante para todos os profissionais e instituições de saúde. A comunidade científica advoga que as UP são evitáveis, no entanto, as elevadas taxas de incidência e prevalência, mesmo em países desenvolvidos, demonstram que existem dificuldades sérias neste campo, sugerindo mesmo uma lacuna entre o conhecimento científico e a aplicação clínica do conhecimento. A literatura mostra que esta lesão significa um grave problema de saúde a nível nacional e internacional, não apenas pelos custos relativos a recursos humanos e materiais mas, principalmente, por provocar dor e sofrimento aos doentes e suas famílias. Esta questão tem vindo a merecer crescentes preocupações de ordem política e económica uma vez que as úlceras de pressão são uma causa importante de morbidade e mortalidade, afetam a qualidade de vida do indivíduo e dos seus cuidadores e significam uma sobrecarga económica para os serviços de saúde (Ferreira et al., 2007). Contudo, de acordo com Andrade et al. (2010) a prevenção destas lesões é muitas vezes desvalorizada pelos profissionais de saúde.

Estudos de prevalência e incidência de UP são frequentemente realizados para avaliar e caracterizar a dimensão deste problema, no entanto, estudos desta natureza a nível nacional são quase inexistentes em Portugal, surgem apenas resultados de estudos isolados. A prevalência de úlceras de pressão na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) de Portugal aponta para 17% conforme dados publicados no relatório de atividades de 2010. Do total de UP registadas 38% já existiam no momento da admissão, enquanto a incidência de UP observada na rede foi de 10,5% (RNCCI, 2010).

O problema na Europa tem uma dimensão similar, nos estudos realizados mais recentemente as prevalências variam entre os 3% a 28% (NPUAP, 2001). Em outras partes do mundo os dados também não são claros, e as diferentes populações estudadas e metodologias utilizadas não nos permitem comparar os dados. Olhando para os dados do Brasil, verificamos que não são muitos os trabalhos que disponibilizam dados sobre incidência e prevalência de UP. Para Costa (2005) a prevalência de úlceras de pressão no País é muito alta, especialmente na rede hospitalar, com taxas que variam de 10,62% a 44,1%.

No que diz respeito a etiologia e fisiopatologia das UP é imprescindível o conhecimento por parte dos profissionais de saúde, particularmente dos enfermeiros, ao avaliar o risco para o

desenvolvimento de úlceras de pressão e garantir a prevenção em doentes sob seus cuidados. Apesar dos mecanismos fisiopatológicos subjacentes ao desenvolvimento das úlceras de pressão ainda não terem sido totalmente esclarecidos, existem diversos agentes descritos como potenciadores das mesmas. A própria definição da EPUAP/NPUAP não é conclusiva, evidenciando a natureza multifatorial que envolve a etiologia das úlceras (EPUAP/NPUAP, 2009).

Segundo Warriner e Cárter (2011) as UP ocorrem frequentemente em pessoas com diversas morbidades, especialmente as que estão perto do fim da vida, ainda que recebam bons cuidados. Para Jaul (2010) a presença de uma úlcera constitui uma síndrome geriátrica composta por condições patológicas ligadas a diversos fatores. A imobilidade, deficiência nutricional e doenças crónicas, ao predispor o envelhecimento da pele da pessoa idosa, aumenta a vulnerabilidade para úlcera. O autor acrescenta que a avaliação e gestão de uma úlcera de pressão exigem uma abordagem global e multidisciplinar.

Dados demográficos da Europa mostram que a população com mais de 60 anos tende a crescer muito e o aumento progressivo do número de idosos também ocorrerá em Portugal. O último Relatório da RNCCI (2010) estima que cerca de 60% a 75% da população morrerá depois de um período de doença crónica progressiva, que poderá incluir uma situação de doença avançada ou terminal. Do ponto de interesse desta investigação tais estimativas confirmam a relevância do tema, ou seja, teremos cada vez mais pessoas idosas e um número maior de doentes vulneráveis e em risco para úlcera de pressão.

Sendo as UP evitáveis, medidas preventivas devem ser instituídas desde a admissão na instituição de saúde ou no domicílio aos doentes com défice de mobilidade, uma vez que estas medidas podem evitar sofrimento e custos dispendiosos inerentes ao doente, a família e as instituições (Jaul, 2008). Trinta e um estudos e 2.463 doentes foram incluídos numa Revisão Sistemática realizada na Inglaterra com o objetivo de identificar o impacto das úlceras de pressão e de seus tratamentos sobre a qualidade de vida dos idosos. As conclusões indicam que as úlceras têm um impacto significativo na qualidade de vida do doente com efeitos nocivos de ordem física, social, psicológica e de saúde em geral, além de causar ónus substancial ao portador desta lesão (Gorecki et al., 2009).

São muitos os motivos que justificam a importância da prevenção e tratamento de úlceras de pressão. Segundo Gouveia et al. (2006) para reduzir a incidência de úlceras são necessários investimentos em recursos humanos, materiais e metodológicos. Os autores reconhecem que são custos consideráveis, mas defendem que ainda são menores do que aqueles referentes ao tratamento das úlceras.

À luz destes referenciais teóricos que serão amplamente abordados no Enquadramento Conceptual realizou-se a presente investigação sobre os conhecimentos dos enfermeiros sobre Prevenção e Tratamento das Úlceras de Pressão relacionando-os com a prática clínica.

Assim, delineou-se como objetivo geral deste estudo:

- ✓ Conhecer a influência do conhecimento sobre Prevenção e Tratamento de Úlceras de Pressão na prática clínica dos enfermeiros

Como objetivos específicos, estabeleceu-se:

- ✓ Explorar o conhecimento das Guidelines
- ✓ Observar o nível de influência do conhecimento na prática clínica
- ✓ Identificar os fatores profissionais e educacionais que influenciam o conhecimento e a prática

Estamos perante um estudo transversal, do tipo descritivo correlacional e no âmbito quantitativo.

O instrumento de colheita de dados utilizado, neste estudo, é um questionário, adaptado de um questionário já existente, testado e utilizado por Pancorbo-Hidalgo PL et al em 2007.

O presente estudo, divide-se em três partes, inicia-se pelo Enquadramento Conceptual, onde se explanam teorias e conceitos teóricos. De seguida, apresenta-se a Metodologia, onde se traça o desenho da investigação, metodologia utilizada, tipo de estudo, definição da população/amostra e explicitação do instrumento de colheita de dados. Por último, apresenta-se a Análise e Discussão dos dados, que engloba os resultados, onde se inscrevem os dados quantitativos e onde se discutem os mesmos à luz do enquadramento teórico, dos estudos encontrados e da explanação do investigador. As conclusões vêm dar como que a perspetiva do “quadro já montado” deste estudo, pois dela, podem retirar-se a síntese dos resultados encontrados, as limitações do estudo e as perspetivas futuras.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

O enquadramento teórico ou fase concetual caracteriza-se pela definição de um tema ou um domínio de investigação, tendo início quando o investigador trabalha uma ideia no sentido de orientar a sua investigação. Essa ideia pode resultar de uma observação, da literatura, de uma inquietação pessoal, ou mesmo de um conceito. Contudo, para que o estudo seja realizável o seu domínio deverá ser delimitado (Silva, 2011).

Para Fortin (1999:39), conceptualizar refere-se, então, 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 conceção clara e organizada do objeto em estudo”.

Este capítulo está organizado da seguinte forma: inicia-se com uma abordagem relativa ao conhecimento em enfermagem e, paralelamente a este tema, será explicitado a forma como Patricia Benner enfatiza a experiência na prática clínica dos enfermeiros. Neste contexto faremos uma abordagem da teorização em enfermagem seguida da qualidade dos cuidados de saúde em enfermagem; posteriormente segue-se. Deste modo, será apresentada a relação entre o conhecimento baseado na evidência e a prática clínica em enfermagem, demonstrando a importância da tomada de decisão na prática clínica. Posteriormente será contextualizado o tema das UP no mundo e em Portugal, abordando de seguida a prevenção e tratamento das mesmas. Por último, serão apresentados estudos na área do conhecimento de prevenção e tratamento de UP na prática clínica dos enfermeiros.

1.1 O conhecimento em enfermagem

A enfermagem enquanto atividade de cuidado humano já vem a desenvolver-se ao longo de milhares de anos.

Considerando Simões (2008), é apenas a partir da década de 50, do século XX, e mesmo depois de Florence Nightingale ter já reclamado para a Enfermagem um conhecimento distinto do conhecimento médico, que a Enfermagem retoma os estudos e os trabalhos baseados na observação da realidade de enfermagem, na tentativa de contribuir para a construção de novos conhecimentos científicos e para a evolução da enfermagem, enquanto ciência e arte.

Vivemos numa era científica na qual predomina o conhecimento racional e, o conhecimento científico é para muitos, a única espécie de conhecimento aceitável. No entanto está a verificar-se uma mudança de paradigma que conduz a uma mudança profunda no pensamento, perceção e valores que formam uma determinada visão da realidade. O universo passa de uma visão mecanicista para a visão de um todo dinâmico, indivisível, no qual as partes são essencialmente inter-relacionadas (Silva, 2003).

Chinn e Krammer (1995) consideram que os padrões de conhecimento orientam, geram expectativas e exemplificam os modelos característicos de pensamentos relacionados com os fenómenos de Enfermagem, fundamentando-se o corpo de conhecimentos da disciplina em práticas, padrões e modelos.

Carper (1978) organizou e sistematizou quatro padrões de conhecimento da enfermagem, com base na análise da literatura e entendendo serem características fundamentais da disciplina:

- ✓ Saber empírico ou a ciência da enfermagem
- ✓ Saber ético ou a componente moral do saber na enfermagem
- ✓ Saber estético ou a arte na Enfermagem
- ✓ Saber pessoal na enfermagem

Segundo Simões (2006), a classificação dos saberes da enfermagem baseiam-se no pressuposto que a prática de enfermagem é complexa e exige a cada momento e mediante cada situação, a mobilização de vários saberes, mantendo a ideia do saber e da ação como um todo complexo.

Assim, parece pertinente estabelecermos a distinção entre os termos saber e conhecimento. Para Chinn e Kramer (1999), o “saber” é considerado para estes autores como sendo um processo de mudança ontológico e dinâmico e uma forma de cada um se perceber e entender a si próprio e ao mundo. Por seu lado, o “conhecimento” tem a ver com o que pode ser partilhado e comunicado aos outros, sendo em enfermagem, uma representação do saber que é coletivamente julgada por padrões e critérios partilhados pela comunidade científica. Para Chinn e Krammer (1999), a passagem de padrões de saber a padrões de conhecimento depende de um processo de nomeação, de partilha e de sujeição dos saberes pessoais a critérios aceites pela comunidade científica. Estes autores consideram que todos os saberes contribuem para o conhecimento como um todo, sendo que cada um é um aspeto distinto do todo e cada um é igualmente vital.

É importante ressaltar que os quatro padrões de conhecimento ocorrem de forma inter-relacionada e emergem da totalidade da experiência, sendo cada um igualmente necessário, interagindo, sobressaindo mais um do que outro, em alguns momentos, porém sempre presentes e cada um deles sempre contribuindo como componente essencial para a prática de enfermagem (Chinn e Krammer, 1999).

Também Waldow (1998) se debruçou sobre o estudo dos padrões de conhecimento e evidencia-se por considerar e destacar a experiência como sendo um elemento que surge como pré-condição para os padrões de conhecimento enunciados anteriormente, em que o cuidar é visto como unificador e integrador dos vários padrões de conhecimento.

Perante a existência deste novo elemento – *a experiência* – resalta a ideia de que grande parte do conhecimento em Enfermagem reside na prática clínica e no “saber-fazer” dos

enfermeiros. Partindo deste pressuposto, será abordado seguidamente a prática clínica como fonte de saber, segundo a perspectiva de Patrícia Benner.

1.2 A prática clínica em enfermagem

Conforme diz Benner (2001), a teoria é um excelente instrumento para explicar e prever. Os filósofos da ciência tais como Kuhn (1970) e Polanyi (1958) observam que “saber” e “saber fazer” constituem dois tipos diferentes de conhecimentos. O desenvolvimento do conhecimento numa disciplina aplicada consiste em desenvolver o conhecimento prático (saber fazer), graças a estudos científicos e investigações fundados sobre a teoria e pelo registo do “saber fazer” existente, desenvolvido ao longo da experiência clínica vivida, aquando da prática dessa disciplina.

Como descrito anteriormente, Benner (2001) tem enfatizado a experiência, considerando que é através dela que o enfermeiro aprende a focalizar de imediato aquilo que é relevante na situação e a retirar o seu significado. Para esta autora, as competências para a excelência da prática dos cuidados surgem quando se ganha perícia profissional, em que esta é conseguida mediante uma aprendizagem experiencial. O conhecimento teórico é como que o “saber o quê” diferenciando-se do conhecimento prático – “saber como”, onde o valor da experiência é entendido como a associação entre o conhecimento teórico e a prática profissional.

Para Benner (2001), as práticas crescem através da aprendizagem experiencial e através da transmissão dessa aprendizagem nos contextos de cuidados. As práticas não podem ser completamente objetivadas ou formalizadas porque elas têm de ser sempre trabalhadas em novas formas, no âmbito de interações particulares que ocorrem em momentos reais.

De acordo com a autora abordada anteriormente, é essencial que as práticas de cuidar sejam de conhecimento público de forma a serem legitimadas e valorizadas porque são elas que mantêm as relações de confiança que tornam possíveis a promoção da saúde, a sua restauração e reabilitação.

É essencial ter em mente que a divulgação do conhecimento adquirido a partir da prática é essencial para o alargamento da teoria de Enfermagem.

O modelo de aquisição de competências desenvolvido por Patricia Benner descreveu as características, os comportamentos em cada nível de desenvolvimento de competências e identificou as necessidades em matéria de ensino/aprendizagem dos enfermeiros, em cada nível. Assim, Benner (2011), defende este modelo em que o enfermeiro passa por cinco níveis de proficiência para o desenvolvimento de competências, que conduzem a um aumento de desempenho profissional. A aquisição do nível de perito pressupõe a “transcrição” pelos níveis: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito, que passaremos a descrever:

Iniciado – não possui nenhuma experiência das situações com a qual se confronta na prática. É detentor de conhecimentos sobre princípios ou normas de atuação que adquiriu ao longo do seu percurso estudantil. Segue sempre as regras, não conseguindo estabelecer prioridades.

Iniciado avançado – Possui alguma experiência e é capaz de avaliar alguns fatores significativos numa situação, no entanto é detentor de uma incapacidade significativa para ultrapassar as regras e orientações para a ação. Nesta fase começa a aperceber-se de situações repetitivas mas ainda têm muita dificuldade em estabelecer prioridades.

Competente – Desenvolve as suas intervenções de acordo com os objetivos que pretende atingir a médio e longo prazo. Planeia as intervenções fazendo uma análise consciente das situações com que se depara, determinando algumas prioridades. Não desenvolveu ainda a flexibilidade e a velocidade de decisão e ação, que muitas situações exigem.

Proficiente – Perceciona as situações de forma global e adquire a capacidade de abstração a partir da sua própria prática profissional. Conseguir detetar os aspetos mais relevantes sendo as suas ações guiadas por máximas. A percepção é a palavra de ordem nesta fase, uma vez que o profissional sendo possuidor de uma considerável experiência é capaz de prever os acontecimentos típicos que podem acontecer em determinada situação.

Perito – Conseguir compreender de maneira intuitiva cada situação no seu todo, de forma global. Não se rege por protocolos, regras, máximas ou diretrizes. Focaliza-se no aspeto predominante do problema em detrimento de aspetos menos relevantes. São profissionais flexíveis e com um nível elevado de adaptabilidade, agindo rapidamente e em conformidade com a ação/situação.

Assim, podemos entender que a experiência é necessária para a perícia. Por exemplo, a solução encontrada por um enfermeiro proficiente ou perito para resolver um problema será diferente de um enfermeiro principiante ou competente. Esta diferença pode estar atribuída ao “saber fazer” adquirido através da experiência.

A perícia em matéria de tomadas de decisões humanas complexas, como é o caso nos cuidados de enfermagem, torna possível a interpretação das situações clínicas. Além disso, os conhecimentos incluídos na perícia clínica são a chave do progresso da prática de enfermagem e do desenvolvimento da ciência de enfermagem (Benner, 2001).

Ainda segundo a mesma autora, nem todo o conhecimento inerente à perícia pode ser apresentado em proposições teóricas, ou com estratégias analíticas que dependem da identificação de todos os elementos que estão presentes na decisão. Todavia, é possível descrever as intenções, previsões, os significados e os resultados que caracterizam a prática perita. Certos aspetos do “saber fazer” podem ser apreendidos devido a descrições interpretativas da prática real.

Tendo em conta tudo o atrás exposto, pensamos poder afirmar que nenhum dos padrões de conhecimento usado de forma isolada pode caracterizar o cuidar/cuidado, pois este inclui nas suas ações e comportamentos, além do espírito científico, a emoção, a sensibilidade, a destreza e a habilidade. Considerando a complexidade do cuidado/cuidar como uma forma de ser, como uma forma de se relacionar, como um imperativo moral que constitui a essência da enfermagem, fica patente a necessidade de articular diferentes formas de conhecimento, incluindo a que advém da prática e da experiência (Simões, 2006).

1.3 Teorização em enfermagem

A enfermagem, enquanto profissão, é constituída por um corpo de conhecimentos próprio que caracteriza o serviço específico que presta ao doente, individualmente, integrado em grupos ou na comunidade. O processo de cuidar tem implícito, teorias, filosofias e modelos ou seja, formas de pensar e conceber a situação de cuidados que, na prática, se centra na pessoa, grupo ou comunidade e se operacionaliza pela tomada de decisão face a um diagnóstico clínico (Almeida, 2011),

Desenvolveram-se metaparadigmas, filosofias, modelos conceptuais, grandes teorias, teorias e teorias de médio alcance. Para Alligood e Tomey (2002), a teoria confere significado ao conhecimento de modo a melhorar a prática descrevendo, explicando e antevendo os fenómenos. Para estes autores, a teoria ajuda a enfermeira a organizar, compreender e analisar os dados do doente; tomar decisões sobre intervenções de enfermagem e planeá-las, prever resultados e por fim avaliar esses resultados. No entanto o que se verifica é que existe um hiato entre o que é preconizado pela teoria e o que norteia a prática, nem sempre os registos de enfermagem estão em conformidade com o que está instituído.

As teorias de enfermagem dão significado ao conhecimento, permitem constatar as limitações, para descrever, explicar ou prever fenómenos de enfermagem. As teorias são *“um grupo de conceitos relacionados que sugerem ações para conduzir a prática”* (Tomey e Alligood, 2002, p.7). Assim sendo, verifica-se que a teoria tem como objetivo melhorar a prática através da descrição, explicação e antevisão de fenómenos. São enunciados que possibilitam aos enfermeiros considerá-las e incorporá-las na sua prática profissional. Constituem uma forma sistemática de perceção do mundo, permitindo assim descrevê-lo, explicá-lo, prevê-lo ou controlá-lo. Um modelo conceptual é uma maneira de representar a realidade ou seja uma maneira de clarificar a especificidade dos cuidados que prestamos à comunidade, de conceber a profissão, orientam a prática da enfermagem e servem de guia para a formação, investigação e gestão dos cuidados de enfermagem, oferecem uma perspetiva única a partir da qual os enfermeiros podem desenvolver os conhecimentos que sirvam para a sua prática.

1.3.1 Teoria aplicada ao tema em estudo

A história da Enfermagem profissional inicia-se com Florence Nightingale que, na sua época, estabeleceu e implementou a necessidade de uma educação formal para a profissão de Enfermagem, sendo também a primeira enfermeira a preocupar-se e a desenvolver esforços para conhecer a natureza da Enfermagem, evidenciado desta forma a necessidade de obter resposta para questões relacionadas com a identidade e o objeto de trabalho da profissão (Lopes, 2006)

Para fundamentar este estudo escolhemos a Teoria do Conforto de Kolcaba (2003), uma vez que esta se coaduna com o objetivo primordial de melhorar a qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados às pessoas com UP, o que se traduz numa melhoria do conforto destes clientes, pois a presença de uma ferida causa dor, privando a pessoa da atividade e podendo prolongar o período de hospitalização (Tayar et al., 2007). Deste modo, a implementação de intervenções dirigidas à alteração das práticas dos Enfermeiros no que concerne à avaliação e tratamento de UP, com base nos pressupostos teóricos de Kolcaba, irá certamente refletir-se positivamente no nível de conforto experienciado pelos doentes com UP. Isto porque, tal como refere Dowd (2004:487), *“A prática baseada na teoria permite às enfermeiras conceber intervenções coerentes com os resultados desejados, aumentando a probabilidade de encontrar resultados significativos”*.

A promoção do conforto insere-se também na perspetiva humanista de Enfermagem de Paterson e Zderad, segundo a qual a Enfermagem visa o desenvolvimento e promoção do bem-estar através da resposta confortadora de uma pessoa para outra, num momento de necessidade (Paterson e Zderad, 1976). Aliás, o conforto, enquanto processo de ajuda, surge como conceito relevante em várias teorias de Enfermagem como, por exemplo, a teoria de Roy, de Orlando, de Leininger e de Watson, sendo também referenciado por autoras como Benner e Morse, que sob diversas metodologias estudaram este fenómeno. O facto de o conforto ser encarado como *“um resultado dos cuidados de enfermagem universalmente desejável”* (Dowd, 2004:490) popularizou a teoria de médio alcance, simples e ainda bastante recente, de Katharine Kolcaba. Esta teoria encontra-se sustentada na forte fundamentação lógica que realça a importância da profissão de Enfermagem, pois o conceito de conforto esteve sempre presente na Enfermagem, estando associado ao bom desempenho do Enfermeiro (Idem, 2004).

Numa primeira dimensão, a Teoria do Conforto de Kolcaba centra-se em três formas de conforto: *Alívio* – baseada no trabalho de Orlando e que significa a condição da pessoa ver satisfeita uma necessidade específica; *Tranquilidade* – baseada em Henderson e que é vista como um estado de calma ou contentamento e *Transcendência* – baseada em Paterson e Zderad e que traduz a condição na qual a pessoa se supera a si própria. Numa segunda dimensão encontram-se os quatro contextos para a ocorrência do conforto, que são: *Físico* - referente às sensações do corpo; *Psico-espiritual* - referente à consciência interna de si próprio

e ao significado da vida; *Ambiental* - referente ao meio, às condições e influências externas e *Social* – referente às relações interpessoais, familiares e sociais (Kolcaba, 2003).

Dowd (2004) descreve que Kolcaba, posteriormente, cruzou estas duas dimensões e elaborou a estrutura taxonômica do conforto, resultando um instrumento de avaliação com doze sub-escalas do conforto – o General Comfort Questionnaire. Este questionário pretende pontuar o conforto na percepção do doente, através de questões positivas e negativas, utilizando uma escala de Likert, assim como escalas visuais analógicas de conforto.

Ao longo do tempo, os resultados dos seus estudos enriqueceram e sustentaram a aplicabilidade da sua teoria (Kolcaba, 2003), cujos postulados são (Dowd, 2004):

O Enfermeiro identifica necessidades de conforto, implementa medidas de conforto e melhora o conforto como resultado imediato desejado;

O resultado posterior desejado é o compromisso de comportamentos de procura de saúde direta e positivamente ligado ao conforto melhorado;

Quando ocorre o apoio necessário neste compromisso, a integridade institucional também é melhorada.

Deste modo, para Kolcaba (2003, cit. por Dowd, 2004:485) o metaparadigma Saúde consiste no “*funcionamento ótimo, conforme definido pelo paciente ou grupo, de um doente, família ou comunidade*”, sendo que Pessoa é “*quem recebe os cuidados*” e consistindo a Enfermagem, então, na “*apreciação intencional das necessidades de conforto, a conceção das medidas de conforto para abordar essas necessidades e a reapreciação dos níveis de conforto, após a implementação, comparados com a anterior linha de base*”. Assim, o Enfermeiro, através de uma apreciação, estabelece intervenções e reavalia a sua eficácia na satisfação das necessidades identificadas.

Outro dos principais conceitos metaparadigmáticos definidos por Kolcaba (2003, cit. por Dowd, 2004:485) é o de Ambiente como sendo “*qualquer aspeto do doente, família ou meios institucionais que podem ser manipulados pela(s) enfermeira(s) ou pelos entes queridos, para melhorar o conforto*”. E identifica ainda outro conceito interligado com a procura dos cuidados e o conforto, denominado integridade institucional (Dowd, 2004). Fundamental a inter-ligação entre cuidados de Enfermagem e conforto, com recurso à investigação, pode comprovar ganhos em saúde. Assim, o investimento na promoção da qualidade e segurança das instituições reflete-se em comportamentos saudáveis, autonomia, motivação e procura racionalizada de consumo de cuidados dos seus clientes. Kolcaba, no desenvolvimento da sua teoria, identificou que “*a integridade institucional estava positivamente interligada com melhores políticas*” (*Idem*, 2004:489).

Na perspetiva de Oliveira (2011), o fundamento do cuidado experimentado pelos doentes como confortador/conforto reside no reconhecimento de individualidade da experiência humana do

sofrimento pelo prestador de cuidados, na atitude pessoal do prestador face ao outro e às suas necessidades de preocupação, compromisso, respeito, sensibilidade e urbanidade. A autora reforça estas premissas definindo cuidado confortador como aquele que aumenta a perceção de controlo sobre a vida e que facilita a perceção de normalidade de vida, mesmo durante o período de hospitalização.

Promover o conforto ao doente é, então, uma das pedras basilares da Enfermagem, aparecendo frequentemente a expressão “tornar o paciente confortável” na literatura, como objetivo da Enfermagem (Nightingale 1969, Orlando 1961 cit. por Dowd, 2004). Ainda com o intuito de reforçar a importância da promoção do conforto ao doente, Kolcaba (2003) afirma que “*através do conforto, conseguia-se a recuperação*” (Dowd, 2004:482).

Os Enfermeiros desempenham, portanto, um papel preponderante na garantia do acesso da população a cuidados de saúde de qualidade e são responsáveis pela resposta adequada às suas necessidades em cuidados de Enfermagem (como as UP), pelo que têm o dever de participar na melhoria da conceção, organização e produção dos cuidados proporcionados aos cidadãos, pautando a sua conduta profissional pelo Código Deontológico, em que a excelência do exercício profissional é um dos princípios orientadores da atividade dos Enfermeiros.

1.4 Qualidade dos cuidados de saúde em enfermagem

A palavra qualidade deriva do latim do termo *qualitate*, e é aplicada para designar a excelência de um produto ou serviço (Machado, 1991). Todavia definir qualidade não é um processo simples, ela relaciona-se com a adequação ao propósito, ausência de defeitos (erros), conformidade com especificações, e constitui-se uma procura constante na oferta dos serviços prestados nas instituições de saúde.

Na atualidade fala-se em programas de melhoria contínua de qualidade, e em Portugal muitas instituições de saúde encontram-se em processos de acreditação e de certificação de forma a aferir qualidade aos serviços prestados à comunidade, progredindo no aperfeiçoamento dos seus serviços.

A necessidade de implementar sistemas de qualidade está hoje assumida formalmente, quer por instâncias internacionais como a Organização Mundial da Saúde e o Conselho Internacional de Enfermeiros, quer por organizações nacionais como o Conselho Nacional da Qualidade e o Instituto da Qualidade em Saúde. Criar sistemas de qualidade em saúde revela-se uma ação prioritária. Assim, as associações profissionais da área da saúde assumem um papel fundamental na definição dos padrões de qualidade em cada domínio específico característico dos mandatos sociais de cada uma das profissões envolvidas. É este o contexto no qual o Conselho de Enfermagem (CE) da OE enquadra os esforços tendentes à definição estratégica de um caminho que vise a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional

dos enfermeiros. Assume-se que a qualidade em saúde é tarefa multiprofissional e que tem um contexto de aplicação local. Daqui se deduz o papel importante da definição, pelos enfermeiros que exercem a sua atividade em Portugal, de padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem em Portugal. Claramente, nem a qualidade em saúde se obtém apenas com o exercício profissional dos enfermeiros, nem o exercício profissional dos enfermeiros pode ser negligenciado, ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde (OE, 2001).

Importa distinguir, relativamente aos diferentes papéis institucionais face ao assunto da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, o que deve ser tido como compromisso da OE e o que deve ser tido como compromisso das instituições de saúde onde enfermeiros exercem a sua atividade profissional. De acordo com a alínea b) do n.º 1 do art. 30 do estatuto da OE, compete ao CE definir padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem e, de acordo com a alínea c) do n.º 2 do mesmo artigo e com a alínea b) do n.º 2 do art. 37, compete respetivamente às Comissões de Especialidade e aos Conselhos de Enfermagem Regionais zelar pela observância dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem a exigir regularmente. Daqui ressalta o papel conceptual inerente à definição dos padrões de qualidade e o papel de acompanhamento da prática, no sentido de promover o exercício profissional da enfermagem a nível dos mais elevados padrões de qualidade. Por sua vez, às instituições de saúde compete adequar os recursos e criar as estruturas que obviem ao exercício profissional de qualidade. Neste contexto, as instituições de saúde desenvolvem esforços para proporcionar condições e criar um ambiente favorável do desenvolvimento profissional dos enfermeiros. Porque as instituições de saúde existem para os cidadãos, também os profissionais de saúde em geral, e aqui em particular os enfermeiros, existem para servir os cidadãos. Assim, as organizações devem, por princípio, satisfazer as necessidades dos enfermeiros favorecendo o empenhamento destes em prol da qualidade. O maior desafio passa por reformar métodos e técnicas que demonstraram não beneficiar os cidadãos. Assim, a qualidade exige reflexão sobre a prática – para definir objetivos do serviço a prestar, delinear estratégias para os atingir –, o que evidencia a necessidade de tempo apropriado para refletir nos cuidados prestados. Não basta aprovar projetos de qualidade, as instituições de saúde devem comprometer-se a criar um ambiente favorável à sua implementação e consolidação, de forma a que os projetos de qualidade se tornem parte da rotina em vez de entrarem em conflito com ela (OE, 2011).

Com o aparecimento da Ordem dos Enfermeiros (OE), a enfermagem viu atingido um dos seus desafios importantes: definir padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, proporcionando uma possibilidade de reflexão sobre a melhoria dos cuidados de enfermagem a fornecer aos cidadãos, e sobre a vantajosa necessidade de refletir sobre o exercício profissional dos enfermeiros. Assim, os padrões de qualidade em enfermagem têm como pilar essencial os quatro conceitos que se seguem: a Pessoa, a Saúde, o Ambiente e os cuidados de enfermagem (OE, 2011).

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados em Enfermagem (2001), além dos conceitos, são compostos pelos enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros que visam explicitar a natureza e englobar os diferentes aspetos do mandato social da profissão de enfermagem. Desta forma pretende-se que estes constituam um instrumento importante que ajude a precisar o papel do enfermeiro junto dos doentes, dos outros profissionais, do público e dos políticos. Trata-se de uma representação dos cuidados que deve ser conhecida por todos os doentes (Bednar, 1993), quer ao nível dos resultados mínimos aceitáveis, quer ao nível dos melhores resultados que é aceitável esperar (Grimshaw & Russel, 1993).

Os enunciados descritivos foram definidos em seis categorias no que respeita à satisfação dos doentes, à promoção da saúde, à prevenção de complicações, ao bem-estar e ao autocuidado dos doentes, à readaptação funcional e à organização dos serviços de enfermagem (Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, 2001):

✓ A satisfação do doente

Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro persegue os mais elevados níveis de satisfação dos doentes.

São elementos importantes da satisfação dos doentes, os relacionados com os processos de prestação de cuidados de enfermagem, entre outros: o respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual do doente; a procura constante da empatia nas interações com o doente; o estabelecimento de parcerias com o doente no planeamento do processo de cuidados; o envolvimento dos conviventes significativos do doente individual no processo de cuidados; o empenho do enfermeiro, tendo em vista minimizar o impacto negativo no doente, provocado pelas mudanças de ambiente forçadas pelas necessidades do processo de assistência de saúde.

✓ A promoção da saúde

Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro ajuda os doentes a alcançarem o máximo potencial de saúde.

São elementos importantes face à promoção da saúde, entre outros: a identificação da situação de saúde da população e dos recursos do doente/família e comunidade; a criação e o aproveitamento de oportunidades para promover estilos de vida saudáveis identificados; a promoção do potencial de saúde do doente através da otimização do trabalho adaptativo aos processos de vida, crescimento e desenvolvimento; o fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo doente.

✓ A prevenção de complicações

Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro previne complicações para a saúde dos doentes.

São elementos importantes face à prevenção de complicações, entre outros: a identificação, tão rápida quanto possível, dos problemas potenciais do doente, relativamente aos quais o enfermeiro tem competência (de acordo com o seu mandato social) para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para evitar esses mesmos problemas ou minimizar-lhes os efeitos indesejáveis; a prescrição das intervenções de enfermagem face aos problemas potenciais identificados; o rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem; a referenciação das situações problemáticas identificadas para outros profissionais, de acordo com os mandatos sociais dos diferentes profissionais envolvidos no processo de cuidados de saúde; a supervisão das atividades que concretizam as intervenções de enfermagem e que foram delegadas pelo enfermeiro; a responsabilização do enfermeiro pelas decisões que toma, pelos atos que pratica e que delega.

✓ O bem-estar e o autocuidado

Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro maximiza o bem-estar dos doentes e suplementa/complementa as atividades de vida relativamente às quais o doente é dependente.

São elementos importantes face ao bem-estar e ao autocuidado, entre outros: a identificação, tão rápida quanto possível, dos problemas do doente, relativamente aos quais o enfermeiro tem conhecimento e está preparado para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para aumentar o bem-estar e suplementar/complementar atividades de vida relativamente às quais o doente é dependente; a prescrição das intervenções de enfermagem face aos problemas identificados; o rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem; a referenciação das situações problemáticas identificadas para outros profissionais, de acordo com os mandatos sociais dos diferentes profissionais envolvidos no processo dos cuidados de saúde; a supervisão das atividades que concretizam as intervenções de enfermagem e que foram delegadas pelo enfermeiro; a responsabilização do enfermeiro pelas decisões que toma, pelos atos que pratica e pelos que delega.

✓ A readaptação funcional

Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro conjuntamente com o doente desenvolve processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde.

São elementos importantes face à readaptação funcional, entre outros: a continuidade do processo de prestação de cuidados de enfermagem; o planeamento da alta dos doentes internados em instituições de saúde, de acordo com as necessidades dos doentes e os recursos da comunidade; o máximo aproveitamento dos diferentes recursos da comunidade; a

otimização das capacidades do doente e conviventes significativos para gerir o regime terapêutico prescrito; o ensino, a instrução e o treino do doente sobre a adaptação individual requerida face à readaptação funcional.

✓ A organização dos cuidados de enfermagem

Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem.

São elementos importantes face à organização dos cuidados de enfermagem, entre outros: a existência de um quadro de referências para o exercício profissional de enfermagem; a existência de um sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros; a existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente, entre outros dados, as necessidades de cuidados de enfermagem do doente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo doente; a satisfação dos enfermeiros relativamente à qualidade do exercício profissional; o número de enfermeiros face à necessidade de cuidados de enfermagem; a existência de uma política de formação contínua dos enfermeiros, promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade; a utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem promotoras da qualidade.

A Enfermagem, regendo-se pelo conjunto de padrões de qualidade dos cuidados gerais e especializados que presta às pessoas, tem procurado conhecer as respostas humanas aos processos de saúde e de doença (Fernandes, 2000), estando os Enfermeiros numa posição privilegiada no cenário dos cuidados de saúde (Craig *et al.*, 2004). Neste contexto, estes profissionais necessitam frequentemente de fazer uso das suas competências para apoiarem os cidadãos na gestão dos seus projetos de saúde em diferentes dimensões, como a da gestão de feridas.

A evolução da sociedade portuguesa no que respeita às expectativas de acesso a padrões de cuidados de saúde, nomeadamente de Enfermagem, de mais elevada qualificação técnica, científica e ética para satisfazer níveis de saúde cada vez mais exigentes, traduziu-se na necessidade de operar alterações nas competências exigidas aos Enfermeiros e de desenvolver uma prática profissional cada vez mais complexa, diferenciada e rigorosa, baseada em evidência científica comprovada. De acordo com isto, o Código Deontológico dos Enfermeiros (OE, 1998), pilar essencial da prática de Enfermagem, preconiza como dever profissional e responsabilidade assumida pela profissão, nos seus artigos 88.º e 89.º, a excelência do exercício e a humanização dos cuidados prestados, tendo em vista a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e desenvolve. Perante isto e aliado ao dever de participar nos esforços profissionais para valorizar a qualidade de vida (art. 82.º), justifica-se a importância de melhorar os cuidados de Enfermagem no que concerne à avaliação e tratamento das UP, que são um flagelo para as pessoas que delas padecem.

1.5 Prática baseada na evidência e prática clínica em enfermagem.

A prática de saúde baseada em evidência consiste numa tomada de decisão sobre a melhor conduta a adotar para cada caso a partir de evidência científica produzida por estudos conduzidos com rigor metodológico. A aplicação desta metodologia na prática profissional requer formulação de uma questão clínica, busca de evidências e avaliação crítica das evidências encontradas ao tomar uma decisão.

Para Malloch et al. (2010) a evidência deve partir de uma exploração sistemática das evidências relevantes que podem ser aplicadas às circunstâncias clínicas individuais do doente. O conhecimento clínico requer um nível de proficiência de julgamento adquirida por educação formal e experiência ao longo da vida profissional.

No atual contexto em que a profissão de enfermagem se insere, as pesquisas clínicas subsidiam a prática baseada em evidências. Esta prática encoraja uma assistência à saúde baseada em conhecimento científico para promover resultados de qualidade (Souza et al, 2010).

Segundo DiCenso et al. (2005), a prática baseada em evidência postula uma hierarquia de evidência para subsidiar decisões clínicas. Para os autores, na área de enfermagem, a melhor evidência de pesquisa é aquela realizada a partir de metodologia sólida, pesquisas relevantes sobre eficácia e segurança das intervenções de enfermagem, exatidão e precisão de medidas de avaliação, poder dos marcadores prognósticos, custo-efetividade das intervenções de enfermagem, significado da doença ou experiências do doente. Apontam a personalização das melhores evidências disponíveis às circunstâncias específicas do doente como elemento chave na tomada de decisão. Sackett (2003) sublinha que os achados das investigações clínicas substituem as condutas previamente aceitas por informações mais seguras, acuradas e eficazes e que tal paradigma se tornou uma vertente na produção e validação do conhecimento. Para Domenico (2001) a prática profissional aponta para necessidade de competência clínica e conhecimentos de epidemiologia na validação dos conhecimentos gerados por pesquisas sistemáticas.

A OE preconiza que, no processo de tomada de decisão, o Enfermeiro deve incorporar resultados de investigações científicas na sua prática e utilizar guias orientadores da boa prática para melhoria da qualidade do exercício profissional (REPE, 2011).

Relativamente à ocorrência de úlceras de pressão, as intervenções autónomas do enfermeiro têm grande impacto sobre a prevenção destas lesões. Os cuidados necessários à restituição da integridade cutânea são complexos e exigem a participação de uma equipa multiprofissional, contudo, Cândido (2001) defende que as atuações do enfermeiro sobrepõem-se à dos outros profissionais da equipa interdisciplinar, uma vez que é o profissional da equipa em mais contacto com os doentes.

O enfermeiro possui autonomia para delinear o planeamento de cuidados, estratégias a serem instituídas na prevenção e tratamento de feridas, seguida por métodos de avaliação dos objetivos e relativas a prevenção de complicações, autocuidado e reabilitação.

A prestação de cuidados de enfermagem deve então estar fundamentada na metodologia científica. Para tal, o enfermeiro tem disponível um instrumento efetivo que é o Processo de Enfermagem ou a Sistematização da Assistência de Enfermagem. Considerado como um método de solução dos problemas dos utentes, abrange as etapas de investigação ou história clínica, diagnóstico, planeamento, intervenção ou implementação e evolução ou avaliação. Este diferencial estratégico permite a aplicação dos conhecimentos técnicos, o estabelecimento de fundamentos para a tomada de decisão e o registo adequado da assistência prestada.

No que diz respeito a prevenção de úlceras de pressão, muitas são as evidências científicas já disponíveis para apoiar a prática dos enfermeiros. A NPUAP/EPUAP publicaram em 2009 o Pressure ulcer prevention & treatment: clinical practice guideline e o Pressure ulcer prevention & treatment: quick reference guide com as principais diretrizes baseadas em evidências para prevenção e tratamento de úlcera de pressão (EPUAP/NPUAP, 2009).

1.6 Contextualização do tema das úlceras de pressão no mundo e em Portugal

Ao longo do tempo e face aos avanços científicos, as úlceras de pressão foram adquirindo diversas definições. A EPUAP e a NPUAP definem a úlcera de pressão como uma lesão localizada na pele e/ou tecidos subjacentes, normalmente sobre uma proeminência óssea, em resultado da pressão ou de uma combinação entre esta e forças de torção. Às úlceras de pressão também estão associados fatores contribuintes e de confusão cujo papel ainda não se encontra totalmente esclarecido (EPUAP/NPUAP, 2009).

Estas úlceras também podem ser definidas como áreas localizadas de isquemia e necrose tecidular que se desenvolvem pela compressão prolongada dos tecidos moles entre proeminências ósseas e a superfície externa (Rocha et al., 2006).

Segundo Ferreira et al. (2007), as úlceras de pressão são lesões dos tecidos de revestimento/pele, que resultaram de um período demorado de isquemia tecidular, originadas pelo compressão da microcirculação e do sistema linfático.

A úlcera de pressão pode ainda ser definida como uma perda da integridade da pele e/ou dos tecidos, resultante da oclusão capilar provocada por uma pressão prolongada de uma proeminência óssea sobre uma parte mole. Este processo isquémico tecidular tem como consequência uma redução do aporte de oxigénio e nutrientes às células levando à morte celular (NPUAP, 2007).

Segundo Gouveia et al. (2006), os dados relativos às úlceras de pressão em Portugal ainda necessitam de algum aprofundamento uma vez que até 2005 não existia qualquer estudo nacional sobre a incidência e prevalência destas úlceras. Sobre esta temática, Ferreira et al. (2007) referem que o primeiro estudo realizado em Portugal verificou uma prevalência de 31,3% e que, após a implementação da escala de avaliação de risco de desenvolvimento de úlceras de pressão, um segundo estudo demonstrou que a prevalência de úlcera de pressão reduziu para 19,3%. De acordo com um estudo europeu de prevalência de UP conduzido pela EPUAP (2002), no qual Portugal estava incluído (n=736), observou-se uma prevalência de 12,5% de UP no país.

De acordo com Gouveia et al. (2006), o relatório do Instituto de Qualidade em Saúde aponta, em 2005, uma prevalência de úlceras de pressão em instituições hospitalares nacionais entre os 7 e 25% e os dados permitem ainda estabelecer valores de incidência entre 2-13%.

Ferreira et al. (2007), referindo-se às taxas de incidência de úlceras de pressão, fazem referência a dois estudos realizados em Portugal em que se verificaram valores de 12,9% (n=400) e de 6,3% (n=480).

O Grupo Nacional para o Estudo e Assessoria em Úlceras por Pressão e Feridas Crónicas (GNEAUPP, 2003), realizou um estudo extenso de prevalência que descreve a situação das úlceras de pressão em Espanha. Os resultados demonstraram que a prevalência em hospitais de doentes agudos é de 8,8%, nos centros sócio sanitários é de 7,6% e nos domicílios é de 8,3%. Refere ainda que, em ambiente hospitalar, a prevalência de UP oscila de acordo com o tipo de unidade de cuidados com valores que variam de 4,4% nos serviços cirúrgicos, 9,2% nos serviços de Medicina, 10,3% nas unidades mistas de doentes médico-cirúrgicos e 13,2% nas unidades de cuidados intensivos.

Num estudo realizado por Lahmann et al (2010) observou-se que a prevalência de úlceras de pressão nas unidades de prestação de cuidados de saúde prolongados na Alemanha diminuiu entre 2002 e 2008 devido, provavelmente, à implementação de estratégias de prevenção mais eficazes. Esta investigação foi realizada numa amostra de 18.706 indivíduos residentes em 218 unidades de prestação de cuidados de saúde prolongados onde a prevalência de úlceras era de 12,5% (2002) e diminuiu para 5,0% (2008) ($p<0,001$). Segundo os autores, se for excluído a UP de categoria I (eritema não branqueável) a prevalência reduz de 6,6% (2002) para 3,5% (2008) ($p<0,001$).

De acordo com os dados da NPUAP, a prevalência das úlceras de pressão nos hospitais dos Estados Unidos é de 15% e a incidência é de 7%. Sobre esta temática, Lyder et al. (2005), acrescentam que o valor de prevalência de úlceras de pressão em unidades de prestação de cuidados de saúde prolongados nos Estados Unidos da América está em torno de 8,9%.

Nos serviços hospitalares de tratamento de patologias agudas a AHRQ, que tem por missão melhorar a qualidade, segurança, eficiência e eficácia dos cuidados de saúde para os

americanos, aponta uma taxa de prevalência de úlceras de pressão entre 3,5% e 29,5% e estes mesmos serviços, no que respeita à incidência, apresentavam um intervalo entre 2,7% e 29,5% (Gouveia, 2004).

O custo associado ao tratamento das úlceras de pressão é difícil de determinar pois, muitas vezes, estas lesões não estão documentadas ou são registadas como uma co morbidade e não como diagnóstico principal. Neste sentido, Ferreira et al. (2007), sustentam ser tarefa difícil identificar todos os casos de doentes com úlceras de pressão e calcular de forma exata os custos de cuidados relacionados com estas lesões.

A ocorrência de feridas implica custos elevados para o Sistema de Saúde, que se dividem, segundo Duque et al. (2009), em três categorias principais: 1) custos financeiros que estão associados à aquisição de material preventivo, tratamento da UP e de complicações; 2) custos relacionados com internamentos prolongados; 3) custos associados ao tempo despendido nos cuidados prestados.

Face à associação entre a idade avançada e o risco de desenvolver úlceras de pressão, existem grandes probabilidades deste problema de saúde pública se tornar muito grave, em especial pelos recursos humanos e materiais envolvidos a demandar uma percentagem muito significativa do orçamento das instituições de saúde.

Perante a crescente preocupação relacionada aos gastos com o setor Saúde os estudos que envolvem a análise de custos são de grande importância na área de saúde e devem ser utilizados no processo de avaliação e incorporação de tecnologias. A tomada de decisão por parte dos profissionais e de Instituições de Saúde deve considerar os conhecimentos e evidências disponíveis sobre o impacto dos custos na prevenção e tratamento das UP.

De acordo com Rocha et al. (2006), o método de prevenção das úlceras de pressão com melhor custo/eficiência é o que inclui no seu protocolo ferramentas de avaliação do risco de ocorrência destas lesões. Relativamente a esta temática Ferreira et al. (2007), acrescentam que, no que respeita à prevenção destas lesões, a própria implementação de uma escala de avaliação de risco de desenvolvimento de úlceras de pressão para cada indivíduo é importante para identificar os que são vulneráveis, de modo a gerir recursos de uma forma efetiva.

Os custos relacionados a UP são elevados, ainda mais difíceis de suportar no atual contexto de crise económica pelo qual atravessam vários países.

Considerando o que foi referido anteriormente, verifica-se que os custos relacionados com o tratamento das úlceras de pressão surgem como sendo mais dispendiosos para as instituições do que a implementação de medidas preventivas. Resultados de estudos de avaliações económicas podem contribuir no processo de decisão e alocação de recursos nesta área.

Muitos são os fatores que justificam a importância atribuída à prevenção de UP com destaque especial para o impacto que a lesão tem sobre a segurança e qualidade de vida do doente. As

feridas têm efeitos prejudiciais na vida dos doentes e cuidadores, com repercussões negativas a nível físico, social, psicológico, financeiro, entre outros. Medidas preventivas resultam em taxas menos elevadas de prevalência deste evento indicando qualidade da assistência prestada.

Segundo Morison (2004) e Bettencourt et al. (2009) as úlceras de pressão são lesões que consomem muito tempo de trabalho e exigem recursos financeiros elevados. Para Souza et al. (2010), as UP influenciam no período de internamento e repercutem-se diretamente no desconforto e dor provocados aos doentes. Ainda sobre esta temática Jaul (2008) refere que a diminuição da qualidade de vida dos doentes afetados resulta da dor, desconforto, odores desagradáveis, isolamento e, como consequência, da depressão.

É também reconhecido o peso deste tipo de úlceras como fator potenciador da mortalidade constituindo um indicador de prognóstico importante na avaliação global do doente, qualquer que seja o diagnóstico, nomeadamente no momento de admissão em serviços de internamento (Andrade et al., 2010). Um grande número de doentes afetados de úlceras de pressão de categoria III e IV pode mesmo morrer em consequência de uma complicação associada à úlcera como sepsis e osteomielite (Jaul, 2010). Outras das complicações associadas a estas lesões são as fístulas e o carcinoma de células escamosas (Edlich et al., 2004).

Thein et al. (2010), realizaram um estudo em doentes residentes em 89 unidades de cuidados de saúde de longa permanência em Ontário, com e sem úlceras de pressão, para determinar o impacto destas lesões na QVRS, entre maio de 2004 e novembro de 2007. Verificou-se que os doentes com úlceras de pressão apresentavam uma QVRS ligeiramente baixa, ainda que estatisticamente significativa, comparativamente aos outros doentes sem estas lesões. As comorbidades contribuíram consideravelmente para a baixa QVRS nestas populações.

Na Holanda, a investigação sobre qualidade de vida foi realizada no setor dos cuidados de longo prazo a partir da utilização de métodos de prevenção baseados em evidências para reduzir a incidência e prevalência de úlceras de pressão. A incidência de úlcera diminuiu de 15% para 4,5% para os 88 doentes estudados enquanto a prevalência diminuiu de 38,6% para 22,7%. A Qualidade Média de Vida (QV) dos doentes aumentou em 0,02 e a qualidade de vida ajustada ano (QALY) aumentou em dois anos (Makai et al., 2010).

As úlceras de pressão têm sido usadas como um indicador de qualidade dos cuidados de enfermagem. Os estudos de prevalência deste tipo de úlceras são usados frequentemente em muitas instituições de saúde, a nível mundial, para monitorizar a qualidade dos cuidados (Gunningberg e Stotts, 2008).

Portanto, os estudos de prevalência de UP, baseados em metodologia estandardizada, devem ser realizados frequentemente a fim de estimular melhoria da qualidade da assistência.

Os programas de qualidade nos serviços de saúde visam promover a qualidade do ambiente, o controlo dos riscos e os padrões de conformidade, com o objetivo de melhorarem o desempenho da organização dando ênfase à segurança do doente.

A prestação de cuidados de qualidade depende de inúmeros fatores, em especial, de uma equipa multiprofissional preparada, dotada do conhecimento adequado e atenta a uma prática baseada nas melhores evidências científicas. A aquisição do conhecimento é fundamental e deve ocorrer de forma contínua, progressiva e para toda a equipa. Existe uma correlação inegável entre conhecimento, atitudes e implementação das ações de prevenção e tratamento das UP.

Segundo Pini (2012), as evidências científicas têm demonstrado que as úlceras de pressão não são apenas da responsabilidade da equipa de enfermagem e sim de toda uma equipa multidisciplinar considerando a multicausalidade da sua ocorrência. Todos os profissionais envolvidos devem atualizar os seus conhecimentos a fim de garantir intervenções mais efetivas e eficientes. À medida que aumenta a participação de todos e que o conhecimento vai sendo incorporado pela equipa, o processo de decisão passa a ser compartilhado resultando em benefícios importantes para a prevenção desta lesão

1.6.1 Etiologia das Úlceras de Pressão

As úlceras de pressão formam-se a partir de pele e/ou tecido anteriormente viável e que por ação da pressão não aliviada ou de uma combinação entre esta e forças de torção, pode conduzir à necrose tecidular. Estas são lesões complexas, pelo que é necessário conhecer os seus mecanismos de desenvolvimento, de forma a preveni-las.

De acordo com Duque et al. (2009), as UP são causadas por forças externas de pressão, tensão tangencial ou cisalhamento e fricção. Estas forças externas impedem o fornecimento de sangue à pele, o que conduz à hipoxia, isquemia e possível necrose. Segundo os mesmos autores, estas três forças raramente ocorrem de forma isolada, verificando-se que todas elas estão presentes no desenvolvimento de grande parte destas úlceras.

Outros autores referem que, entre todos os fatores, a pressão aplicada de forma contínua sobre os tecidos moles localizados sobre proeminências ósseas é um fator preponderante para o desenvolvimento da lesão. A este fator combinam-se vários outros, como a agressão do tegumento cutâneo por fricção e cisalhamento resultantes da mobilização do doente acamado, a imobilidade e a disfunção sensorial, cirurgias e internamentos prolongados, incontinência de esfíncteres, desnutrição, outras comorbilidades associadas e efeitos resultantes de farmacoterapia variada (Andrade et al., 2010; Alves, 2011).

A suscetibilidade individual para o desenvolvimento de úlceras de pressão depende da atuação de fatores extrínsecos que se associam com as alterações da perfusão tecidular resultante de

fatores intrínsecos. Existem portanto fatores extrínsecos e intrínsecos ao doente que estão na origem da úlcera de pressão.

Rocha et al. (2006), refere que os fatores extrínsecos não são por si só suficientes para o desenvolvimento destas úlceras, constituindo os fatores intrínsecos os determinantes para esse desenvolvimento. Consideram ainda que, dos fatores intrínsecos, os mais importantes são os que afetam a mobilidade espontânea do doente e a perfusão tecidual.

No tocante aos fatores extrínsecos a literatura aponta a pressão como o de maior relevância. Quando uma determinada área da pele é comprimida sobre uma superfície externa surge na fase inicial a condição descrita como eritema tecidual relacionado com a hiperemia reativa ou de resposta. A hiperemia reativa surge uma vez aliviada a pressão local, resultando da dilatação temporária dos capilares que aumentam o aporte sanguíneo à área, levando nutrientes e oxigénio e removendo o dióxido de carbono, sendo pois, uma resposta fisiológica do organismo. Se a pressão persistir, com valores superiores à pressão capilar normal (aproximadamente 32mmHg), ocorre obstrução da circulação capilar e linfática provocando a isquemia tecidual. No entanto, a pressão exercida junto à pele é potencializada em forma de cone, provocando uma pressão substancialmente superior junto às proeminências ósseas, podendo atingir valores quatro vezes superiores aos encontrados junto à pele. Nesta fase de isquemia tecidual, caso a pressão não seja eliminada, a situação evoluirá para necrose da pele e tecidos subjacentes com posterior ulceração (Morison et al., 2004; Soldevilla e Torra, 2004; Baranovsky e Ayello, 2005; Dealey, 2006).

Os mecanismos que levam à rotura tecidual não são muito claros, uma vez que existe uma limitação das investigações desta área. Existem pelo menos três processos fisiopatológicos evidentes descritos na literatura: a oclusão do fluxo sanguíneo cutâneo e o consequente dano relacionado com a reperfusão abrupta do leito vascular isquémico; o dano endotelial das arteríolas e da microcirculação devida à aplicação de forças de rutura e de deslizamento; e a oclusão direta dos vasos sanguíneos pela pressão externa durante um período prolongado (Morison, 2004; EPUAP/NPUAP, 2009).

Segundo Duque et al. (2009) e EPUAP/NPUAP (2009), existe uma relação entre a intensidade da pressão e o tempo durante a qual esta é aplicada, antes que a lesão dos tecidos se torne irreversível. Ou seja, a aplicação da pressão por si só não causaria dano. A intensidade da pressão exercida sobre a pele terá de ser suficiente para causar oclusão dos vasos sanguíneos subjacentes e provocar morte celular. Estas condicionantes variam entre indivíduos, dependendo dos fatores intrínsecos que influenciam a sua resistência aos efeitos da pressão.

Sobre esta temática, Rocha et al. (2006), referem que a obstrução dos capilares é uma explicação inadequada para a patogénese da úlcera de pressão, uma vez que estas lesões podem desenvolver-se, e muitas vezes de forma grave, num curto período de tempo (2 horas). Estes autores defendem que este fenómeno pode ser explicado pelo trauma microvascular

provocado por distensão, em que os tecidos moles vão ficando sucessivamente deformados, quando submetidos a pressão pontual ininterrupta.

Outros dos fatores extrínsecos que estão na origem das úlceras de pressão são a fricção e as forças de cisalhamento. A fricção é descrita como a força gerada quando duas superfícies se movem, uma contra a outra, ou como uma carga ou força perpendicular a ser exercida numa unidade de área. Isto é, ocorre quando duas superfícies entram em atrito, geralmente provocada quando o doente é arrastado ou quando não tem um apoio adequado e desliza ao longo do leito (Morison et al., 2004; Soldevilla e Torra, 2004; Baranovsky e Ayello, 2005; Dealey, 2006).

Para Duque et al. (2009), as forças de torção/forças de cisalhamento afetam todas as camadas de tecido, no entanto, os seus efeitos são mais evidentes nas mais profundas. Estas podem ser definidas como sendo forças internas provocadas aquando do deslizamento de duas superfícies, uma de encontro à outra. Rocha et al. (2006), referem que estas forças resultam da ação conjunta da pressão, força da gravidade e fricção, e que são originadas quando se eleva a 30º (posição de Semi-Fowler) a cabeceira do leito e o corpo do doente desliza para baixo, por ação da força de gravidade. Nesta situação, à medida que o corpo começa a deslizar, os componentes internos do corpo, como por exemplo o esqueleto, movem-se no sentido descendente do leito, enquanto a pele e os tecidos moles superficiais não se movem (Duque et al., 2009). Isto leva a uma angulação dos vasos subepidérmicos e dos músculos da região sagrada e, conseqüentemente, à supressão sanguínea e lesão tecidual profunda (Dealey, 2006; Rocha et al., 2006). Segundo resultados de investigação mais recente, a deformação muscular leva a tensões extremamente fortes nos tecidos que conduz à rutura da membrana citoplasmática conduzindo à morte celular (Reid et al., 2004; Gefen, et al., 2005; Linder, 2006; Mota et al., 2010).

Ainda no que respeita a fatores extrínsecos, podemos destacar a humidade excessiva que leva à maceração dos tecidos e à diminuição da resistência da pele. Pode ser resultado da sudorese excessiva, da incontinência urinária e/ou fecal, da inadequada secagem da pele após os cuidados de higiene e da presença de feridas exsudativas. Certos produtos, como desinfetantes e sabões, podem provocar irritação cutânea e também atuarem como fatores de origem extrínseca que conduzem ao desenvolvimento das úlceras de pressão. O uso destes produtos favorece a desidratação tornando a pele mais sensível as forças de fricção (Baranovsky e Ayello, 2006; Morison et al., 2004; Soldevilla e Torra, 2004).

Segundo Bryant (2000) existem ainda outros fatores químicos extrínsecos a serem considerados e que estão relacionados a exposição à urina, fezes ou drenagem de outros fluidos por possuírem uma ação irritante local e causarem danos à integridade da pele.

A medicação, principalmente a sedativa, analgésicos e os corticosteroides, são também fatores importantes para o desenvolvimento destas lesões, uma vez que diminuem as defesas do organismo, a perceção sensorial e a mobilidade dos indivíduos (EPUAP/NPUAP, 2009).

Existe uma diversidade de fatores intrínsecos que resulta na predisposição para o desenvolvimento das úlceras de pressão. A idade surge como um fator de grande importância e não passível de modificação. O envelhecimento é acompanhado por uma redução dos processos metabólicos, da velocidade de cicatrização e da vascularização, da espessura e elasticidade da pele e diminuição qualitativa e quantitativa do colagénio, pelo que feridas semelhantes cicatrizam de forma mais rápida na criança em comparação com o idoso (Dealey, 2006; Mota et al., 2010).

O idoso apresenta uma maior propensão para o aparecimento de doenças crónicas que predispoem ao desenvolvimento de úlceras. Doenças como a diabetes, insuficiência renal e vascular, doenças oncológicas e ainda, estados de desnutrição que reduzem a capacidade de síntese do colagénio e de outros elementos da cicatrização, aumentam a suscetibilidade para as úlceras de pressão (Bryant, 2000).

Outro fator intrínseco igualmente importante é a mobilidade dos indivíduos uma vez que se constatou que uma redução da capacidade de mobilização está associada a um incremento do número de úlceras de pressão desenvolvidas. Relativamente à mobilidade, Dealey (2006) refere que está comprovado que a população idosa apresenta uma mobilidade reduzida porque faz uso habitual de terapêutica ansiolítica, antidepressivos, analgésicos e anti-histamínicos.

As situações que podem levar a uma mobilidade reduzida são diversas e podemos destacar as lesões medulares ou doenças neurológicas associadas a paralisia e perda sensorial, o coma, sedação excessiva, demência avançada, doentes geriátricos ou que são submetidos a grande cirurgia. A incapacidade de mover-se e a redução da frequência na alternância de decúbitos pode afetar a capacidade de aliviar a pressão, predispondo ainda à fricção e às forças de torção se o indivíduo estiver acamado ou ainda confinado à cadeira. Para além disso, uma diminuição da mobilidade provoca estase na circulação periférica, nomeadamente nos membros inferiores.

Os doentes desnutridos, com deficiências proteicas e vitamínicas, estão mais sujeitos ao desenvolvimento de úlceras de pressão e apresentam uma dificuldade acrescida no processo de cicatrização das úlceras existentes. A presença de exsudado contribui para a hipoproteinémia uma vez que, em úlcera de pressão extensa, podem ser desperdiçadas mais de 30g de proteínas por dia (Bryant, 2000). As proteínas e vitamina C, além de desempenharem outras funções, contribuem para a síntese de colagénio, essencial para a cicatrização dos tecidos e para a resposta imunológica.

Relativamente aos minerais, o zinco aumenta a proliferação celular, a epitelização e a resistência do colagénio. O estado de desidratação também está relacionado com o desequilíbrio hidroelectrolítico, que contribui para o agravamento do estado geral de saúde do indivíduo e aumenta a suscetibilidade de ocorrência de úlceras de pressão (Rocha et al., 2006; Duque et al., 2009)

De acordo com a literatura apontada um estado nutricional deficiente e a desidratação estão associados à ocorrência de úlceras de pressão, uma vez que conduzem a uma mobilidade reduzida, à apatia e depressão e à diminuição da imunocompetência. Indivíduos que apresentam distúrbios nutricionais estão mais suscetíveis a complicações, internamentos mais prolongados e necessidade de repouso no leito por tempo acrescido, todos fatores que aumentam o risco para UP.

Segundo Duque et al. (2009), o aporte deficiente de sangue periférico conduz a uma redução da pressão capilar local, com impacto negativo na nutrição dos tecidos. Esta irrigação sanguínea periférica, sendo deficiente, origina hipoxia, anoxia tecidual e isquemia. A vasoconstrição periférica pode estar relacionada com doenças cardiovasculares periféricas, hepáticas, anemia, hipertensão arterial, diabetes mellitus, insuficiências renal e respiratória, infecções concomitantes, lesões ortopédicas, uso de medicamentos, entre outros fatores (Bryant, 2000; Duque et al., 2009).

O peso corporal também é um dos fatores intrínsecos que está na origem das úlceras de pressão. Os doentes emagrecidos, por estarem desprovidos de gordura localizada sobre as proeminências ósseas, possuem menor proteção contra a pressão. Os doentes obesos, pela dificuldade de mobilização, têm um risco acrescido de lesões tecidulares precipitadas pelo posicionamento por arrastamento. Estes indivíduos apresentam sudorese intensa que provoca a maceração dos tecidos devido à acumulação da humidade nas pregas cutâneas.

A incontinência urinária e fecal também são causas de maceração cutânea e do desenvolvimento de infecções e podem estar associadas a iatrogenia medicamentosa ou às dietas entéricas líquidas hiperosmolares (Bryant, 2000; Duque et al., 2009).

No estudo realizado por Jaul (2011), acerca da localização atípica de úlceras de pressão numa unidade de prestação de cuidados de saúde prolongados, observou que todos os doentes apresentavam mobilidade bastante reduzida/ausente e a maioria tinha problemas de natureza neurológica (80%) e alimentar (91%). Surgiram 26 úlceras de pressão no decorrer do estudo e destas, 13 estavam localizadas em zonas atípicas e apresentavam uma patogenia incomum. Destas lesões, 6 estavam relacionadas com dispositivos médicos (cateteres, tubos e adesivos para fixação) e foram observadas nos locais de inserção dos dispositivos, 4 estavam associadas a uma espasticidade aumentada e 3 a deformidades ósseas.

1.6.2 Classificação das Úlceras de Pressão

Os sistemas de classificação das UP existem com objetivo de facilitar a identificação da lesão a partir da descrição de suas características. O estabelecimento de classes de acordo com critérios definidos fornece aos profissionais de saúde uma metodologia para avaliar e classificar as úlceras, sendo útil ao processo de comunicação e planeamento de cuidados.

A NPUAP e a EPUAP (2009) desenvolveram um sistema de classificação comum para as úlceras de pressão muito utilizado pela comunidade internacional. A anterior classificação por graus ou por estádios implicava uma progressão do I ao III ou IV quando, na realidade, nem sempre ocorre dessa forma. Surgiu então o termo neutro “categoria” para substituir “grau” ou “estádio”. Consideram-se, portanto, quatro categorias de classificação para úlcera de pressão que serão apresentadas de seguida:

✓ *Categoria I: eritema não branqueável em pele intacta.*

Apresenta pele intacta com eritema não branqueável de uma área localizada, normalmente sobre uma proeminência óssea, descoloração da pele, calor, edema, tumefação ou dor podem também estar presentes. Em pele escura pigmentada pode não ser visível o branqueamento. A área pode ser dolorosa, firme, suave, mais quente ou mais fria comparativamente com o tecido adjacente. A categoria I pode ser difícil de identificar em indivíduos com tons de pele escuros. Pode ser indicativo de pessoas “em risco”.

✓ *Categoria II: perda parcial da espessura da pele ou flitena.*

Caracteriza-se por perda parcial da espessura da derme que se apresenta como uma ferida superficial (rasa) com leito vermelho rosa sem crosta. Pode também apresentar-se como flitena fechada ou aberta preenchido por líquido seroso ou sero-hemático. Pode mostrar-se como uma úlcera brilhante ou seca, sem crosta ou contusões. Esta categoria não deve ser usada para descrever fissuras da pele, queimaduras por fita adesiva, dermatite associada a incontinência, maceração ou escoriação.

✓ *Categoria III: Perda total da espessura da pele (tecido subcutâneo visível)*

A principal característica centra-se na perda total da espessura tecidual. Pode ser visível o tecido adiposo subcutâneo, mas não estão expostos os ossos, tendões ou músculos. Pode estar presente algum tecido desvitalizado (Fibrina húmida). Pode incluir lesão cavitária e encapsulamento. A profundidade de uma úlcera de categoria III varia com a localização anatómica. A asa do nariz, orelhas, região occipital e maléolos não têm tecido subcutâneo (adiposo) e uma úlcera de categoria III pode ser rasa (superficial) em contrapartida, em zonas com adiposidade significativa podem desenvolver úlceras de pressão de categoria III extremamente profundas. O osso/tendão não são visíveis ou diretamente palpáveis.

✓ *Categoria IV: Perda total da espessura dos tecidos (músculos e ossos visíveis)*

Existe perda total da espessura dos tecidos com exposição dos tendões e músculos. Pode estar presente tecido desvitalizado (fibrina húmida) e ou necrótico. Frequentemente são cavitários e fistuladas. A profundidade de uma úlcera de pressão de categoria IV varia com a localização anatómica. A asa do nariz, orelhas, região occipital e maléolos não têm tecido subcutâneo (adiposo) e estas úlceras podem ser rasas (superficiais). Uma úlcera de categoria IV pode atingir as estruturas de suporte (ex. fáscia, tendão ou cápsula articular) tornando a osteomielite e a osteíte prováveis de acontecer. Existe osso/ músculo exposto visível ou diretamente palpável.

✓ *Lesão por humidade*

As lesões por humidade são frequentemente confundidas com úlceras de pressão. As lesões por humidade são lesões cutâneas e não são causadas por pressão e/ou forças de deslizamento, tratam-se geralmente de feridas livres de proeminência óssea. É importante distinguir uma úlcera de pressão de uma lesão por incontinência considerando os seguintes pontos de observação ao fazer este diagnóstico diferencial: causas, localização, forma, profundidade, necrose, bordos, coloração e características dos doentes. As lesões por humidade tendem a ser superficiais, com bordos difusos e irregulares e não apresentar necrose.

1.6.3 Prevenção das Úlceras de Pressão

Para uma efetiva e eficaz prevenção das úlceras de pressão, é necessário conhecer o doente e os fatores de risco que ele apresenta para o desenvolvimento de UP, além de conhecer os fatores etiológicos da própria UP, as intervenções de enfermagem referentes à sua prevenção e, principalmente, manter a equipa informada, capacitada e qualificada para assistir os doentes (Sant'Anna, 2012).

A JCAHO (2011) tem como objetivo a melhoria contínua da assistência aos doentes e, diante disso, ela desenvolveu um programa de segurança – National Patient Safety Goals – em que aponta objetivos claros para a segurança do doente durante as práticas assistenciais realizadas. Dentre os pontos destacados, a prevenção de UP entra como destaque, enfatizando que devemos avaliar, e reavaliar periodicamente, a pele do doente, a fim de identificarmos o risco para o desenvolvimento das UP e os primeiros sinais da lesão nos doentes em risco.

1.6.3.1 Avaliação de risco

Uma das principais intervenções de prevenção é a aplicação de uma escala de avaliação de risco do doente desenvolver UP. Essa avaliação é realizada através de escalas pré-existentes, que possuem dados a serem avaliados no doente em questão. Atualmente, há uma grande variedade de escalas apropriada para cada ocasião e especificidade dos doentes (Souza; Santos, 2007).

Souza, Santos e Silva (2006) ressaltam que a utilização das escalas de avaliação de risco, por um profissional de saúde, é uma importante ferramenta na avaliação do doente institucionalizado, priorizando a prevenção das UP.

Segundo Sant'Anna (2012), o importante na utilização das escalas de avaliação de risco para UP é a sua utilização constante e a importância que damos aos seus resultados. As escalas indicam-nos os doentes que apresentam maior risco de desenvolver UP e aqueles com menor risco. Partindo desse pressuposto, devemos seguir as recomendações que algumas escalas apresentam para cada resultado ou, então, estabelecer cuidados que garantam a integridade cutânea e física dos doentes.

Uma forma de prevenirmos as UP é avaliarmos todos os doentes durante a admissão dos mesmos na instituição de saúde. As escalas pré-definidas devem ser utilizadas de forma individualizada, objetivando os meios preventivos específicos para cada doente (Jorge; Dantas, 2003).

Devemos realizar essas avaliações semanalmente ou quando houver mudanças no estado de saúde do doente. Elas devem ser sempre registradas e comunicadas a toda a equipa de saúde, a fim de se estabelecerem os cuidados e abordagens necessários para a prevenção de UP (NPUAP/ EPUAP, 2009).

Lise e Silva (2007) relatam que os scores de avaliação de risco, quando utilizados para implementar estratégias de prevenção e intervenção precoce, podem reduzir significativamente a morbidade das UP.

Existem várias escalas que avaliam o risco para o desenvolvimento de UP; cada uma delas funciona com determinados indicadores e fatores de risco. Dentre elas temos a escala de Norton, a escala de Braden, a escala de Gosnell, a escala de Waterlow, entre outras.

As intervenções de enfermagem, permeadas pela utilização de um instrumento que avalia o risco de desenvolvimento de UP, são extremamente relevantes, pois permitem diminuir a incidência das mesmas nos doentes com mobilização restrita, sejam acamados ou dependentes de cadeiras de rodas (Sant'Anna, 2012).

A NPUAP e a EPUAP (2009) recomendam que as instituições de saúde e os profissionais possuam uma abordagem estruturada da avaliação de risco para o desenvolvimento das UP,

tendo primariamente, uma organização quanto à primeira avaliação de risco e às avaliações subsequentes, assim como na documentação dessas avaliações. Elas ainda destacam a importância da comunicação entre a equipa multidisciplinar, que é fundamental para o sucesso da abordagem e da prevenção das UP.

Tal como afirma Sant'Anna (2012), é importante que a utilização das escalas gere resultados e que os mesmos sejam avaliados a fim de serem criadas estratégias de prevenção, educação e produção de protocolos de cuidados; tendo como alvo a assistência qualificada ao doente hospitalizado.

Durante a escolha da escala de avaliação de risco, para a utilização na prevenção das UP, devemos avaliar alguns requisitos, como: eficácia, alta sensibilidade e especificidade, facilidade de aplicação, além do estabelecimento de critérios bem definidos. É importante que estes critérios estejam claros, principalmente quanto ao perfil dos doentes que serão submetidos à avaliação de risco através da escala escolhida (Gomes et al., 2011).

1.6.3.2 Avaliação da pele

A avaliação e inspeção da pele é o momento mais próximo entre o profissional e o doente, assim como o momento da higiene, hidratação corporal e da massagem, pois são momentos em que tocamos na sua pele, expondo-o à nossa avaliação. Desta forma, é importante que este momento seja realizado com atenção e respeito pelo doente (Sant'Anna, 2012).

A avaliação e inspeção da pele do doente devem ser realizadas durante a sua admissão na instituição, de forma completa. É necessário identificar o tipo e textura da pele. As regiões das proeminências ósseas são as áreas de maior risco de desenvolvimento de UP, por isso é importante observá-las com atenção e identificar se há locais de rubor, calor ou tumefação (Miyazaki et al., 2010).

Devem ser também avaliadas outras áreas anatómicas, como o pavilhão auricular, região occipital e asa do nariz – locais onde se desenvolvem UP, principalmente em doentes internados e acamados por longos períodos, conforme descrito pela ANA (2011).

É necessário dar especial atenção às regiões ruborizadas e edemaciadas. Em indivíduos de raça negra, a inspeção deve ser cautelosa, pois o rubor pode não ser perceptível; desta forma, devem-se observar regiões com endurecimento e calor, além de lesões esbranquiçadas (NPUAP e EPUAP, 2009).

Ainda segundo a mesma entidade, uma série de estudos têm identificado a dor como sendo um fator importante para os indivíduos com úlceras de pressão. Em vários estudos, há também algumas indicações sobre como a dor local constitui um predecessor de lesão tecidual.

A inspeção e avaliação tegumentar devem ser realizadas diariamente, sendo importante a presença de uma avaliação rigorosa acompanhada do devido registo da admissão do doente e outras avaliações subsequentes, pelo menos, uma vez por semana (NPUAP e EPUAP, 2009).

1.6.3.3 Cuidados com a pele

Segundo a NPUAP/EPUAP (2009), um cuidado importante com a pele do doente é a manutenção da temperatura corporal. Assim, é vital proporcionar a conservação da temperatura corporal utilizando água suficientemente aquecida durante a higiene, evitando que o doente perca calor durante o procedimento e, também, criando barreiras à humidade, evitando alterações na função reguladora da temperatura, inerente ao estrato córneo.

Outro ponto importante é a fricção empregada na pele do doente com o intuito de limpeza. A fricção constante e o uso de forma extrema lesionam a pele pois pode ocorrer o afinamento da pele através da extração manual de células da camada córnea, o que, deixa a pele mais sensível à pressão e às formas de fricção e cisalhamento (NPUAP/EPUAP, 2009).

Segundo a NPUAP/EPUAP (2009), a pele seca parece ser um fator de risco importante e independente no desenvolvimento de UP, pelo que devem ser utilizados emolientes para hidratar a pele seca, a fim de reduzir o risco de dano da pele.

Contudo, a hidratação deve ser realizada com cautela e atenção, não sendo permitida a massagem intensa do tecido, principalmente em proeminências ósseas, pois os movimentos realizados durante a massagem promovem isquemia na região perilesional, devido à compressão dos vasos sanguíneos. Desta forma, ao invés de promovermos a melhoria do doente e da região já lesionada, pioramos o estado tecidual, gerando a isquemia e, quiçá, a necrose tecidual. A utilização da massagem está contra-indicada como estratégia de prevenção de úlcera de pressão (NPUAP/EPUAP, 2009).

A humidade é um grande fator de risco para o desenvolvimento de UP, pois permite que a pele do doente fique mais vulnerável às macerações e às forças de fricção. Doentes incontinentes e com sudorese excessiva são aqueles que possuem grande risco de desenvolver esse tipo de lesão. A troca da fralda e da roupa da cama, de forma frequente, são extremamente necessárias na manutenção da pele seca e na prevenção de UP (Dealey, 2008).

1.6.3.4 Nutrição

O estado nutricional do doente é um importante fator de risco, reversível, no desenvolvimento de UP. Deve haver especial atenção à alimentação dos doentes hospitalizados, principalmente daqueles que apresentam elevado risco de desenvolver essas lesões. Assim, revela-se essencial referenciar todos os indivíduos em risco nutricional e de desenvolvimento de úlcera

de pressão para o nutricionista e, se necessário, para uma equipa nutricional multidisciplinar, que inclua nutricionista, enfermeiro especializado em nutrição, médico, terapeuta da fala, terapeuta ocupacional e também um dentista quando necessário. Se o rastreio nutricional revela indivíduos propensos ao desenvolvimento de úlceras de pressão, por se encontrarem desnutridos ou em risco nutricional, então, o nutricionista ou equipa nutricional deve realizar uma avaliação nutricional mais abrangente. Cada indivíduo que se encontre em risco nutricional ou risco de úlcera de pressão, deve receber suporte nutricional suplementar (NPUPA/EPUAP, 2009).

É importante que se ofereçam suplementos nutricionais orais e/ou através de sonda de alimentação, com alto teor proteico, como suplemento da dieta habitual, a indivíduos em risco nutricional e de úlceras de pressão, devido a doença aguda ou crónica ou na sequência de uma intervenção cirúrgica. A nutrição oral (através de comida normal e/ou alimentação líquida adicional) é a via nutricional preferida e deve ser usada sempre que possível. Os suplementos nutricionais orais são importantes, pois muitos doentes que se encontram em risco de úlcera de pressão muitas vezes não podem satisfazer as suas necessidades nutricionais através da ingestão alimentar oral habitual. Além disto, os suplementos orais parecem estar associados a uma redução significativa do desenvolvimento de úlceras de pressão, comparativamente com os cuidados nutricionais de rotina. A alimentação entérica (por sonda) e a parentérica (fora do trato alimentar normal) podem ser necessárias quando a alimentação oral é desadequada ou impossível, quer pela condição do doente, quer pelos objetivos clínicos (NPUAP/EPUAP, 2009).

Segundo Sant'Anna (2012), é essencial que se avaliem os doentes quanto ao seu estado nutricional durante o internamento, preferencialmente durante a admissão e, pelo menos, uma vez por semana, com o intuito de se avaliar a presença de perda ponderal e aumento da necessidade de consumo energético.

1.6.3.5 Alternância de decúbitos/Posicionamentos

Tal como nos diz NPUAP/EPUAP (2009), a alternância de decúbito deve ser executada para reduzir a duração e magnitude da pressão exercida sobre áreas vulneráveis do corpo pois altas pressões, sobre proeminências ósseas, durante curtos períodos de tempo, e baixas pressões, sobre proeminências ósseas, durante longos períodos de tempo, são igualmente danosas. De forma a diminuir-se o risco individual de desenvolvimento de úlceras de pressão, é importante reduzir-se o tempo e quantidade de pressão aos quais estão expostos. O uso da alternância de decúbitos, como estratégia preventiva, deve ter em consideração a condição do doente e as superfícies de apoio em uso.

A frequência dos posicionamentos será influenciada por variáveis relacionadas com o indivíduo e pelas superfícies de apoio em uso. Aquela será determinada pela tolerância dos tecidos, pelo

seu nível de atividade e mobilidade, pela sua condição clínica global, pelos objetivos globais do tratamento e pela avaliação da condição individual da pele. Se o indivíduo não responde ao regime de posicionamentos conforme o esperado, é importante reconsiderar a frequência, e método dos posicionamentos. A frequência dos posicionamentos será influenciada pelas superfícies de apoio em uso, ou seja, um indivíduo deve ser reposicionado com maior frequência quando se encontra sobre um colchão de não redistribuição de pressão comparativamente a quando se encontra sobre um colchão de espuma visco-elástica. A frequência dos reposicionamentos vai depender das características da superfície de apoio. (NPUAP/EPUAP, 2009)

Segundo Sant'Anna (2012), muitos estudos ressaltam a importância da mudança de decúbito nos doentes acamados, com frequência máxima de 2/2h, o que proporciona o alívio da pressão nas áreas em contato com superfície rígida, prevenindo a isquemia tecidual através da compressão dos vasos sanguíneos.

Os doentes que necessitam da utilização da cadeira de rodas devem ser mobilizados com a mesma cautela e atenção, contudo, a descompressão deve ser realizada de 15 em 15 minutos, pois há uma maior pressão sobre a região sacro-coccígea. O alívio da pressão pode ser realizado utilizando-se dispositivos de apoio apropriados (Fernandes, Caliri e Haas, 2008).

Souza et al. (2003) concordam que a mudança de decúbito deve ser individualizada, valorizando a vontade do doente, quando este pode expressá-la, e a sua condição clínica.

É importante ressaltar que o posicionamento do doente deve ser realizado de forma segura, evitando danos. Desta forma, ao posicionar o doente sobre a cama, o procedimento deve ser realizado através de suspensão do mesmo, evitando arrastar o doente na cama. O movimento de arrastar proporciona a extração mecânica da camada córnea da pele do doente, deixando-a mais sensível às agressões, além de causar abrasões devido à fricção da roupa da cama na pele do paciente (Sant'Anna, 2012).

Segundo a mesma autora, ao posicionar o doente no leito deve-se proporcionar o alinhamento correto do corpo, deixando a coluna vertebral o mais linear possível, utilizando dispositivos de apoio apropriados para o efeito.

Deve-se observar o posicionamento dos cateteres, sondas, tubos orotraqueais e fixações, pois quando inadequados, favorecem o desenvolvimento de lesões por pressão, mesmo que não em proeminência óssea. As sondas nasogástricas ou orogástricas devem ser fixadas de forma a não exercer pressão na asa do nariz e comissura labial, respetivamente. As fixações dos tubos orotraqueais devem ser cautelosas, pois podem provocar o desenvolvimento de UP no pavilhão auricular, lábios e comissura labial.

1.6.3.6 Superfícies de apoio

Além das estratégias provenientes das ações de enfermagem, há aquelas relacionadas com os recursos materiais disponíveis que propiciam medidas profiláticas contra as UP.

De acordo com Nettina et al. (2003), para o alívio de pressão, o ideal é utilizar um colchão de pressão alternada ou colchão de ar para os doentes de alto risco. Sampaio (2003) relata que os colchões de alívio/redução de pressão possuem sensores que proporcionam uma superfície com menor pressão do que a pressão de oclusão capilar, reduzindo significativamente o risco de UP.

Há uma grande diversidade de colchões disponíveis para a prevenção das UP, dentre eles podemos destacar os colchões de: ar, gel, espuma, pressão alternada, rotação lateral, entre outros (ANA, 2011).

Também é essencial inspecionar regularmente a pele dos calcâneos e assegurar-se que os mesmos se encontram afastados da superfície da cama. Os dispositivos de proteção dos calcâneos devem elevá-los completamente (ausência de carga) de tal forma que o peso da perna seja distribuído ao longo da sua parte posterior sem colocar pressão sobre o tendão de Aquiles. O joelho deve ficar em ligeira flexão pois a hiperextensão do joelho pode causar obstrução da veia poplítea que pode predispor a uma trombose venosa profunda. É aconselhável usar uma almofada debaixo das pernas (região dos gêmeos) para elevar os calcâneos (“calcâneos flutuantes”) (NPUAP/EPUAP, 2009).

Santos e Brandão (2006) indicam que devem ser utilizadas almofadas para redistribuição da pressão para outras áreas que não estão sujeitas ao desenvolvimento de UP, proporcionando maior conforto ao doente. O ideal seria ter, no mínimo, três almofadas para cada doente, com material do tipo silicone, espuma modelada, almofadas com redistribuição de pressão e dispositivos produzidos com lã natural. A NPUAP e a EPUAP (2009) ainda enfatizam que o uso de pele de carneiro sintética, almofadas no formato de anel, ou *donut*, e luvas cheias de água deve ser evitado.

1.6.4 Tratamento das Úlceras de Pressão

A úlcera de pressão (UP) prolonga a hospitalização, dificulta a recuperação do doente e aumenta o risco para o desenvolvimento de outras complicações. Por representar um acréscimo no sofrimento físico e emocional desses doentes, a equipa multidisciplinar deve fazer esforços para reduzir a sua independência e funcionalidade na realização de atividades da vida diária e comprometer qualquer processo re-educacional, tal como para prevenir o surgimento ou favorecer o tratamento da UP (Rangel et al., 2009).

Perante um doente com UP, é fundamental iniciarmos o tratamento da mesma realizando uma avaliação inicial completa. Nos casos em que a úlcera não mostra sinais de cicatrização tal como esperado, apesar dos cuidados locais adequados e da redistribuição da pressão e nutrição, é necessário reavaliarmos o doente. Os sinais de cicatrização são esperados, na maioria dos indivíduos, dentro de 2 semanas e é necessário ajustar as expectativas com a presença de múltiplos fatores (particularmente fatores não modificáveis) que prejudicam a cicatrização de feridas (por exemplo, a desnutrição persistente, má perfusão, co-morbidades). No entanto, as avaliações semanais proporcionam uma oportunidade para o profissional detetar complicações precoces e da necessidade de mudanças no plano de tratamento da ferida. Ensinar o doente e a família sobre o processo de cicatrização normal e mantê-los informados sobre o progresso (ou falta de progresso) em direção à cicatrização, incluindo sinais e sintomas que devem ser comunicados ao profissional de saúde.

1.6.4.1 Avaliação da Úlcera de Pressão

A cada troca de penso, é necessário observarmos a úlcera de pressão e identificarmos sinais que podem indicar a necessidade de uma mudança no tratamento (por exemplo, a melhoria/deterioração da ferida, presença/ausência de exsudado, sinais de infeção ou outras complicações). Daí, a importância de avaliarmos e documentarmos com precisão as características físicas, tais como localização, categoria, tamanho, tipo de tecido (s), leito da ferida e condição da pele perilesional, exsudado e odor. É também importante selecionarmos um método uniforme e consistente para executar a medição do comprimento, largura e profundidade da ferida, de forma a facilitar comparações significativas ao longo do tempo. Os resultados obtidos da avaliação da úlcera de pressão são utilizados para planearmos intervenções que melhor promovam a cicatrização da mesma.

Podemos avaliar o progresso de cicatrização utilizando uma ou mais das seguintes escalas: a Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH ©) ou a Bates-Jensen Wound Assessment Tool (BWAT), anteriormente conhecida como a Pressure Sore Status Tool (PSST).

Não devemos desprezar sinais de cicatrização tais como a diminuição da quantidade de exsudado, a diminuição do tamanho da ferida e a melhoria no tecido leito da ferida.

1.6.4.2 Nutrição

Todos os doentes com uma úlcera de pressão deveriam ser encaminhados para o nutricionista para que seja submetido a uma avaliação precoce e seja programada uma intervenção para os problemas nutricionais.

Assim, é importante avaliarmos o peso de cada doente para determinar a história de peso e se há perda de peso significativa do peso corporal habitual (aumento > a 5% em 30 dias ou > a 10% em 180 dias). Existe, então, a necessidade de avaliar a capacidade do doente para comer de forma independente e avaliar se há uma adequação ingestão de nutrientes.

O suporte nutricional (nutrição enteral ou parenteral) deve ser considerado quando a ingestão oral é inadequada, devendo este ser consistente com os objetivos do doente. O aporte de uma quantidade adequada de proteínas é importante para manter o equilíbrio positivo de nitrogénio num doente com uma úlcera de pressão. Proporcionar e incentivar uma adequada ingestão de líquidos diária para hidratação. Assim, devemos monitorizar os indivíduos para os sinais e sintomas de desidratação: mudanças de peso, turgor da pele, diurese, elevação dos níveis séricos de sódio, ou calculando a osmolaridade sérica, demonstrando especial atenção aos doentes com sinais de desidratação, febre, vômitos, sudorese, diarreia ou feridas muito exsudativas.

1.6.4.3 Avaliação e controlo da dor

É essencial que todos os doentes portadores de uma UP sejam avaliados relativamente à dor, utilizando uma escala validada. A avaliação da dor deve incluir uma avaliação da linguagem corporal e sinais não-verbais (por exemplo, mudança de atividade, perda de apetite, expressão facial, gemidos, etc).

A dor relacionada com a UP pode ser prevenida utilizando um transfer que minimize a fricção e/ou cisalhamento quando os doentes são reposicionados, mantendo a roupa da cama esticada sem rugas, não posicionando o lado em que este possui a UP, evitando posicionamentos que aumentem a pressão (ex.: cabeceira elevada entre 30 ° a 90 ° na posição de decúbito dorsal).

No intuito de controlarmos a dor relacionada com a UP, é necessário organizarmos a prestação de cuidados para garantir que esta é coordenada com a administração de medicação analgésica nos momentos prévios à manipulação da ferida (limpeza, mudança de pensos, desbridamento, entre outros), manter o leito da ferida coberto e húmido, usar pensos não aderentes e incentivar os reposicionamentos como um meio para reduzir a dor, se de acordo com as necessidades de cada doente.

1.6.4.4 Superfícies de apoio

As superfícies de apoio por si só não previnem nem cicatrizam as UP, apenas são utilizadas como uma parte de um programa de prevenção e tratamento. Quando as UP deterioram ou não cicatrizam, os profissionais devem considerar a hipótese de substituir as superfícies de

apoio já existentes por outras que promovam a redistribuição da pressão e o controlo da temperatura (calor e humidade) para cada doente. Assim, mudar as superfícies de apoio é apenas uma das estratégias que temos de considerar. A substituição do material já existente por superfícies de apoio apropriadas para as necessidades de cada um têm o intuito de redistribuir a pressão, diminuir o cisalhamento e controlar o calor e a humidade, nos casos em que o doente: tenha de ser posicionado para o lado da úlcera, tenha UP em duas ou mais regiões de proeminências ósseas (ex.: sacro e trocânter), limitando as opções de posicionamento; demonstre deterioração da cicatrização da UP apesar dos cuidados apropriados; esteja em alto risco de desenvolver UP.

No caso de a UP não estar a cicatrizar devemos: reavaliar o doente e a UP; intensificar as medidas de prevenção já descritas anteriormente; considerar a mudança da superfície de apoio no intuito de promover a redistribuição da pressão e controlo do calor e humidade, de acordo com as necessidades de cada um.

Antes de procedermos à substituição do material em uso: avaliar a eficácia do plano prévio de prevenção e tratamento; definir os objetivos do tratamento de acordo com os objetivos individuais, valores e estilo de vida.

Qualquer superfície de apoio deve ser selecionada de forma a ir de encontro as necessidades de cada um, considerando os seguintes fatores: número, gravidade e localização das UP; risco de desenvolvimento de UP; necessidade de recursos adicionais, para controlar a temperatura e humidade, a fricção e o cisalhamento. Limitar a quantidade de roupa e de almofadas em cima da cama é igualmente necessário.

1.6.4.5 Posicionamentos

Posicionarmos o doente diretamente na zona de pressão está contra-indicado. É, então necessário, continuarmos a virar e reposicionar os doentes independentemente das superfícies de apoio em uso. Devemos estabelecer uma frequência de reposicionamentos de acordo com as características das superfícies de apoio e resposta individual.

É importante procedermos à inspeção da pele relativamente a lesões adicionais cada vez que se reposiciona o doente no leito. Não virar o indivíduo para uma superfície corporal lesada ou ainda ruborizada dum episódio prévio de pressão, especialmente se for uma UP de categoria I

Limitar a elevação da cabeceira a 30° a indivíduos acamados, exceto se for contra indicado pelo médico. Durante os posicionamentos é de salientar o benefício do uso de material de transferência para reduzir a fricção e cisalhamento, ou seja, levantar (não arrastar) o doente durante o posicionamento.

A utilização de dispositivos em forma de anel ou donut, ou dispositivos de aquecimento (ex.: sacos de água quente, almofadas aquecidas, etc) diretamente nos locais de UP está em desuso e não é aconselhável.

Existem algumas considerações especiais relativamente aos posicionamentos ao doente com UP ou em risco de desenvolver UP:

Na cama: devemos evitar o prolongamento da cabeceira elevada para diminuir a pressão e cisalhamento na região sacro-coccígea.

Na cadeira: devemos usar uma almofada de redistribuição de pressão; minimizar o tempo de sentado; certificar que os pés estão apropriadamente assentes no chão.

Nos casos de doentes com UP de categoria I/II na região sacro-coccígea ou ísquio-púbica, devemos limitar o tempo de sentado até 3x por dia em períodos de 60min ou menos.

Os calcanhares são uma das proeminências ósseas mais suscetíveis de desenvolver UP, especialmente em doentes acamados. Assim se percebe a importância de aliviar a pressão debaixo dos calcanhares colocando uma almofada nas pernas no intuito de não os deixar em contato com o leito da cama.

1.6.4.6 Limpeza da Úlcera de Pressão

A limpeza da UP inclui a limpeza da pele perilesional a cada mudança de penso com solução salina ou água potável.

Devemos considerar o uso de soluções de limpeza com surfatantes ou antimicrobianas para limpar as UP com detritos, suspeita ou confirmação de infeção ou suspeita de altos níveis de colonização

A limpeza da UP deve ser realizada usando uma solução de irrigação, aplicando a pressão suficiente para limpar a ferida sem danificar o tecido da ferida e sem conduzir bactérias para o leito da mesma. Geralmente uma pressão de irrigação de 4 a 15kg por metro quadrado é adequada para limpar a superfície da úlcera sem causar trauma ao leito da ferida.

1.6.4.7 Desbridamento

A técnica de desbridamento apenas deve ser tida em consideração quando houver necessidade de desbridar o tecido desvitalizado do leito da ferida e quando for apropriado à condição do doente e consistente com os objetivos globais do tratamento.

O método de desbridamento mais adequado deve ser selecionado atendendo: à condição do doente, objetivos do tratamento, estadio da úlcera e pele perilesional; tipo, quantidade e localização do tecido desvitalizado; ambiente de cuidados; e a aptidão dos profissionais de saúde. Os métodos passíveis de serem utilizados são: desbridamento cirúrgico, autolítico, enzimático, mecânico e biológico (terapia com larvas).

Quando não houver indicação para desbridamento urgente utilizamos o método mecânico, autolítico, enzimático ou biológico.

Devemos utilizar o desbridamento cirúrgico na presença de celulite, crepitação, flutuação ou sepsis de ponto de partida da UP infetada. Este método de desbridamento deve ser utilizado por um profissional treinado na área, competente e qualificado. Este tipo de desbridamento deve ser utilizado com precaução na presença de: imunossupressão, compromisso vascular dos membros, falta de cobertura antibiótica na presença de sepsis. As contra-indicações relativas incluem terapia anticoagulante e problemas de coagulação. É importante realizar uma avaliação vascular completa antes do desbridamento em UP localizadas nas extremidades para excluir insuficiência arterial.

Devemos manter o desbridamento numa UP crónica até o leito da ferida estar coberto com tecido de granulação e livre de tecido necrótico.

1.6.4.8 Pensos

Os pensos das feridas são uma componente essencial dos cuidados à UP. A seleção do penso deve ser baseada no tipo de tecido presente na UP, na condição da pele perilesional e nos objetivos de tratamento de cada doente. Geralmente, manter o leito da ferida húmido é o ideal quando o leito da ferida está limpo e tem presença de tecido de granulação para promover a cicatrização. Contudo, o tipo de penso pode ter de ser alterado conforme a cicatrização evolui ou deteriora.

Recomendações gerais:

- Avaliar a UP a cada mudança de penso e verificar se está a ser o tratamento adequado
- Seguir as recomendações do fabricante, nomeadamente a frequência de mudança de penso
- Deve-se escolher um penso que permaneça em contato com o leito da ferida ou utilizar um produto de barreira na pele perilesional para esta se manter seca e prevenir a maceração

Pensos hidrocoloides

- Utilizam-se pensos hidrocoloides em UP limpas de categoria II em regiões corporais onde estes não se enrolem
- Considera-se o uso de pensos hidrocoloides: em UP de categoria III não infetadas e pouco profundas; para proteger áreas corporais em risco de lesão por fricção
- Troca-se o penso hidrocoloide no caso de as fezes entrarem em contato com o mesmo
- Remove-se o penso hidrocoloide cuidadosamente para prevenir trauma da pele

Pensos de filme transparentes

- Considera-se o uso destes pensos para: proteger áreas corporais em risco de lesão por fricção; desbridamento autolítico quando o indivíduo não está imunossuprimido; como penso secundário para UP tratadas com alginato ou outro tipo de material que permaneça durante tempo prolongado no leito da ferida (ex.: 3-5 dias)
- Não se utiliza este tipo de penso: em feridas moderadamente/abundantemente exsudativas; como penso secundário para cobrir agentes de desbridamento enzimático, geles, óleos, etc.

Pensos com hidrogel

- Considera-se o uso de hidrogel: em feridas pouco exsudativas, pouco profundas e feridas com leito seco (o gel humidifica).

Pensos de alginato de cálcio

- Considera-se o uso de alginato: em feridas com moderado-muito exsudado, infetadas mas com tratamento de infeção adequado
- Remove-se gentilmente o alginato do leito da ferida, humidificando-a inicialmente para facilitar a remoção do mesmo

Pensos de espuma

- Considera-se o uso deste tipo de pensos em UP de categoria II muito exsudativas, UP de categoria III pouco profundas e UP com dor.

Pensos impregnados em prata

- Considera-se o uso deste tipo de penso em UP infetadas ou muito colonizadas ou em alto risco de infeção
- Evita-se o uso prolongado deste tipo de penso e descontinuar quando a infeção estiver debelada

Pensos impregnados em mel de uso medicinal

- Considera-se o uso deste tipo de pensos em UP de categoria II e III.

Pensos impregnados em solução iodada

- Considera-se o uso deste tipo de penso em UP com moderado/muito exsudado.
- Evita-se o uso deste tipo de penso em indivíduos com sensibilidade ao iodo ou com problemas de tiroide e em UP cavitadas e com necessidade de mudança de penso frequente (ex.: diária)

Pensos de gaze

- Evita-se este tipo de penso para limpar, em UP cavitadas pois são trabalhosos, causam dor quando removidos se estiverem secos, contribuindo para lesar o tecido são presente no leito da ferida.
- Quando outras formas de penso de retenção de humidade não estiverem disponíveis, o uso de gaze húmida é preferível ao uso da gaze seca

A prática varia muito em relação aos curativos com gaze. O aumento das taxas de infeção, retenção de partículas de penso e dor têm levado profissionais em algumas regiões do mundo, a evitar o uso de pensos de gaze para feridas crónicas abertas, tais como úlceras de pressão, em favor de curativos avançados. As gazes hoje são bastante limitadas e usadas principalmente como curativos cirúrgicos. Devido à necessidade de alterações frequentes, que têm demonstrado ser dispendiosas em tempo profissional. Contudo, os outros pensos tópicos disponíveis são dispendiosos e nem sempre no formulário e, portanto, a utilização de uma solução salina ou uma gaze humedecida para proteger a ferida é preferível do que permitir que a úlcera seque.

1.6.4.9 Avaliação e tratamento da infecção

As bactérias estão presentes em toda a superfície corporal. Quando a pele perde a sua integridade, originando uma ferida, as bactérias também se encontram na superfície da mesma. O número de bactérias e o seu efeito sobre o hospedeiro podem ser categorizados como contaminação, colonização, colonização crítica ou infecção. A infecção não é comum nas UP de categoria I ou II mas sim nas de categoria III e IV. A infecção pode-se disseminar para além da úlcera de pressão, resultando em infeções sistémicas graves, como a celulite, fascíte, osteomielite, síndrome da resposta inflamatória sistémica (SIRS), ou sépsis. Para evitar essas consequências graves, o profissional deve-se concentrar na identificação de doentes de alto risco, prevenção, deteção precoce e tratamento imediato e eficaz de infecção de úlceras de pressão.

As UP com maior probabilidade de suspeita de infecção em úlceras de pressão são: as que têm tecido necrosado ou um corpo estranho presente; grandes ou profundas; suscetíveis de ser repetidamente contaminada (por exemplo, próximo do ânus).

Deveremos ter atenção a suspeita de infecção local da ferida em indivíduos com diabetes mellitus, desnutrição protéico-calórica, a perfusão tecidual hipóxica ou pobre, doença auto-imune, ou imunossupressão.

Tem-se um alto índice de suspeita de infecção local de úlceras de pressão quando não há sinais de cicatrização por 2 semanas ou quando houver: tecido de granulação friável, odor fétido, aumento da dor na úlcera, aumento de calor no tecido ao redor da úlcera, o aumento do exsudado da ferida, características do exsudado como por exemplo, sangue e/ou pus e o aumento do tecido necrosado no leito da ferida.

O diagnóstico de infecção da UP tem em conta os sinais de infecção aguda, tais como eritema, endurecimento, dor nova ou crescente, calor ou drenagem purulenta. A úlcera infetada também pode ter aumentando de tamanho, ter crepitação, flutuação ou descoloração da pele circundante. O doente também pode ter sinais sistémicos de infecção, tais como febre, mau-estar e aumento de linfócitos. Os idosos podem desenvolver confusão/delírio e anorexia.

Podemos determinar a carga microbiana da úlcera de pressão por biópsia de tecido ou usando a técnica da zaragatoa. O método padrão para o exame da carga microbiana é a quantidade de tecido viável da ferida. Utilizar a técnica da zaragatoa na superfície da ferida só vai revelar o organismo colonizador, e podem não refletir a infecção mais profunda do tecido. Uma alternativa aceitável para quantificar a cultura de tecidos é a técnica quantitativa de Levine com zaragatoa: limpar a ferida com soro fisiológico e secar com gaze estéril; fazer colheita do tecido saudável presente no leito da ferida; não fazer cultura do exsudado, pus ou tecido muito fibroso; rodar a ponta da zaragatoa numa área de 1 cm x 1 cm em 5 segundos; aplicar uma pressão suficiente para provocar a expressão do fluido do tecido; e utilizar técnica asséptica para colocar a ponta da zaragatoa em meio líquido de cultura.

Para reduzir a carga bacteriana na úlcera de pressão, é importante sabermos que o tecido necrosado e exsudado promovem o crescimento bacteriano. Assim, a limpeza remove detritos e bactérias flutuantes. O desbridamento é muitas vezes necessário para remover exsudado aderente e/ou biofilmes. Uma vez removidos, os biofilmes tendem a reconstruir-se. Os antimicrobianos podem ajudar a diminuir a taxa de biofilme.

Devemos considerar o uso de anti-sépticos tópicos apropriados para úlceras de pressão. Os antissépticos devem ser usados por um período limitado de tempo para controlar a carga microbiana bacteriana, limpar a úlcera e reduzir a inflamação circundante. O profissional deve ter conhecimento sobre as diluições adequadas, bem como os riscos de toxicidade e as reações adversas. O uso de anti-sépticos tópicos está indicado em úlceras de pressão nas quais não se prevê cicatrização e que estão criticamente colonizadas.

O uso de prata antimicrobiana tópica ou pensos de mel em úlceras de pressão infetadas com vários organismos deve ser considerado porque esses curativos oferecem cobertura antimicrobiana ampla. No entanto, antes de aplicar um produto de mel, certifique-se de que o indivíduo não é alérgico ao mel, produtos apícolas, ou picadas de abelha.

É importante limitarmos o uso de antibióticos tópicos sobre úlceras de pressão infetadas, para situações especiais, isto é, no geral, os antibióticos não são recomendados para as úlceras de pressão. As razões para isto incluem a penetração inadequada para infecções profundas da pele, o desenvolvimento da resistência aos antibióticos, reações de hipersensibilidade, a absorção sistêmica quando aplicada a grandes feridas, efeitos irritantes locais, os quais podem levar ao prolongamento da cicatrização da ferida. No entanto, podem ser úteis em feridas que foram desbridadas mas ainda têm uma biocarga de bactérias elevada e/ou presença de beta-hemolíticos, desde que utilizados por curtos períodos como por exemplo a sulfadiazina de prata, soluções tópicas de antibióticos, ou metronidazol tópico. Este último pode ser usado para o tratamento de mau odor em feridas fúngicas ou feridas com infecção anaeróbia.

Usar antibióticos sistêmicos para doentes com evidência clínica de infecção sistêmica, tais como culturas positivas de sangue, celulite, fascíte, osteomielite, síndrome da resposta inflamatória sistêmica (SIRS), ou sepsis, se consistente com os objetivos do doente.

1.7 Estudos na área do conhecimento de prevenção e tratamento de UP na prática clínica dos enfermeiros

Têm vindo a ser desenvolvidos vários estudos sobre o conhecimento sobre prevenção e tratamento de UP na prática clínica dos enfermeiros, pelo que procuraremos dar uma panorâmica de alguns desses estudos, tanto a nível nacional como internacional.

De acordo com o estudo realizado por Ayello et al. (2005), em que os leitores do jornal *Advances in skin and wound care* foram abordados para responder a 23 perguntas/afirmações

relacionadas com os conhecimentos e prática clínica das UP. Foram obtidas 692 respostas de 48 estados, 5 províncias canadianas e outros 7 países. A idade média dos questionados foi 44 anos, em que o maior número se situa entre os 41 e 50 anos; a média de anos de experiência profissional rondava os 15 anos e cerca de 40% reportaram 20 anos de experiência profissional; apenas 10% dos questionados têm formação em cuidados de enfermagem às UP. O objetivo deste estudo era saber se os enfermeiros implementam “boas práticas” no que respeita às intervenções de prevenção e tratamento de UP e de acordo com as atuais normas de procedimentos, os resultados indicam que, em geral, os enfermeiros têm um bom conhecimento sobre prevenção e tratamento de UP e que a sua experiência cresce com a idade e os anos de experiência. No entanto, os enfermeiros mais jovens e menos experientes precisam de maior formação sobre este tema.

O estudo de Pancorbo-Hidalgo et al. (2007) foi realizado em Espanha, a um total de 740 enfermeiros que trabalhavam em hospitais, centros de saúde e em unidades de cuidados de longa duração, utilizando o questionário como método de recolha de dados. Os objetivos eram: determinar o nível de conhecimento existente nos enfermeiros espanhóis relativamente à prevenção e tratamento de UP; o nível de implementação desse conhecimento na prática clínica; e os fatores profissionais e educacionais que influenciam o conhecimento e a prática. Dos participantes neste estudo verificou-se que a maioria dos enfermeiros (24,4%) têm entre 5 a 10 anos de experiência profissional, 86,2% têm formação específica na área das UP, 29% adquiriram formação pós-graduada e 80,7% nunca participaram em estudos de investigação na área das feridas. Estes autores concluíram que os enfermeiros que têm formação nesta área têm melhores resultados; o número de anos de experiência profissional afeta significativamente o nível de conhecimento relativamente às intervenções de tratamento de UP, mas não influencia a prática clínica. Os grupos profissionais com 2 a 5 e 5 a 10 anos de experiência profissional apresentam índices pouco mais altos do que os grupos profissionais com menos anos de experiência profissional. Também verificaram que uma diminuição na pontuação dos enfermeiros que têm mais do que 20 anos de atividade profissional. Os enfermeiros que reportaram ter formação específica em UP obtiveram melhores resultados, tanto no conhecimento como na prática clínica, do que aqueles que não tiveram formação na área.

Gallant et al. (2010) realizaram um estudo onde investigam a correlação entre os conhecimentos dos enfermeiros e a prática clínica no que concerne à prevenção e tratamento de UP. Foi um estudo de âmbito descritivo-correlacional para explorar e determinar a existência de relação entre várias variáveis: o nível de conhecimento dos enfermeiros na prevenção e tratamento de UP, a sua experiência clínica, a exposição de paciente que apresentem a problemática das UP, a leitura de artigos ou formação na área, a prática clínica no que se refere à prevenção de UP, etc. Este estudo foi aplicado num hospital universitário e resulta numa pesquisa dos processos dos doentes e num total de 256 enfermeiros, que responderam a um questionário. Os autores verificaram que os conhecimentos dos enfermeiros estão relacionados com os serviços onde desempenham funções. Ou seja, os enfermeiros que

trabalham nos serviços de medicina e neurologia têm o índice mais alto de conhecimento. Também encontraram uma relação entre formação e altos níveis de conhecimento. Mais especificamente, foram analisados três tipos de formação: uma sessão de formação com duração de 7h e 25 minutos, uma sessão de formação de 1h providenciada pelo centro universitário do hospital onde o estudo foi conduzido, e outros tipos de formação providenciados por outras entidades. Os resultados mostram que apenas a sessão de formação de 7h e 25 minutos estava significativamente relacionada com um nível de conhecimento mais elevado. Por outro lado, os enfermeiros que reconhecem o seu nível de conhecimento como sendo elevado, têm realmente melhores conhecimentos. Assim, os autores concluíram que o conhecimento dos enfermeiros no que respeita à prevenção e tratamento de UP é muito insuficiente; em relação ao nível de ensino, verificaram que não tem qualquer influência sobre o conhecimento dos enfermeiros; os anos de experiência não têm influência sobre o conhecimento dos enfermeiros; existe uma relação positiva entre a formação e os conhecimentos dos enfermeiros; ler artigos e participar em conferências têm uma influência positiva sobre os conhecimentos dos enfermeiros; as principais fontes de aquisição de conhecimentos são a experiência profissional e os colegas de profissão; e que é surpreendente a ampla discrepância entre o que os enfermeiros sabem e o que colocam em prática.

Aydin et al. (2010) realizaram um estudo a 237 enfermeiros que prestam cuidados em três hospitais de Ancara e Turquia, utilizando o questionário como método de recolha de dados. O objetivo era determinar o conhecimento dos enfermeiros e respetiva prática clínica na prevenção e tratamento de UP. Dos enfermeiros que participaram nesta investigação, 46% têm entre 1 a 5 anos de experiência profissional, 30% têm 6 a 10 anos, 14,3% têm entre 11 a 15 anos, 6,3% têm 16 a 20 anos e 3% têm mais que 21 anos de experiência profissional. Os resultados deste estudo revelaram scores médios baixos quando os enfermeiros foram questionados sobre avaliação e gestão de UP, bem como, o suporte educacional/formativo dos participantes influencia significativamente o conhecimento e a prática clínica relacionada com a prevenção e tratamento das UP. Metade dos enfermeiros envolvidos neste estudo reportaram que nunca tinham participado em nenhuma sessão de formação sobre prevenção e tratamento de UP. O lado negativo dessa realidade é refletido pelos resultados obtidos, em que os scores de conhecimento foram significativamente mais altos entre os enfermeiros que já tinham participado em sessões de formação contínua do presente tema, em comparação com os que nunca tinham participado. Assim, estes autores concluíram que a formação/educação contínua influencia significativa e positivamente o conhecimento e a prática clínica dos enfermeiros relacionada á prevenção e tratamento de UP.

El Eneim et al. (2011), realizou um estudo transversal que foi conduzido no maior hospital localizado em Alexandria. O estudo incluiu 122 enfermeiros que desempenhavam funções nos serviços de cirurgia, medicina, oncologia, ortopedia, cuidados intensivos e neurologia, através de um questionário para avaliar o conhecimento dos enfermeiros sobre prevenção e tratamento

de úlceras de pressão. Relativamente á idades dos participantes, a maioria dos enfermeiros tinham entre 20 a 30 anos de idade (56,6%). Uma grande percentagem dos enfermeiros (57,4%) tinham menos de 5 anos de experiência profissional, 27% tinham entre 5 a 10 anos e a menor percentagem rondava os 8,2% que corresponde a enfermeiros com mais de 15 anos de experiência profissional. Apenas 31 (25,4%) enfermeiros tiveram formação prévia em UP. Os resultados encontrados mostram pouco conhecimento dos enfermeiros sobre prevenção e tratamento de UP, concluindo que o conhecimento está abaixo do nível mínimo aceitável.

2. CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

Esta investigação enquadra-se na problemática da Prevenção e Tratamento de Úlceras de Pressão e circunscreve-se na esfera da influência do conhecimento na prática clínica dos enfermeiros em estudo.

Assim, a questão de partida deste estudo é a seguinte:

Qual a influência do conhecimento sobre a prevenção e tratamento de Úlceras de Pressão na prática clínica dos enfermeiros?

2.1 Objetivos de estudo

Assim, delineou-se como objetivo geral deste estudo:

- ✓ Conhecer a influência do conhecimento sobre Prevenção e Tratamento de Úlceras de Pressão na prática clínica dos enfermeiros

Como objetivos específicos, estabeleceu-se:

- ✓ Explorar o conhecimento das Guidelines
- ✓ Observar o nível de influência do conhecimento na prática clínica
- ✓ Identificar os fatores profissionais e educacionais que influenciam o conhecimento e a prática

2.2 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal, correlacional e descritivo de âmbito quantitativo, assente em pressupostos das ciências sociais e humanas.

Considera-se um estudo transversal pois tem como objetivo medir a frequência de um acontecimento numa dada população. Segundo Fortin (2009), o estudo transversal consiste em examinar simultaneamente um ou vários cohortes da população ou um ou vários grupos de indivíduos, num determinado tempo, em relação com um fenómeno presente no momento da investigação.

Segundo Vilelas (2009), o estudo transversal é constituído por uma sucessão de medições que se fazem em condições regulares e que se aplica a determinar os valores de uma variável, para um certo objeto. Assim, o estudo transversal é uma forma de apresentação sequencial de dados de qualquer tipo, que pretende informar acerca das suas variações ao longo do tempo. Para que os dados possam ser considerados valiosos é essencial que as medições se efetuem

sempre nas mesmas condições, empregando para todos os casos um instrumento de recolha de dados. Isto permite a exata comparação dos resultados e possibilita fazer a análise de tendências e outras inferências semelhantes.

Este estudo é baseado numa estimativa do tipo descritivo correlacional para explorar e determinar a existência de relações entre diversas variáveis: o nível de conhecimento dos enfermeiros sobre a prevenção e tratamento de úlceras de pressão, a sua prática clínica, a experiência profissional e fatores educacionais. Além disso, este estudo tem como objetivo descrever a relação entre essas variáveis. De acordo com Fortin (2009), o estudo descritivo correlacional não se trata de verificar hipóteses, mas sobretudo de examinar relações para encontrar respostas às questões de investigação e de interpretar os resultados em função do contexto do estudo. Esta estimativa concorda perfeitamente com o objetivo do presente estudo. O conceito de variável dependente e independente, não se aplica a esse tipo de pesquisa (Fortin, 2009).

Este estudo insere-se na metodologia quantitativa pelo facto de neste estudo ser possível traduzir em números as opiniões e informações para, em seguida, poderem ser classificadas e analisadas.

Segundo Vilelas (2009), as abordagens quantitativas visam a apresentação e a manipulação numérica de observações com vista à descrição e à explicação do fenómeno sobre o qual recaem as observações.

2.3 População/Amostra

A dimensão e natureza da população estão diretamente dependentes do objetivo da investigação (Hill e Hill, 2002).

Entende-se como população o grupo de indivíduos que estão abrangidos por uma mesma definição (Carmo e Ferreira, 1998), possuem uma ou mais características em comum e são essas particularidades que os distinguem de outros grupos de indivíduos. Quando a população é sujeita a um estudo denomina-se população-alvo. Desta forma, esta é constituída por elementos que satisfazem os critérios de seleção anteriormente definidos e para os quais o investigador deseja fazer generalizações (Fortin, 1999). Neste estudo como população (N) entendem-se os Enfermeiros dos serviços de Medicina, definindo como população-alvo os 135 Enfermeiros dos Hospitais Públicos da Península de Setúbal que trabalham em serviços de Medicina.

Fortin (1999) define amostra como um subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população, ou seja, não importa qual o subconjunto da população escolhida, desde que esta tenha as características representativas da mesma. Assim, em relação à dimensão da amostra deste estudo, e como se pretende conhecer em

pormenor esta realidade e ter um grau de confiança elevado para os resultados, optámos por uma amostra sobreponível à população-alvo.

Para Hicks (2006), citado por Fortin (1999), torna-se crucial que as técnicas de recolha de amostra sejam corretas com o intuito de obter conclusões válidas com base nos dados, uma vez que apenas desta forma é possível generalizar os resultados à restante população.

Não há forma de estabelecer facilmente qual a melhor dimensão para uma amostra, uma vez que esta decisão depende, em grande parte, da investigação a realizar (Hicks, 2006). Contudo, uma amostra maior é mais representativa da população enquanto numa amostra mais pequena deve apresentar dados mais rigorosos. De acordo com Fortin (1996), a amostra para uma abordagem qualitativa é reduzida, desde que o tamanho da amostra permita a saturação dos dados, de acordo com a profundidade que pretendemos atingir. Segundo Morse (1991) citado por Fortin (1999), se o objetivo do estudo é explorar e descrever fenómenos, o tamanho da amostra poderá ser reduzido.

Os critérios de exclusão servem para determinar os indivíduos que não farão parte da amostra. Assim sendo, a constituição da amostra deste estudo de investigação inclui os Enfermeiros dos serviços de Medicina dos Hospitais Públicos da Península de Setúbal, sendo que se definiu, como critérios de exclusão os Enfermeiros que não prestam cuidados diretos ao cliente.

2.4 Instrumento de Colheita de Dados

A investigação é suscetível de tratar uma variedade de fenómenos e, para realizá-la, é preciso ter à disposição diferentes instrumentos de medida. A escolha do método de colheita de dados depende do nível da investigação, do tipo do fenómeno ou da variável e dos instrumentos disponíveis. O investigador deve questionar-se se o instrumento que ele pensa utilizar para recolher a informação junto dos participantes é o mais conveniente para responder às questões de investigação ou verificar hipóteses (Fortin, 2009). Ainda o mesmo autor refere que quando se trata de descrever as relações entre variáveis (estudo descritivo-correlacional) ou explicá-las (estudo correlacional), geralmente apela-se a escalas de medida, a testes normalizados e a questionários.

O questionário foi o método escolhido para a recolha dos dados. Trata-se de um instrumento de colheita de dados que exige do participante respostas escritas a um conjunto de questões. O questionário tem por objetivo recolher informação factual sobre acontecimentos ou situações conhecidas, sobre atitudes, crenças, conhecimentos, sentimentos e opiniões. Apresenta uma grande flexibilidade no que respeita à estrutura, à forma e aos meios de recolher a informação (Norwood, 2000), citado por Fortin (2009).

O questionário foi o método escolhido por ser um meio rápido e pouco dispendioso de obter dados, junto de um grande número de pessoas distribuídas por um vasto território. Entre outras

vantagens, menciona-se a natureza impessoal do questionário, assim como a uniformidade da apresentação e das diretivas, o que assegura uma constância de um questionário para outro e, por este facto a fidelidade do instrumento, o que torna possíveis as comparações entre os respondentes. Além disso, o anonimato das respostas tranquiliza os participantes e leva-os a exprimir livremente as suas opiniões (Fortin, 2009).

O questionário tem também inconvenientes: as taxas de resposta são fracas e as taxas de dados em falta são elevadas (Fortin, 2009).

Neste estudo, para recolher os dados, foi utilizada uma adaptação de um questionário já existente, testado e utilizado por Pancorbo-Hidalgo PL et al. em 2007 (Anexo I). Foi pedida a respetiva autorização via email (Apêndice I) e foi necessário recorrer à tradução do questionário e à adaptação do mesmo à realidade do meio e às Guidelines recentes. Desta forma, existe a vantagem de permitir a comparação, mesmo que em parte, dos resultados obtidos com os que já foram publicados.

O instrumento de colheita de dados utilizado apresenta-se com uma nota introdutória explicativa, onde se referenciam os aspetos ético-deontológicos evidenciados neste estudo, o âmbito da investigação, a sua constituição, o modo de preenchimento, terminando com um reforço de apelo à resposta e a explicitação do consentimento livre e esclarecido. Este instrumento é de autopreenchimento e está dividido em duas partes, na primeira apresentam-se alguns itens para recolha de dados sócio-demográficos, na segunda questionam-se os conhecimentos dos enfermeiros e a prática clínica respetiva no que toca às intervenções de prevenção e tratamento de úlceras de pressão (Apêndice II).

2.5 Considerações éticas

No processo de investigação devem ser igualmente tidos em consideração os aspetos éticos, assegurados etapa a etapa, sublinhando, a qualidade da técnica de investigação. Assim, em qualquer estudo de investigação percebe-se que esses aspetos devem ser salvaguardados desde a definição da questão de partida, desenho do estudo incluindo métodos e procedimentos, até aos resultados e sua divulgação.

São seis, os princípios éticos que devem conduzir qualquer processo de investigação, de acordo com Nunes (2005): *Beneficência* – “Fazer o bem” para o próprio e para a sociedade; *Avaliação da Maleficência* – “Não causar dano”, implica avaliar os riscos possíveis e previsíveis; *Fidelidade* – “Estabelecer confiança” entre o investigador e o respondente, ou sujeito de investigação; *Justiça* – “Proceder com equidade” implica imparcialidade e neutralidade, não diferenciação de um grupo, face a outro; *Veracidade* – “Dizer a verdade” é informar de riscos de benefícios, implica sempre a obtenção do consentimento livre e

esclarecido; *Confidencialidade* – “Salvaguardar” a informação pessoal reunida ao longo do estudo. É diferente de anonimato.

No decurso desta investigação, foram tidos sempre em consideração e respeitados os aspetos éticos acima enunciados, desde os pedidos de autorização do estudo às diferentes Instituições, até aos pedidos individuais a cada enfermeiro, pois a acompanhar cada questionário encontrava-se o pedido de consentimento livre e esclarecido, após apresentação do âmbito e objetivos do estudo (Apêndice III). Assegurados também, os aspetos de confidencialidade e anonimato dos dados. Além destes aspetos operacionais, entende-se que todo o processo respeita o rigor necessário, procuram-se assegurar a fiabilidade e a fidedignidade dos métodos e processos, desde a colheita ao tratamento e divulgação dos dados.

2.6 Processo de recolha e tratamento dos dados

A colheita dos dados consiste em recolher metodicamente a informação junto dos participantes com a ajuda dos instrumentos de medida escolhidos para este fim. Para empreender a colheita dos dados propriamente dita, o investigador deve fazer certas diligências preliminares. É preciso obter autorizações para conduzir o estudo no estabelecimento que escolheu e a aprovação da comissão de ética na investigação, velar para que os intervenientes tenham a formação necessária, recrutar os participantes, assegurar a constância na colheita da informação e fazer face aos problemas que surgem (Fortin, 2009). Desta forma, após a definição dos critérios de inclusão e exclusão, solicitámos à Universidade Católica Portuguesa que efetuasse os contatos com as instituições para obtenção de autorizações de realização do estudo. Após as autorizações, procedemos ao contato com um elemento de referência de cada instituição, no sentido de uma melhor articulação. Efetuámos a entrega dos questionários pessoalmente a cada elemento de referência dos vários serviços de Medicina, com respetivos envelopes previamente selados, para retorno dos mesmos.

Ao apercebermo-nos de algumas dificuldades na recolha dos questionários, realizámos várias visitas às instituições cujos elementos de referência se mostraram recetivos e disponíveis para colaborar, supervisionando para que o máximo de enfermeiros possível de cada serviço preenchesse os questionários e agilizando a correta recolha dos mesmos.

Em termos de cronograma, foram necessários 9 meses, tendo obtido um total de 96 questionários preenchidos.

Para o tratamento dos dados recorremos ao tratamento estatístico com o Statistical Package Social Sciences – 20.0 (SPSS), usando a análise quantitativa e estatística descritiva.

3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

No presente capítulo iremos apresentar e analisar os dados interpretando-os à luz das questões de investigação ou das hipóteses formuladas (Fortin 1999). Este autor considera ainda que, apresentar os resultados consiste em acompanhar o texto narrativo de tabelas que ilustrem os principais resultados obtidos com as diferentes análises utilizadas.

Tendo em conta o supracitado, pretendemos neste capítulo dar a conhecer de uma forma sintética os resultados obtidos, evidenciando os que apresentem maior pertinência de acordo com os objetivos do estudo. O tratamento de dados foi efetuado através de uma análise estatística, com recurso ao programa informático SPSS – 20.0.

De seguida apresentamos uma caracterização geral da amostra, posteriormente será exposta a caracterização das médias das variáveis estudadas, a correlação entre as variáveis estudadas, seguida da apresentação da diferença de médias do tempo de experiência profissional, da formação em UP na licenciatura, da participação em jornadas/congressos, e da frequência de pós-graduações. Finalizamos com a apresentação das análises inferenciais dos dados obtidos.

3.1 Caracterização da amostra

Neste subcapítulo será feita uma caracterização da amostra do nosso estudo através da interpretação das tabelas 1 e 2.

Tabela 1 – Frequências e percentagem das variáveis categoria e experiência profissionais

Variável	Nº	%
Categoria profissional		
Enfermeiro	92	95,80
Enfermeiro Especialista	4	4,20
Experiência profissional		
< 1 ano	6	6,30
1 a 3 anos	28	29,20
3 a 5 anos	23	24,00
5 a 15 anos	33	34,40
> 15 anos	6	6,30

Pela análise da tabela 1, verificamos que a maioria dos participantes da nossa amostra são enfermeiros de cuidados gerais (95,8% para 4,2% de enfermeiros especialistas) e têm entre 5 a 15 anos de experiência profissional (34,4% representando 33 participantes), seguido dos sujeitos com 1 a 3 anos de experiência profissional com peso percentual de 29,2% (28 participantes); em terceiro lugar há 23 participantes com peso percentual de 24% da nossa amostra; finalmente nos extremos com menos de 1 ano ou mais que 15 anos existem 6 participantes para cada uma das categorias, representando ambas um peso percentual de 12,6%.

Tabela 2 - Frequência e percentagem das variáveis associadas à Formação Profissional

Variável	Nº	%
Formação Prevenção UP		
Sim	81	84,40
Não	15	15,60
Adquirida na licenciatura		
Sim	62	76,50
Não	19	23,50
Cursos pós-graduação		
Sim	10	12,30
Não	71	87,70
Jornadas/congressos		
Sim	41	50,60
Não	40	49,40
Participação investigação		
Sim	5	5,20
Não	91	94,80

Da análise da tabela 2, verificamos que o número de sujeitos com formação em prevenção de UP é maior (81 sujeitos que corresponde a 84,4%) do que os que não têm formação na área (15,6%).

Analisando os 81 participantes que referem ter formação de prevenção em UP, fomos analisar o local onde tinham adquirido a respetiva formação. Assim, temos que 76,50% (62 sujeitos) referem que adquiriram essa formação na licenciatura, 12,30% (a que corresponde 10 participantes) indicam que adquiriram essa formação em cursos de pós-graduação e 50,60% (representando 41 indivíduos) selecionaram a opção de Jornadas e Congressos.

De acordo com estes resultados, constatamos que houve sujeitos que selecionaram duas ou mais opções simultaneamente.

Considerando a variável sobre estudos de investigação na área, verificámos que a maioria dos sujeitos da nossa amostra não participou em nenhum estudo de investigação (94,8% não participaram para 5,2% que participaram).

3.2 Caracterização das médias das variáveis estudadas

No presente subcapítulo serão caracterizadas as médias das variáveis estudadas, nomeadamente “conhecimentos prevenção”, “conhecimentos tratamento”, “prática prevenção”, “prática tratamento”, “score global conhecimento” e “score global prática”, que poderá ser interpretado através da tabela 3.

Tabela 3 – Medidas de tendência central e dispersão das variáveis estudadas

Variável	Média	Desvio padrão	Percentil
Conhecimentos prevenção	27,60	2,91	48
Conhecimentos tratamento	30,85	3,85	47
Prática prevenção	25,62	2,87	47
Prática tratamento	29,40	3,41	44
Score global conhecimento	58,74	5,74	47
Score global prática	55,02	5,56	50

Pela tabela 3, verificamos que a média mais elevada corresponde à variável “Conhecimentos tratamento” (média = 30,85; desvio padrão = 3,85) e a média mais baixa encontramos na prática de prevenção (média = 25,62; desvio padrão = 2,87).

Para determinar se os valores médios correspondiam a conhecimentos sólidos sobre as UP fomos utilizar a distribuição percentílica obtendo uma variação entre 44 e 48%. Consequentemente, podemos inferir que os conhecimentos dos sujeitos estão ligeiramente abaixo do ponto intermédio.

Analisando os scores globais, verificámos que oscilam entre 47 e 50% aproximando-se do ponto intermédio.

3.3 Correlação

Segundo Fortin (2009) um coeficiente de correlação linear é um valor numérico que indica o grau de relação entre duas variáveis de intervalos ou proporções. Assim, através da tabela 4 podemos inferir a força e a direção da correlação linear entre as duas variáveis estudadas (conhecimento e a prática clínica) e que são representadas pelo coeficiente de correlação, que pode variar entre -1 e +1.

Tabela 4 – Correlação entre as variáveis conhecimento e prática clínica

Variável	Conhecimento
Prática	.52***

Nota: *** $p \leq .001$

Para determinar se existe uma correlação entre os níveis de conhecimento e a prática clínica efetuámos uma correlação de Pearson. Pela tabela 4, constatamos que há uma correlação entre o nível de conhecimento e a prática clínica sendo que foi encontrada uma relação direta ($r = .52$; $p = .000$).

3.4 Diferença de médias do tempo de experiência profissional

Neste subcapítulo serão evidenciadas, através da tabela 5, a diferença das médias das variáveis estudadas consoante o tempo de experiência profissional dos enfermeiros em estudo. Já a tabela 6, poderá demonstrar quais as médias e o desvio padrão da variável “tempo de experiência profissional”.

Tabela 5 – Diferença de médias das variáveis estudadas segundo o tempo de experiência profissional

Variável	F	p
Conhecimentos prevenção	2,28	ns
Conhecimentos tratamento	2,68	*
Prática prevenção	2,42	ns
Prática tratamento	.56	ns
Conhecimento global	2,14	ns
Prática global	.80	ns

Nota: * $p \leq .05$; ns – não significativo

Para determinar se existem diferenças nas dimensões estudadas segundo o tempo de experiência profissional utilizámos o teste de ANOVA.

Da tabela 5 verificamos que a dimensão “conhecimentos de tratamento” apresenta diferenças estatisticamente significativas no teste de Friedman ($F= 2,68$; $p = .038$). Nas restantes dimensões verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas.

Desta forma fomos estudar a dimensão “conhecimentos do tratamento” aplicando o teste de POST-HOC de Bonferroni.

Tabela 6 – Médias e desvio padrão da variável tempo de experiência profissional aplicado o teste de Bonferroni

Tempo de experiência profissional	Média	Desvio padrão	F	p
< 1 ano	32,40	4,72	2,68	*
1 a 3 anos	29,17	4,17		
3 a 5 anos	32,19	3,19		
5 a 15 anos	30,65	3,64		
> 15 anos	33,50	1,91		

Nota: * $p \leq .05$

Pelos valores da tabela 6 verificamos que os participantes com maior tempo de experiência profissional (> 15 anos) apresentam médias mais elevadas comparativamente aos outros intervalos de tempo profissional.

3.5 Diferença de médias da formação em Úlceras de Pressão na Licenciatura

No presente subcapítulo, poderemos identificar a diferença de médias da formação em UP no curso de licenciatura em enfermagem (tabela 7).

Tabela 7 – Diferença de médias das variáveis estudadas segundo o fato de ter ou não formação na licenciatura

Variável	Formação na licenciatura				T	P
	Sim		Não			
	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão		
Conhecimentos prevenção	27,72	2,75	26,93	3,69	.764	ns
Conhecimentos tratamento	30,89	3,98	30,62	3,18	.274	ns
Prática prevenção	25,52	2,95	25,50	2,50	.027	ns
Prática tratamentos	29,39	3,40	29,43	3,63	-.038	ns
Conhecimentos global	58,74	5,74	58,31	4,50	.303	ns
Prática global	55,02	5,56	55,08	5,16	-.039	ns

Para determinar se existem diferenças nas variáveis estudadas segundo a formação em UP fomos utilizar o teste t-student que podemos observar na tabela 7. Na nossa amostra constatamos que em todas as dimensões apesar de existirem variações nos valores médios, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas.

3.6 Diferença de médias da participação em Jornadas/Congressos

Através da tabela 8 podemos verificar qual a diferença de médias dos enfermeiros que participaram em Jornadas/Congresso sobre UP.

Tabela 8 - Diferença de médias das variáveis estudadas segundo a participação em jornadas/congressos

Variável	Jornadas/Congressos				t	p
	Sim		Não			
	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão		
Conhecimento prevenção	28,05	2,74	27,36	2,75	1,088	ns
Conhecimento tratamento	30,38	4,06	31,43	3,89	-1,122	ns
Prática prevenção	25,16	3,25	25,87	2,57	-1,057	ns
Prática tratamento	28,32	3,51	30,51	2,91	-2,885	**
Conhecimento global	58,69	5,50	58,81	6,10	-.084	ns
Prática global	53,38	5,86	56,75	4,71	-2,581	*

Nota: * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; ns – não significativo

Para determinarmos se existem diferenças nas variáveis estudadas segundo a participação em jornadas/congressos fomos utilizar o teste t-student, observando na tabela 8, que existem diferenças estatisticamente significativas nas dimensões “prática de tratamento” ($t = -2,89$; $p = .005$) e score global de prática ($t = -2,58$; $p = .012$), sendo que neste último, os participantes que não participaram em jornadas, são os que têm valores médios mais elevados. Nas restantes dimensões não se verificam diferenças estatisticamente significativas.

3.7 Diferença de médias da frequência de pós-graduações

Por último, a tabela 9 apresenta os valores das médias das variáveis estudadas segundo a frequência dos enfermeiros em pós-graduações relativamente às UP.

Tabela 9 - Diferença de médias das variáveis estudadas segundo a frequência de Pós-graduações

Variável	Pós-graduações				t	p
	Sim		Não			
	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão		
Conhecimento prevenção	29,67	3,08	27,45	2,61	2,055	ns
Conhecimento tratamento	33,25	2,44	30,59	4,05	2,660	*
Prática prevenção	26,90	1,85	25,30	3,02	2,302	*
Prática tratamento	31,13	3,36	29,17	3,36	1,551	ns
Conhecimento global	62,86	4,49	58,25	5,71	2,485	*
Prática global	58,25	4,80	54,57	5,54	1,992	ns

Nota: * $p \leq .05$; ns – não significativo

Para determinar se existem diferenças nas variáveis estudadas segundo a participação em Cursos de Pós-graduação ou de formação avançada sobre prevenção e tratamento de UP, utilizámos também o teste t-student que podemos observar na tabela 9. Constatamos que existem diferenças estatisticamente significativas nas seguintes dimensões: “conhecimento tratamento” ($t = 2,66$; $p = .020$); “prática prevenção” ($t = 2,30$; $p = .034$); e score global de conhecimento ($t = 2,49$; $p = .036$), sendo que os sujeitos que participaram em cursos de pós-graduação apresentam valores médios mais elevados. Nas restantes dimensões não existem diferenças estatisticamente significativas.

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Chegou a fase do processo de investigação em que tudo converge para a clareza e onde os resultados tomam o seu devido sentido face aos objetivos traçados no estudo em causa. Para Fortin (1999), a apresentação bruta dos resultados não tem sentido senão incluída numa discussão na qual o investigador lhes dá significado. Para esta autora, a discussão dos resultados visa a sua colocação num contexto de realidade, pela tomada em consideração dos limites do estudo, pela interpretação dos principais resultados e o enunciado de recomendações, especialmente nas implicações para futuras investigações.

De seguida, iremos efetuar uma reflexão comentada e justificada dos resultados obtidos, confrontando-os com as diferentes perspetivas e estudos do enquadramento teórico, que suporta este trabalho.

Participaram neste estudo 96 enfermeiros, colaboradores nos serviços de Medicina de diferentes Hospitais da Península de Setúbal. Destes, 95,80% são enfermeiros de cuidados gerais, o que corresponde a 92 enfermeiros e 4,20% são enfermeiros especialistas (4 enfermeiros). Os dados por nós obtidos estão abaixo dos dados estatísticos nacionais obtidos pela OE entre 2000-2012 (OE, 2013), onde podemos observar que existem 53131 enfermeiros de cuidados gerais, dos quais 12351 são enfermeiros especialistas (23,24%).

Relativamente à experiência profissional, podemos afirmar que dos 96 enfermeiros, 33 (o que corresponde a 34,40% da amostra) têm entre 5 a 15 anos de experiência profissional, 28 (29,20%) têm 1 a 3 anos de experiência profissional, 23 (24%) têm 3 a 5 anos e, 6 (6,30%) correspondem tanto a enfermeiros com menos de 1 ano de experiência profissional, como com mais de 15 anos de experiência profissional.

De acordo com Benner (2001), pelo menos um terço da nossa amostra se encontra ao nível do perito (33 mais 6 = 39), o que significa que “não se apoia sobre um princípio analítico (...) para passar do estado de compreensão da situação ao ato apropriado. (...) Tem uma enorme experiência, compreende, agora, de maneira intuitiva cada nova situação e apreende diretamente o problema sem se perder num largo leque de soluções” (Benner, 2001, p.58). De acordo com Nunes (2010, p. 4), o perito “suporta a sua ação a partir de experiência e da compreensão intuitiva das situações” e “o seu desempenho é altamente fluido, complexo e eficaz”. Apenas 6 enfermeiros (6.30%) da nossa amostra se encontram ao nível de iniciado que, segundo Benner (2001, p.49), “não tem experiência das situações com que pode ser confrontado e são-lhe ensinadas normas. Desenvolvem um comportamento limitado e rígido” e, de acordo com Nunes, (2010, p. 4) “age de acordo com regras”.

Quanto à formação em prevenção de UP, 81 enfermeiros (84,40%) têm formação nesta área, sendo que, 15 enfermeiros (15,60%) não têm formação. Estes valores estão de acordo com o estudo desenvolvido por Pancorbo et al (2007) em que 86,2% dos participantes têm formação específica na área das UP. Estes dados podem ser justificados pelo facto de em Portugal a área da formação em feridas se ter vindo a desenvolver nos últimos anos, quer sendo incluída nos cursos de licenciatura, quer com formações ao nível de pós-graduações e mestrados na área. Da pesquisa efetuada encontramos 3 cursos de formação pós-graduada em feridas na região da grande Lisboa e Península de Setúbal.

Também a tecnologia, nomeadamente o computador e a Internet, tornaram-se disponíveis e acessíveis para permitir uma instrução conveniente e adequada à participação dos enfermeiros numa variedade de situações de aprendizagem baseada na Web sobre feridas. Atualmente a formação contínua está a começar a adequar-se aos formandos que necessitam de aceder em tempo útil a pequenos módulos de formação em competências que podem ser rápida e eficientemente desenvolvidas online (Gaspar et al, 2010). No entanto, os dados obtidos não estão de acordo com os estudos realizados por Ayello et al (2005), no qual apenas 10% dos participantes tinham formação na área das UP e por Aydin et al (2010) em que apenas 31 dos participantes têm formação em UP. Estes dados são comparáveis a um estudo realizado no Reino Unido onde foi identificado que 67% dos enfermeiros não receberam formação em tratamento de feridas, após conclusão da licenciatura ou após a obtenção de título de enfermeiro. Alguns estudos referem, ainda, que existe uma falta de especialização nesta área, a que acrescem níveis mínimos de investigação, bem como pouca preocupação na gestão nos currículos médicos e de enfermagem nestas temáticas. Mas estes estudos demonstraram que o ensino na área da saúde sobre a temática das feridas é insuficiente, inadequado e mal orientado (Alves, ...)

Dos 81 participantes que têm formação de prevenção em UP, 62 (76,50%) adquiriram essa formação na licenciatura, 10 (12,30%) adquiriram em cursos de pós-graduação e 41 (50,60%) adquiriram em jornadas/congressos. Estes resultados, nomeadamente ao nível da formação graduada, ficam um pouco abaixo dos enumerados no estudo de Pancorbo (2007), em que 29% dos participantes da sua investigação tiveram formação pós-graduada na área de prevenção de UP. Tal como explica Vasconcelos et al (2004), estes resultados podem ser justificados pelo fato de que os enfermeiros convivem com vários fatores (necessidades sentidas) que geram angústia e sofrimento, destacando-se: a má remuneração em profissionais que investem na formação contínua; a inexistência de contratos de trabalho com vínculos permanentes às instituições de saúde; condições de trabalho deficientes; conflitos nas relações de trabalho; desvalorização social do trabalho, entre outros.

Em relação à formação contínua, a justificação dos dados por nós encontrados, pode ser dada por Alves et al (2010), quando nos refere que o tempo que alguns cursos de enfermagem

disponibilizam nos planos de estudo para a educação em feridas é insuficiente, com uma mediana de 20 (17,25-28,5) horas, o que talvez justifique a acentuada procura de formação contínua na área.

Em relação à participação em estudos de investigação na área das UP, 94,8% dos enfermeiros (91) nunca participaram em estudos de investigação na área, o que está de acordo com o estudo de Pancorbo (2007) em que 80,7% dos enfermeiros nunca participaram num estudo de investigação na área das UP. Este facto poderá ser justificado pelas dificuldades que existem na realização e investigação na prática diária de cuidados, no entanto, esta é uma área de elevada pertinência e necessidade, tal como descrita nas orientações para a investigação nos documentos da ordem dos enfermeiros e também nos enunciados descritivos da mesma organização profissional. Assim a OE (2006) diz-nos que a enfermagem, como qualquer outra disciplina, necessita de produção e de renovação contínuas do seu próprio corpo de conhecimentos, o que apenas poderá ser assegurado pela Investigação. São sobretudo a Investigação Clínica, Aplicada e a Investigação/Ação aquelas que melhor contribuem para dar uma consistência científica, pela garantia oferecida relativamente à incorporação dos resultados na prática clínica quotidiana dos enfermeiros. Neste sentido, a investigação pode dar um elevado contributo à prática clínica de Enfermagem, na identificação e nomeação de saberes inerentes à prática, através de um processo de natureza indutiva e concomitantemente na validação desses saberes, através de processos de natureza dedutiva. Esta é a forma de evoluirmos para uma efetiva construção da disciplina, através da identificação de saberes específicos e de uma evolução para a prática baseada na evidência. Também os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (2011) nos dizem que, no processo da tomada de decisão em enfermagem e na fase de implementação das intervenções, o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática. Reconhece-se que a produção de guias orientadores da boa prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros.

No que concerne às variáveis estudadas, nomeadamente “conhecimentos de prevenção”, “conhecimentos de tratamento”, “prática de prevenção”, “prática de tratamento” e os “scores globais”, o nosso estudo permite inferir que os conhecimentos dos enfermeiros estão ligeiramente abaixo do ponto intermédio, por exemplo, os scores globais oscilam entre 47% e 50%. Estes valores estão de acordo com o estudo realizado por Aydin (2010), cuja investigação demonstrou resultados que revelaram scores médios baixos quando os enfermeiros foram questionados sobre avaliação e gestão de UP. O mesmo aconteceu no estudo de El Eneim (2011), cujos resultados encontrados mostram pouco conhecimento dos enfermeiros sobre prevenção e tratamento de UP, concluindo que o conhecimento está abaixo

do nível mínimo aceitável. Também Gallant et al (2010) concluíram que o conhecimento dos enfermeiros no que respeita à prevenção e tratamento de UP é muito insuficiente. Estes dados podem ser justificados através do estudo realizado por Alves et al (2012), o qual nos diz que o número de horas lecionado durante a licenciatura, específico para as feridas é insuficiente pois quantas mais horas forem destinadas ao ensino de feridas, maior será o número de temas abordados. O aumento do número de aulas práticas face às existentes, a adoção de estratégias inovadoras e motivadoras para os alunos, como software de ensino sobre esta temática, seminários com peritos da área, utilizar simuladores sintéticos e investigação associados, são estratégias que podem ser utilizadas durante as sessões letivas que podem contribuir para o aumento do conhecimento dos enfermeiros nesta área. Outra sugestão seria que os docentes se atualizassem ao nível do “estado da arte”, pois só assim poderão contribuir para aquisição de conhecimento dos graduados. Existe a consciência em alguns países que as feridas são da responsabilidade de um especialista. Em Portugal esta especialidade não existe, contudo quem faz o encaminhamento para estes peritos são os enfermeiros de cuidados gerais, os profissionais que mais se debatem com estes problemas. Fazer o diagnóstico diferencial correto e atempado, é a base para o sucesso de qualquer intervenção, e as Universidades devem preparar estes profissionais na formação pré-graduada ou pós-graduada a fim de darem resposta a esta necessidade. Subestimar o ensino na área das feridas é banalizar as competências dos futuros enfermeiros, pela qual se deve investir na formação de qualidade. Apesar do impacto negativo que têm as feridas para os doentes, familiares, cuidadores e para a sociedade, é lamentável que seja dado pouco relevo a este problema. Hoje é preconizado que os profissionais de saúde tenham conhecimento técnico-científico suficiente capaz de prestar cuidados de saúde de excelência, no entanto, são vários os estudos demonstraram que o ensino é insuficiente (Alves et al., 2012).

Constatámos através do nosso estudo que existe uma correlação entre o nível de conhecimento e a prática clínica sendo que foi encontrada uma relação direta ($r = .52$; $p = .000$). O mesmo se pode observar no estudo realizado por Prior et al. (2010), no qual se verifica que o conhecimento é um fator importante que influencia a prática clínica dos enfermeiros. Por outro lado, os resultados obtidos no nosso estudo entram em confronto com o estudo de Gallant et al. (2010), no qual foi observada uma ampla discrepância entre o que os enfermeiros sabem e o que colocam em prática; e com o estudo de Beeckman (2011), no qual não foi encontrada nenhuma correlação entre o conhecimento e a aplicação das intervenções de prevenção de UP na prática clínica. Neste último estudo, os enfermeiros com níveis de conhecimento mais elevados não apresentaram valores mais elevados sobre a aplicação das intervenções de prevenção de UP na prática clínica. Ainda o mesmo autor refere que este fato pode indicar que os enfermeiros com nível mais elevado de conhecimento não percebem a necessidade de agir na prática clínica consoante os conhecimentos que detêm sobre o tema. Segundo Prior et al (2010), a falta de conhecimentos está relacionada com uma má pesquisa

da informação e à falta de apoio e recursos na prática clínica. Apesar da introdução de métodos de pesquisa nos currículos de enfermagem, ainda há muitos enfermeiros que não foram formados com o conhecimento e as habilidades necessárias para implementar a evidência na prática. Assim, intervenções educativas com um nível de formação mais exigente sobre pesquisa de evidências é necessário para motivar os enfermeiros a procurar conhecimentos baseados na evidência científica, os quais sejam passíveis de ser aplicados na prática clínica e, consecutivamente, uma obtenção na melhoria dos cuidados relativamente às UP. Também Beeckman (2011) refere que as principais barreiras para o uso do conhecimento na prática clínica incluem que as guidelines não estão disponíveis, não há acesso à investigação, instalações precárias para a implementação, a falta de colegas competentes, a falta de tempo para a leitura e aplicação, as características dos enfermeiros, falta de autoridade na organização, o processo de utilização e organização, entre outros. De acordo com Kajermo et al. (2008), os enfermeiros e gestores de enfermagem devem criar metas e estratégias claras/realistas para apoiar o desenvolvimento e as possibilidades dos enfermeiros para implementar os resultados da investigação na prática clínica. Rodrigues (2009) afirma que o conhecimento de prevenção e tratamento de UP, por si só, podem não ser indicadores de que os enfermeiros, na prática clínica, estão atentos à problemática ou prestam, de facto, os cuidados que explicitam, pois Gunninberg (2001), refere que, por vezes, os enfermeiros apresentam altos conhecimentos na área, mas não os utilizam na definição de prioridades, aplicação de estratégias e métodos de prevenção na prática. O conhecimento adquirido pelos profissionais de saúde é limitado pela sua colocação em prática, visto que o conhecimento é necessário, mas não é suficiente para a ação, pois é necessária a sua aplicação. Assim, por muita que seja a aquisição de conhecimentos, não é garantido que as mudanças ocorram na prática (Arblaster, 1998).

No que toca à relação entre as variáveis estudadas e o tempo de experiência profissional, verifica-se que o tempo de experiência profissional apenas influencia os conhecimentos dos enfermeiros relativamente ao tratamento das UP, não se encontrando diferenças estatísticas significativas relativamente às restantes dimensões estudadas. Este é um achado que se encontra totalmente em concordância com o estudo de Pancorbo-Hidalgo et al (2007), no qual se inferiu que o número de anos de experiência profissional afeta significativamente o nível de conhecimento relativamente às intervenções de tratamento de UP, mas não influencia a prática clínica. Já no estudo de Gallant et al (2010), os anos de experiência não têm influência sobre o conhecimento dos enfermeiros.

Ainda em relação à dimensão “conhecimentos de tratamento” dos enfermeiros, inferiu-se que os enfermeiros com mais conhecimentos são os que têm mais de 15 anos de experiência profissional. Verificamos no estudo de Rodrigues (2009) que os extremos em anos de experiência são os que menos conhecimentos apresentam, portanto os enfermeiros com menos de 2 anos e com mais de 20 anos de serviço. Quanto ao tempo de exercício

profissional, Pancorbo et al (2007) afirmam que uma maior experiência melhora a prática no entanto explica, também, que a partir dos 20 anos de experiência profissional é possível existir uma desatualização das práticas devido ao cansaço, à rotina e à menor capacitação cognitiva.

Relativamente à correlação entre formação em UP durante a licenciatura e os conhecimentos de prevenção e tratamento de UP, o nosso estudo não demonstrou valores estatisticamente significativos. O estudo de Gallant et al (2010) mostrou que em relação ao nível de ensino, este não tem qualquer influência sobre o conhecimento dos enfermeiros. No entanto, os resultados obtidos contrariam o estudo de Pancorbo-Hidalgo et al (2007), no qual os enfermeiros que reportaram ter formação específica em UP (durante a licenciatura) obtiveram melhores resultados, tanto no conhecimento como na prática clínica, do que aqueles que não tiveram formação na área. Este facto da não correlação entre a formação de UP na licenciatura e os conhecimentos, poderão ser devidos à média de anos de formação que os enfermeiros do nosso estudo têm, tendo em conta a atualização constante das guidelines nesta área.

Constatámos, através do estudo de El Eneim (2011) que apenas 25,4% dos participantes no seu estudo tiveram formação sobre UP na licenciatura.

As dimensões que apresentam valores estatisticamente significativos no que toca à participação dos enfermeiros em Congressos/Jornadas são: “prática de tratamento” ($t = -2,89$; $p = .005$) e score global de prática ($t = -2,58$; $p = .012$). Gallant et al (2010), também verificaram no seu estudo que ler artigos e participar em conferências têm uma influência positiva sobre os conhecimentos dos enfermeiros. O estudo realizado por Rodrigues (2009), também defende que a qualificação profissional influencia os conhecimentos sobre as UP, pois quanto maior for a qualificação do enfermeiro maior será o aporte a nível de leitura de artigos científicos e de assistência em congressos e jornadas, o que contribui para um alargamento no nível de conhecimentos e na sua atualização.

Na nossa investigação, procedeu-se ao estudo das várias dimensões, e as que apresentam diferenças estatisticamente significativas no que refere à participação em Cursos de Pós-graduação ou de formação avançada sobre prevenção e tratamento de UP, são as seguintes: “conhecimento tratamento”, “prática prevenção” e “score global de conhecimento”. Nas restantes dimensões não existem diferenças estatisticamente significativas. Pancorbo-Hidalgo et al (2007) concluíram que os enfermeiros que têm formação nesta área têm melhores resultados. Assim, segundo Rodrigues (2009), as formações avançadas e/ou pós-graduadas desenvolvem as tomadas de decisão e, por sua vez, uma boa tomada de decisão pode reduzir a prevalência e a incidência das UP. Já Tweed e Devadas (2006), através de um estudo sobre

o efeito de uma formação avançada em enfermeiros com conhecimentos de risco e prevenção de UP, com os dados recolhidos antes e após a sessão de formação, verificaram que os níveis de conhecimento aumentaram significativamente depois da realização da mesma no que respeita às estratégias de prevenção. Também Aydin et al (2011) concluíram que a formação/educação contínua influencia significativa e positivamente o conhecimento e a prática clínica dos enfermeiros relacionada à prevenção e tratamento de UP.

5. CONCLUSÃO

Reservam-se para este capítulo as considerações finais acerca do alcance dos objetivos propostos e das conclusões obtidas no presente estudo.

Nos últimos anos eventos científicos e publicações internacionais na área de enfermagem, têm exaltado o conceito de “prática com base na evidência”. No entanto, nem sempre a prática tem refletido o ritmo vertiginoso de desenvolvimento do saber científico o que tem conduzido à adoção de atitudes por vezes não ajustadas à evolução do conhecimento. Sendo consensual que os enfermeiros devem assumir um papel ativo na procura de atualização da sua formação, é essencial a adoção de medidas que minimizem o distanciamento entre os avanços científicos e a prática assistencial.

Com o presente estudo, pretendemos analisar os conhecimentos dos enfermeiros que desempenham funções nos Hospitais da Península de Setúbal, sobre prevenção e tratamento de úlceras de pressão na prática clínica. Para tal explorámos o conhecimento das Guidelines, observámos o nível de influência do conhecimento na prática clínica e, por último, identificámos os fatores profissionais e educacionais que influenciam o conhecimento e a prática clínica desses enfermeiros, tais como a categoria profissional, nível de experiência profissional, existência de formação em UP e que tipo de formação e, por último, a participação em trabalhos de investigação na área das UP.

Esta investigação consistiu num estudo transversal, correlacional e descritivo de âmbito quantitativo, assente em pressupostos das ciências sociais e humanas. Como instrumento de recolha de dados para dar resposta aos objetivos propostos foi aplicado um questionário adaptado de um questionário já existente, testado e utilizado por Pancorbo-Hidalgo PL et al em 2007.

Dos resultados encontrados, ressaltam-se como mais evidentes e significativos os seguintes:

- Os conhecimentos dos enfermeiros sobre prevenção e tratamento de úlceras de pressão são baixos
- Existe uma correlação entre o nível de conhecimento e a prática clínica sendo que foi encontrada uma relação direta ($r = .52$; $p = .000$)
- O tempo de experiência profissional apenas influencia os conhecimentos dos enfermeiros relativamente ao tratamento das UP, não se encontrando diferenças estatísticas significativas relativamente às restantes dimensões estudadas
- Ainda em relação à dimensão “conhecimentos de tratamento” dos enfermeiros, inferiu-se que os enfermeiros com mais conhecimentos são os que têm mais de 15 anos de experiência profissional

- Relativamente à correlação entre formação em UP durante a licenciatura e os conhecimentos de prevenção e tratamento de UP, o nosso estudo não demonstrou valores estatisticamente significativos
- As dimensões que apresentam valores estatisticamente significativos no que toca à participação dos enfermeiros em Congressos/Jornadas são: “prática de tratamento” ($t = -2,89$; $p = .005$) e score global de prática ($t = -2,58$; $p = .012$)
- Na nossa investigação, procedeu-se ao estudo das várias dimensões, e as que apresentam diferenças estatisticamente significativas no que refere à participação em Cursos de Pós-graduação ou de formação avançada sobre prevenção e tratamento de UP, são as seguintes: “conhecimento tratamento”, “prática prevenção” e “score global de conhecimento”. Nas restantes dimensões não existem diferenças estatisticamente significativas

A primeira grande limitação deste estudo prende-se com o facto da amostra utilizada, apesar de abranger 96 participantes, não ter sido uma amostra probabilística da população de todos os enfermeiros em Portugal, não garantindo a generalização de resultados. Assim sendo, sugere-se uma nova investigação onde se incluam profissionais de enfermagem de todo o país.

Por outro lado, a dificuldade maior sentida neste estudo e que prolongou em muito o seu tempo de realização baseou-se na autorização para a aplicação dos questionários.

Apesar das limitações apresentadas, acreditamos que este estudo se reveste de uma enorme importância para o fomentar o trabalho científico nesta área em Portugal. Outros estudos de conhecimentos e prática clínica relativamente às Úlceras de Pressão poderão ser desenvolvidos. O objetivo último será concretizar uma avaliação do estado atual de práticas e conhecimentos e atitudes que os enfermeiros apresentam acerca da prevenção e tratamento das UPs.

As lacunas de formação dos enfermeiros evidenciadas neste estudo apontam para a uma necessidade de re-avaliação dos planos de estudo pré-graduado, bem como a necessidade de investimento na formação pós graduada nesta área

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Uma referenciação bibliográfica oferece uma coerência a todo o trabalho académico, permitindo uma leitura mais rápida e funcionando como uma memória organizada do percurso de investigação, possibilitando a verificação e validação das informações aí constantes. Segundo Riviere (2004), a norma da APA (American Psychological Association - <http://www.apastyle.org>) é uma das mais usadas no campo das Ciências Sociais e Humanas, tendo sido esta a norma utilizada por nós.

Almeida, F. L. (2011). *A essência do processo de enfermagem*. Dissertação para obtenção do grau de Licenciatura de Enfermagem à Universidade Fernando Pessoa. Porto.

Alves, P., Oliveira, J., Dias, J., & Mota, F. (2010). Prevenção de Úlceras de Pressão na posição de sentado: indicações práticas. *Revista Nursing*, n. 263, p. 2-6. Portugal; Série: 22.

Alves, P. J. (2011). New evidences in pressure ulcers: international guidelines. Conference Proceedings. *Conferência internacional sobre enfermagem geriátrica*. Lisboa. Universidade Católica Portuguesa. Fundação D. Pedro IV.

American Nurses Association (2011). National database of nursing quality indicators by the American Nurses Association. Silver Spring: ANA.

Andrade, P., Pereira, F., Santos, L., & Saldanha, M. (2010). Úlceras de pressão: casuística de um Serviço de Medicina Interna. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 17 (1), 13-20.

Arblaster, A. (1998). Pressure ulcer incidence: a strategy for reduction. *Nursing Standard* 12, 49–54.

Attalah, A. N. (2004). A incerteza, a ciência e a evidência. *Revista Diagnóstico e Tratamento*. (6) 9. Porto Alegre

Aydin, A. & Karadag, A. (2010). Assessment of Nurses' Knowledge and Practice in Prevention and Management of Deep Tissue Injury and Stage I Pressure Ulcer. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*. 37(5):487-494.

Ayello, E. A., Baranoski, S., & Salati, D. S. (2005). A survey of nurses' wound care knowledge. *Advance Skin Wound Care*; 18:268-75; quiz 276-8.

Baranoski, S., & Ayello, E. A. (2005). *O essencial sobre o tratamento de feridas - Princípios práticos*. Lisboa: Lusodidacta.

Bednar, B. (1993). Developing clinical guidelines: an interview with Ada Jacox. *ANNA Journal* 20(2), 121-126.

Beeckman, D. (2011). Pressure ulcer prevention: Development and psychometric validation of a knowledge assessment instrument. *International Journal of Nursing Studies*, 47 (2010) 399–410.

Benner, P. S. (2001). *De iniciado a perito - Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. 1ª edição. Quarteto Editora. Coimbra. ISBN: 972-8535-97-X.

Bettencourt, F. & Gomes, L. (2009). *Prevalência de Úlceras por Pressão no serviço de internamento do Centro de Saúde de Vila Franca do Campo*. Percursos, 13, 3-10.

Bryant, R. N. (2000). Acute and Chronic Wounds. *Nursing Management*. 3rd ed. St Louis: Mosby

Cândido, L. C. (2001). *Nova abordagem no tratamento de feridas*. São Paulo. Ed. SENAC, p. 26.

Carmo, H., & Ferreira, M. M. (1998). *Metodologia Da Investigação, Guia para auto-aprendizagem*. Lisboa, Universidade Aberta.

Carper, B. A. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advanced Nursing Science*. 1 (1), p. 3-23.

Chinn, P. L., & Krammer, M. K. (1995). *Nursing's patterns of knowing. In theory and nursing: a systematic approach*. Missouri: Mosby, p. 1-18.

Craig, J. V., & Smyth, R. L. (2004). *Prática baseada na evidência*. Manual para enfermeiros. Loures : Lusociência.

Dealey, C. (2006). *Tratamento de Feridas - Guia para Enfermeiros*. Lisboa: Climepsi Editores.

Dealey, C. (2008). *Cuidando de feridas: um guia para as enfermeiras*. 3ª ed. São Paulo. Atheneu Editora.

DiCenso, A., et al (2005). Evidence-Based Nursing: A Guide to Clinical Practice. *Elsevier's Health Sciences*; 5; 4.

Domenico, E. B. L. (2001). *Enfermagem baseada em evidências: a reconstrução da prática clínica*. Ensinando e aprendendo um novo estilo de cuidar. São Paulo: Atheneu.

Dowd (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra. Modelos e teorias de enfermagem*. 5ª Ed. Loures: Lusociência, p. 481 – 495.

Duque, M., et al. (2009). *Manual de Boas Práticas - Úlceras de Pressão: Uma abordagem estratégica*. Coimbra: Formasau– Formação e Saúde, Lda.

Edlich, R. F., et al. (2004). Pressure ulcer prevention. *Journal of Long-Term Effects of Medical Implants*, 14 (4), 285-304.

El Eneim, N. Y. A., & Zaghloul, A. A. (2011). Nurses' knowledge of prevention and management of pressure ulcer at a Health Insurance Hospital in Alexandria. *International Journal of Nursing Practice*; Blackwell Publishing Asia Pty Ltd. 17: 262–268.

EPUAP/NPUAP (2009). *Prevention and treatment of pressure ulcers*: Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel.

Fernandes, L. M. (2000). Úlcera de pressão em pacientes críticos hospitalizados - uma revisão integrativa da literatura. *Revista Paulista de Enfermagem*. 19(2):25-31.

Fernandes, L. M., Caliri, M. H. L., & Haas (2008). Efeito de intervenções educativas no conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre prevenção de úlceras por pressão. *Acta paulista de Enfermagem*. São Paulo, v. 21, nº 2, p. 305-311.

Ferreira, P. L., Miguéns, C., Gouveia, J., & Furtado, K. (2007). *Risco de Desenvolvimento de Úlceras de Pressão: Implementação Nacional da Escala de Braden*. 1ª ed. Coimbra: Lusociência.

Fortin, M. F. (1999). *O processo de investigação – Da concepção à realização*. Lusociência. Loures. ISBN: 972-8383-10-X.

Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação*. Lisboa, Portugal: Lusodidacta.

Gallant, C., et al (2010). Prevention and treatment of pressure ulcers in a university hospital centre: A correlational study examining nurses' knowledge and best practice. *International Journal of Nursing Practice*. 16: 183–187.

Gaspar, P. J. S., Costa, R. P. P., Costa, J. E. G., Fierro, J. M. M., & Rodrigues, J. O. (2010). Impacto da formação profissional contínua nos custos do tratamento de feridas crónicas. *Revista Referência*. 3(1), 53-62.

Gefen, A., & Linder-Ganz, E. (2005). In vivo muscle stiffening under bone compression promotes deep pressure sores. *Journal of Biomechanical Engineering*. 127, 512-524.

GNEAUPP (2003). *Prevenção de las úlceras por presión*. Recuperado a 16 de Março de 2008 em www.gneaupp.org.

Gouveia, J. (2004). *Os custos económicos das úlceras de pressão*. Recuperado a 21 de maio de 2011 em: <http://www.forma-te.com/.../4579-custos-economicos-das-ulceras-de-pressao.htm>.

Gouveia, J., Miguens, C., Torra i Bou, J. E., & Gomez, T. (2006). *Ensaio Clínico: prevenção de úlceras de pressão nos calcâneos*. Recuperado a 16 de Novembro de 2010 em: http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com_content&view=article&id=2576:ensaio-clinico-prevencao-de-ulceras-de-pressao-nos-calcaneos&catid=32:idiomas

Gomes, F. S., et al (2011). Avaliação de risco para úlcera de pressão em pacientes críticos. *Rev. Esc. Enferm, USP, São Paulo*, v. 45, nº 2, p. 313-318.

Gorecki, C., et al (2009). *Impact of pressure ulcers on quality of life in older patients: a systematic review*. 57(7):1175-83.

Grimshaw, J. M., & Russel, I. T. (1993). Achieving health gain through clinical guidelines. Developing scientifically valid guidelines. *Quality in Health Care* 2, 243-248.

Gunningberg, L., & Stotts, N. A. (2008). Tracking quality over time: what do pressure ulcer data show? *International Journal for Quality in Health Care*, 20 (4), 246-53.

Hill, M. M., & Hill, A. (2002). *Investigação por questionário*. Lisboa: Edicoes Silabo, Lda.

Jaul, E. (2008). *Prevention of pressure ulcers – review of the evidence*. *Harefuah*, 147 (10), 804-8.

Jaul, E. (2010). *Assessment and management of pressure ulcers in the elderly: current strategies*. *Drugs Aging*, 27 (4), 311-25.

Jaul, E. (2011). A prospective pilot study of atypical pressure ulcer presentation in a skilled geriatric nursing unit. *Ostomy Wound Manage*, 57 (2), 49-54.

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (2011). *JCR/Hill-rom pressure ulcer prevention webinar: establishing a pressure ulcer program through team development*. Washington DC: Joint Commission Resources.

Jorge, S. A., & Dantas, S. R. P. E. (2003). *Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas*. São Paulo: Atheneu.

Kajermo, K., Gardulf, A., Eriksson, L. E., Orton, M-L, Arnetz, B., & Nordstr, G. (2008). Predictors of nurses' perceptions of barriers to research utilization. *Journal of Nursing Management*, 16(3), 305–314.

Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice. A vision for holistic health care and research*. New York: Springer Publishing Company.

Kuhn, T. (1970). *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Perspectiva.

Lahmann, N. A., Halfens, R. J. G., & Dassen, T. (2010). Impact of prevention structures and processes on pressure ulcer prevalence in nursing homes and acute-care hospitals. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 16(1), 50–56.

Linder-Ganz, Engelberg, E., Scheinowitz, M., & Gefen, A. (2006). Pressure–time cell death threshold for albino rat skeletal muscles as related to pressure sore biomechanics. *Journal of Biomechanics*, 39, 2725–2732.

Lise, F., & Silva, L. C. (2007). Prevenção de úlcera por pressão: instrumentalizando a enfermagem e orientando o familiar cuidador. *Acta sci., Health sci*. Maringá, v. 29, nº 2, p. 85-89.

Lyder, C., & Van Rijswijk, L. (2005). Preventing and managing pressure ulcers in long-term care: An overview of the revised federal regulation. *Ostomy Wound Manage*; 51(4suppl); 2–6.

Lopes, M. J. (2006). *A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica. Proposta de uma teoria de médio alcance*. Coimbra: Formasau.

Machado, M. H. (1991). Sociología de las profesiones: un nuevo enfoque. *Revista Educación Médica y Salud*, v. 25, n. 1, Washington: s/ed.

Makai, P., et al (2010). *Cost-effectiveness of a pressure ulcer quality collaborative*. Cost effectiveness and Resource Allocation.

Malloch, K., & Porter-O'Gradi, T. (2010). Introduction to evidence-based practice in nursing and health care. *Jones and Bartlett Publishers*. Canada.

Miyazaki, M. Y., Caliri, M. H. L., & Santos, C. B. (2010). Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre prevenção da úlcera por pressão. *Revista Latino Americana Enfermagem*, 18 (6), 1203-11.

Morison, M., et al (2004). *Prevenção e Tratamento de Úlceras de Pressão: problemas e paradoxos*. Lusociência, Loures.

Mota, R., & Alves, P. (2010). A Massagem como método de prevenção de Úlceras de Pressão: Sim ou Não? *Revista Nursing*, nº 260, Agosto. Suplemento feridas; p.1-7.

Nettina, S. M., et al (2003). *Prática de enfermagem*. 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

NPUAP (2007). *Pressure ulcer stages*. Recuperado em agosto de 2011 em: www.npuap.org/pr2.htm

Nunes, L. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos*. Lisboa, Ordem dos Enfermeiros.

Nunes, L. (2010). Do perito e do conhecimento em enfermagem: uma exploração da natureza e atributos dos peritos e dos processos de conhecimento em enfermagem. *Percursos* 17, 17: 3 - 12.

Oliveira, C. M. G. S. (2011). *O cuidado confortador da pessoa idosa hospitalizada: Individualizar a intervenção conciliando tensões*. Dissertação de Doutoramento em Enfermagem. Universidade de Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Divulgar. Conselho de Enfermagem.

Ordem dos Enfermeiros (2003). *Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Lisboa:Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2006). *Tomada de posição sobre segurança do cliente*. Acedido em Dezembro 2012 em:

www:<URL:http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_2Maio2006.pdf.

Organização Mundial de Saúde (2009). *When the patient falls out of bed, who pays?* Boletim da OMS, 87(3),61-244. Recuperado dia 13 de Dezembro de 2010 em:

<http://www.who.int/bulletin/volumes/87/3/09-030309/en/>.

Pancorbo-Hidalgo, P. L., et al (2007). Pressure ulcer care in Spain: nurses' knowledge and clinical practice. *Journal of Advanced Nursing* 58(4), 327–338 doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04236.x.

Paterson, J., & Zderad, L. (1976). *Humanistic nursing*. New York: John Wiley & Sons

Pini, L. R. Q. (2012). *Prevalência, risco e prevenção de úlcera de pressão em unidades de cuidados de longa duração*. Dissertação de Mestrado em Evidência e Decisão em Saúde. Instituto de Ciências da Saúde.

Polanyi, M. (1958). *Personal Knowledge. Towards a Post Critical Philosophy*. London: Routledge. P. 428.

Prior, P., Wilkinson, J., & Neville, S. (2010). Practice nurse use of evidence in clinical practice: A descriptive survey. *Nursing Praxis in New Zealand*, 26(2), 14-25.

Rangel, E. M. L., & Caliri, M. H. L. (2009). Uso das diretrizes para tratamento da úlcera por pressão por enfermeiros de um hospital geral. *Revista Eletrónica de enfermagem*. 11(1), p. 70-77. Recuperado em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a09.htm>. ISSN: 1518-1944.

Rede Nacional de Cuidados Integrados (2010). *Orientações de abordagem em cuidados continuados integrados: úlceras de pressão: prevenção*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Reid, R. R., Roy, N., & Mustoe, T. A. (2004). A novel murine model of cyclical cutaneous ischemia-reperfusion injury. *Journal of Surgical Research*, 116, 172-180.

REPE (2011). *Decreto-lei nº 161/96 de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril*.

Riviere, J. (2004) – *Metodología de la documentación científica*. Madrid: Alfaguara.

Rocha, J. A., Miranda, M. J., & Andrade, M. J. (2006). Abordagem Terapêutica das Úlceras de Pressão – Intervenções baseadas na evidência. *Acta Médica Portuguesa*, 19, 29-38.

Rodrigues, M. A. (2009). *Factores influenciadores dos cuidados de enfermagem na prevenção de úlceras por pressão no serviço domiciliário*. Dissertação de Candidatura a Mestrado de Ciências da Enfermagem. Instituto de Ciências da Saúde Biomédica Abel Salazar. Universidade do Porto.

Sackett, D. L. (2003). *Medicina Baseada em evidências: prática e ensino*. Porto Alegre: Artmed.(2).

Sampaio, S. (2003). Contribuições da enfermagem na prevenção da úlcera de pressão no idoso. *Enfermagem Brasil*, Rio de Janeiro, v. 2, nº 5, p. 264-271.

Santos, I., & Brandão, E. S. (2006). Clientes com úlceras por pressão: prevenção, avaliação e tratamento. *Enfermagem em Dermatologia: cuidados técnico, dialógico e solidário*. Rio de Janeiro: Cultura Médica.

Silva, M. J. P. (2003). O conhecimento científico e a enfermagem. Recuperado em: <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium27/13.htm>

Silva, C. A. M. (2011). *Necessidades dos pais de recém-nascidos prematuros no pós alta clínica: exercício de uma parentalidade autónoma*. Dissertação de Mestrado em Ciências da Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Universidade do Porto.

Simões, J. F. L., et al (2006). Supervisão em ensino clínico de enfermagem: três olhares cruzados. *Revista Investigação em Enfermagem*, Nº 14. Coimbra. ISSN 0874-7695.

Simões, R. (2008). *Competências da relação de ajuda no desempenho dos cuidados de enfermagem*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto.

Soldevilla, A. J. J., & Torra, J. E. (2004). *Atencion Primária de las heridas crónicas*. Madrid: António Lopez.

Sousa, C. A., et al (2003). Intervenções do enfermeiro nas úlceras de pressão não infectadas em pacientes hospitalizados. *Enfermagem Brasil*. Rio de Janeiro, v. 2, nº1, p. 17-23.

Sousa, C. A., Santos, I., & Silva, L. D. (2006). Aplicando recomendações da Escala de Braden e prevenindo úlceras por pressão: evidências do cuidar em enfermagem. *Rev. Brasl. Enferm.* Brasília, v. 59, nº 3, p. 279-284.

Souza, D. M. S. T., & Santos, V. L. C. G. (2007). Factores de risco para o desenvolvimento de úlceras por pressão em idosos institucionalizados. *Rev. Latinoam. Enferm.* São Paulo, v. 15, nº 5.

Souza, D. M. S. T., & Gouveia, V. L. C. (2010). Incidence of pressure ulcers in the institutionalized elderly. *Journal Wound Ostomy and Continence Nursing*, 37 (3), 272-6.

Tayar, G., Peterlini, M. A. S., & Pedreira, M. L. (2007). Proposta de um algoritmo para seleção de coberturas, segundo o tipo de lesão aberta em crianças. *Acta Paul Enferm*, v. 20, n. 3, São Paulo.

Thein, H. H., Gomes, T., Krahn, M. D. & Wodchis, W. P. (2010). Health status utilities and the impact of pressure ulcers in long-term care residents in Ontario. *Quality of Life Research*, 19 (1), 81-9.

Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2002). *Teóricas de enfermagem e a sua obra. Modelos e teorias de enfermagem*. Loures: Lusociência, 5ª edição.

Vasconcelos, R. T. B. (2004). *Humanização de ambientes hospitalares: características arquitetônicas responsáveis pela integração interior/exterior*. Dissertação de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

Vilelas, J. (2009). *Investigação – O processo de construção do conhecimento*. Edições Sílabo, 1ª ed. Lisboa.

Waldow, V. R. (1998). *Examinando o conhecimento na enfermagem. Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea*. Porto Alegre: Artemed.

Warriner, R. A., & Carter, M. J. (2001). *O estado atual das evidências protocolos baseados no tratamento de feridas*. Recuperado em março de 2011 em: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21200285.

ANEXOS

ANEXO I

Questionário utilizado por Pancorbo-Hidalgo et al. em 2007

Pancorbo-Hidalgo PL, García-Fernandez FP, Lopez-Medina IM, Lopez-Ortega J. Pressure ulcer care in Spain: nurses' knowledge and clinical practice. Journal of Advanced Nursing. 2007. 58 (4): 327-38.

CUESTIONARIO CONOCIMIENTOS Y PRACTICA DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

DATOS PROFESIONALES

- Categoría profesional (titulación):

- Diplomado en Enfermería Auxiliar de Enfermería

- Experiencia profesional (años desde finalización de los estudios):

- Menos de 2 años Entre 2 y 5 años
 Entre 5 y 10 años Entre 10 y 15 años
 Entre 15 y 20 años Más de 20 años

- Ha recibido formación específica sobre prevención y cuidados de úlceras por presión:

- Si No

- Si la respuesta es afirmativa, indique que tipo de formación:

- Adquirida en la Diplomatura en Enfermería
 Adquirida en los estudios de Auxiliar de Enfermería
 Cursos de post-grado o de formación continuada sobre prevención o tratamiento de úlceras por presión
 Asistencia a Jornadas o Congresos sobre úlceras por presión

- Ha realizado o participado en la realización de algún tipo de investigación sobre la prevención o el tratamiento de las úlceras por presión.

Si

No

- Lugar donde realiza su actividad asistencial actual:

Hospital

Centro de salud

Residencia geriátrica

- Si trabaja en hospital, indique en que unidad / planta: _____

A continuación se detallan una serie de intervenciones o actividades enfermeras que son o pueden ser utilizadas en la prevención o en el tratamiento de pacientes con riesgo de úlceras por presión (upp) o que ya las presentan. Para cada una de ellas te solicitamos que valores dos aspectos:

- En base a tus **conocimientos**, en qué medida la intervención citada es adecuada para la prevención o el tratamiento de pacientes con upp (aunque por cualquier circunstancia no se está aplicando realmente en tu unidad o centro).
- En tu **práctica asistencial habitual** en la unidad o centro donde normalmente trabajas, en que medida utilizas, realizas (o colaboras) realmente cada una de las intervenciones citadas para la prevención o el tratamiento de pacientes con úlceras por presión (upp).

PREVENCION

Adecuada según tus conocimientos				Intervención o actividad de enfermería	Utilizada en tu práctica asistencial		
Si	En parte / A veces	No	No se		Siempre	A veces	Nunca
				1- Valorar el riesgo de upp al ingreso del paciente (o inicio de su cuidado) mediante una escala de valoración del riesgo de upp.			
				2-Examinar el estado de la piel en las zonas de riesgo (sacro, talones,etc)			
				3-Mantener la piel limpia y seca en todo momento			
				4-Dar masajes en las zonas de riesgo (enrojecidas)			
				5-Aplicar colonias o alcoholes sobre la piel para estimular la circulación			
				6-Utilizar productos tópicos específicos sobre la piel para la prevención de upp(ácidos grasos hiperoxigenados, lociones hidratantes, películas barrera)			
				7-Utilizar pañales/colectores de orina en pacientes con incontinencia urinaria			
				8-Cambiar de posición al paciente encamado periódicamente (cada 2-3 horas)			
				9-Cambiar de posición al paciente sentado en un sillón cada hora.			
				10-Utilizar superficies de alivio de la presión (colchones/colchonetas de aire, espuma o silicona) en			

				pacientes con riesgo o con upp.			
				11-Utilizar flotadores (tipo roSCO) para la zona sacra en pacientes con riesgo o con upp.			
				12-Utilizar almohadas para disminuir la presión en pacientes con riesgo			
				13-Utilizar medidas específicas para la protección de los talones (botas, taloneras)			
				14-Movilizar al paciente encamado usando una entremedida o travesera para evitar la fricción de la piel sobre la cama.			
				15-Valorar la ingesta de alimentos del paciente con riesgo			
				16-Enseñar a familiares del paciente los cuidados para la prevención de las upp			

TRATAMIENTO

Adecuada según tus conocimientos				Intervención o actividad de enfermería	Utilizada en tu práctica asistencial		
Si	En parte / A veces	No	No se		Siempre	A veces	Nunca
				1-Clasificar la upp por estadios (grados)			
				2-Medir las dimensiones /tamaño de la úlcera			
				3-Registrar por escrito en la historia del paciente el estado de la úlcera: estadio, tamaño y aspecto.			
				4-Sentar al paciente con upp en zona sacra en un sillón convencional			
				5-Utilizar cojines de alivio de la presión en pacientes con upp para sentarlos.			
				6-Utilizar antisépticos (povidona yodada, clorhexidina, agua oxigenada, etc) para limpiar el fondo de la upp.			
				7-Utilizar suero fisiológico a chorro para limpiar el fondo de la upp			
				8-Eliminar esfacelos y restos necróticos de la upp mediante corte con tijera o bisturí.			
				9-Eliminar esfacelos y restos necróticos de la upp			

				mediante uso de pomadas enzimáticas (colagenasa, etc)			
				10-Dejar la escara necrótica de la upp si no hay signos de infección.			
				11-Aplicar solución antiséptica tópica (povidona yodada, clorhexidina, etc) en úlceras con signos de infección.			
				12-Aplicar antibióticos tópicos (en pomada) en úlceras con signos de infección.			
				13-Obtener una muestra de exudado de la úlcera para su cultivo microbiológico mediante una torunda/hisopo.			
				14-Obtener una muestra de exudado de la úlcera para su cultivo microbiológico mediante punción y aspiración con jeringa en el borde de la úlcera.			
				15-Cubrir la upp mediante un apósito seco (de gasa)			
				16-Cubrir la upp mediante un apósito húmedo (hidrocoloide, hidrogel, etc)			
				17-Seleccionar el tipo de apósito a utilizar según las características de la upp (exudación, estado)			
				18-Utilizar únicamente el tipo apósito disponible en la unidad/centro.			
				19-Planificar la frecuencia de cambio de apósito según las características de la upp y el tipo de apósito utilizado.			
				20-Utilizar medidas alternativas para el tratamiento de la upp (miel, azúcar, oxígeno, calor)			
				21-Enseñar a familiares del paciente el procedimiento para realizar la cura de la upp.			

Instrucciones para los investigadores (como puntuar el cuestionario)

Intervenciones de prevención.

1, 2, 3, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16: Intervenciones recomendadas por las GPC.

- Conocimiento: puntuar: Sí (2 puntos), En parte/ A veces (1 punto), No o No sabe (0 puntos).
- Practica: puntuar: Siempre (2 puntos, A veces (1 punto), Nunca (0 puntos).

4, 5 y 11: Intervenciones no recomendadas. (se puntúan a la inversa, No /Nunca (2 puntos), A veces(1 punto), Si/Siempre (0 puntos), No sabe (0 puntos)

Intervenciones de tratamiento:

1, 2, 3, 5, 7, 8, 9, 12, 14, 16, 17, 19, 21, 22: Intervenciones recomendadas por las GPC..

- Conocimiento: puntuar: Sí (2 puntos), En parte/ A veces (1 punto), No o No sabe (0 puntos).
- Practica: puntuar: Siempre (2 puntos, A veces (1 punto), Nunca (0 puntos).

4, 6, 10, 11, 13, 15, 18, 20: Intervenciones no recomendadas por las GPC.

(se puntúan a la inversa, No /Nunca (2 puntos), A veces(1 punto), Si/Siempre (0 puntos), No sabe (0 puntos)

APÊNDICES

APÊNDICE I

Pedido de autorização para utilizar uma adaptação do questionário já testado e utilizado por Pancorbo-Hidalgo PL et al. em 2007.

<p>De: Tânia [mailto:kalifernandes@sapo.pt] Enviado el: viernes, 10 de diciembre de 2010 17:53 Para: pancorbo@ujaen.es Asunto: Pressure ulcer care in Spain: nurses's knowledge and clinical practice</p> <p>Hello!</p> <p>I am Tânia Fernandes, from Portugal, I am a nurse and I'm attending the Master of "Wounds and tissue viability" of the Catholic University in Lisbon. I found your work entitled "Pressure ulcer care in Spain: nurses's knowledge and clinical practice" and I love the theme but unfortunately I do not have full access to work through the online library of my college. If it is not a bother, could you send me your work, so I can use it in preparing my thesis? Thank you so much! My e-mail is: kalifernandes@sapo.pt Bye</p>
<p>De: Pedro L Pancorbo [mailto:pancorbo@ujaen.es] Enviada: sexta-feira, 10 de Dezembro de 2010 19:39 Para: 'Tânia' Assunto: RE: Pressure ulcer care in Spain: nurses's knowledge and clinical practice</p> <p>Bon dia,</p> <p>Estimada Tania, le adjunto el articulo que solicita. Si necesita algo más sobre el tema y puedo ayudarla, puede escribirme.</p> <p>Dear Tania, attached you could find the requested paper. If you need further information about this topic, please let me know.</p> <p>Un saludo</p> <p>Pedro L Pancorbo Hidalgo</p> <p>Universidad de Jaén</p> <p><u>Director del Departamento de Enfermería</u></p> <p><u>Comite Director GNEAUPP</u></p> <p>De: Tânia [mailto:kalifernandes@sapo.pt] Enviado el: miércoles, 15 de diciembre de 2010 16:54 Para: 'Pedro L Pancorbo' Asunto: RE: Pressure ulcer care in Spain: nurses's knowledge and clinical practice</p> <p>Buenas tardes!</p> <p>No sé si te acuerdas, pero yo soy Tania, una enfermera en Portugal, para tomar el curso de</p>

Master en las heridas y la viabilidad del tejido en la Universidad Católica de Lisboa.
Lamento que te moleste de nuevo, pero quiero darle las gracias por su presentación "Pressure ulcer care in Spain: nurse's knowledge and clinical practice", ya que se ha vuelto muy útil en la creación de mi tesis de maestría.

Pero tengo una duda sobre el cuestionario, se utilizó un solo cuestionario para evaluar los conocimientos de las enfermeras y la evaluación de su práctica clínica? O utiliza un cuestionario para cada una de las evaluaciones?

No queriendo molestarle podría tener acceso al cuestionario utilizado para la preparación de su trabajo?

Pido disculpas si hay faltas de ortografía.

Con elogios, espero una respuesta

Gracias

Tania Fernandes

Hello!

I do not know if you remember but I'm Tania, a nurse in Portugal to take the Master course in wounds and tissue viability in the Catholic University of Lisbon.

I am sorry to bother you again but want to thank you for your submission "Pressure ulcer care in Spain: nurse's knowledge and clinical practice" as it has become very useful in the creation of my Master's thesis.

But I have a doubt regarding the questionnaire, do you used a single questionnaire to assess nurses' knowledge and assessment of their clinical practice? Or used a questionnaire to each of the assessments?

Not wanting to upset you, could I have access to the questionnaire used for the preparation of your work?

Thanks

Tania Fernandes

De: Pedro L Pancorbo [<mailto:pancorbo@ujaen.es>]

Enviada: quinta-feira, 16 de Dezembro de 2010 08:09

Para: 'Tânia'

Assunto: RE: Pressure ulcer care in Spain: nurses's knowledge and clinical practice

Hola Tania,

Creo que podemos escribir en español, mejor que en inglés, ¿te parece? (disculpa pero no escribo bien en portugués).

Te adjunto el cuestionario de medición de conocimientos y aplicación que utilizamos en esta investigación (te envío la versión en español, pero si necesitas la versión en inglés, puedes decírmelo). Puedes utilizarlo si te resulta de utilidad. Sin embargo, como ya ha pasado algunos años y las guías de práctica han evolucionado, habría algunas cosas que tendrían que ser revisadas en el cuestionarios.

Si puedo ayudarte en algo más, solo tienes que decírmelo.

Un saludo y animo con tu trabajo de tesis de maestría.

Pedro L Pancorbo Hidalgo

Universidad de Jaén

Director del Departamento de Enfermería

Comite Director GNEAUPP

De: Tânia [mailto:kalifernandes@sapo.pt]

Enviado el: martes, 03 de mayo de 2011 13:45

Para: 'Pedro L Pancorbo'

Asunto: RE: Pressure ulcer care in Spain: nurses's knowledge and clinical practice

Buenos días!

No sé si te acuerdas, pero yo soy Tania, una enfermera en Portugal, para tomar el curso de Master en las heridas y la viabilidad del tejido en la Universidad Católica de Lisboa.

Perdona que te moleste de nuevo, pero tengo el honor de decir que el cuestionario que me interesó bastante. Como tal, y como me dio permiso para usarlo si así lo deseaba, decidí que se aplicaría en mi tesis de maestría que ya tiene título. Mi tesis de maestría se titula: influencia de los conocimientos de las enfermeras sobre la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión en la práctica clínica.

En esta etapa, el cuestionario traducido al portugués, se adaptó a las nuevas directrices e hizo cambios menores en función de los objetivos de mi trabajo. De todos modos, aún queda proceder a la realización del pre-test y la validación de la consistencia interna.

Adjunto le envió mi cuestionario al portugués para poder verla.

Le doy las gracias a su disponibilidad desde el primer minuto y estoy agradecido por su trabajo ha sido y sigue siendo una fuente de inspiración para la realización de mi tesis.

Voy a dar cambios como se desarrollaron los hechos.

Con elogios,

Gracias.

Tânia Fernandes

Estimada Tania, buenos días

Me alegro mucho de que hayas avanzado en tu trabajo de tesis de maestría. Te agradezco la información sobre la traducción del cuestionario al portugués.

Seguro que obtienes resultados interesantes. Espero que culmines con éxito tu tesis de maestría y la defiendas muy pronto.

Si en algo más pudiera ayudarte, dímelo.

Un saludo.

Pedro L Pancorbo Hidalgo

Universidad de Jaén

Director del Departamento de Enfermería

Comite Director GNEAUPP

APÊNDICE II

Instrumento de Colheita de dados: Questionário

Exmo (a). Senhor (a) Enfermeiro (a), caro (a) colega

Este questionário que chega até si, insere-se numa investigação presentemente em curso, que estuda a influência do conhecimento sobre prevenção e tratamento de úlceras de pressão na prática clínica dos enfermeiros.

A sua colaboração é muito importante, na medida em que vai contribuir para o desenvolvimento de conhecimento nesta área, no decurso de investigação do Curso de Mestrado em Feridas e Viabilidade Tecidular que frequento na Universidade Católica Portuguesa de Lisboa. Para o efeito, basta que responda conforme as indicações que lhe são fornecidas para cada conjunto de questões.

O questionário é constituído por duas partes, na primeira apresentam-se alguns itens para recolha de dados sócio-demográficos, na segunda questionam-se os conhecimentos dos enfermeiros e a prática clínica respectiva no que toca à prevenção e tratamento de úlceras de pressão.

Assegura-se nesta investigação o sigilo e a confidencialidade dos dados recolhidos, bem como a sua utilização no âmbito estrito da realização e divulgação deste trabalho.

Não deixe nenhuma questão por responder.

A sua opinião é muito importante para nós.

Obrigada pela sua colaboração,

Tânia Sofia Horta Fernandes

E-mail: kalifernandes@sapo.pt

Tlm.: 96 346 91 93

PRIMEIRA PARTE

As questões que se seguem destinam-se à caracterização da amostra recolhida com o presente questionário, bem como o cruzamento estatístico das diferentes variáveis. Por favor preencha o questionário assinalando com uma cruz X nos espaços disponíveis.

1. Categoria profissional:

Enfermeiro

Enfermeiro Especialista

Enfermeiro-Chefe

2. Indique o nível de experiência profissional:

< 1 ano

1 a 3 anos

3 a 5 anos

5 a 15 anos

> 15 anos

3. Tem formação sobre Prevenção de Úlceras de Pressão?

Sim

Não

4. Se a resposta anterior for afirmativa, indique qual o tipo de formação:

Adquirida na Licenciatura de Enfermagem

Cursos de Pós-graduação ou de formação avançada sobre prevenção e tratamento de Úlceras de Pressão

Comparências em Jornadas ou Congressos sobre Úlceras de Pressão

5. Já realizou ou participou em algum estudo de investigação sobre prevenção e tratamento de Úlceras de Pressão?

Sim

Não

SEGUNDA PARTE

Nos dois quadros seguintes, estão presentes uma série de intervenções de enfermagem que são ou podem ser utilizadas na prevenção e tratamento de clientes com risco de desenvolver úlceras de pressão (UP) ou que já as têm. Para cada uma das intervenções propostas solicita-se que se considere dois aspectos:

- Com base nos seus conhecimentos, em que medida a intervenção indicada é adequada para a prevenção e tratamento de clientes com úlcera de pressão (UP).

- Na sua prática clínica, em que medida utiliza/realiza (ou colabora) em cada uma das intervenções indicadas para a prevenção e tratamento de clientes com úlcera de pressão (UP).

Por favor, assinale com uma cruz X nos quadrados que mais se identificam com os seus conhecimentos e com a sua prática clínica.

Prevenção

<u>Segundo os seus conhecimentos</u>				<u>Intervenção de enfermagem</u>	<u>Utilizada na prática clínica</u>		
Sim	Às vezes	Não	Não sei		Sempre	Às vezes	Nunca
				1 - Monitorizar o risco de desenvolvimento de UP no internamento do cliente (ou no acolhimento) com uma escala de avaliação de risco de UP			
				2 – Inspeccionar regularmente a pele quanto a zonas de rubor, em indivíduos que foram identificados como estando em risco de desenvolver UP			
				3 – Manter a pele limpa e seca			
				4 – Massajar nas zonas de risco (ruborizadas)			
				5 – Aplicar soluções alcoólicas para estimular a circulação			
				6 – Usar emolientes para hidratar a pele			

				seca na prevenção de UP			
				7 – Utilizar fraldas e dispositivos urinários em clientes com incontinência urinária			
				8 – Posicionar o cliente com risco de UP estabelecendo uma frequência de posicionamentos de acordo com a tolerância dos tecidos, nível de actividade/mobilidade do cliente, condição clínica global, objectivos globais do tratamento e avaliação da condição individual da pele			
				9 – Limitar o tempo que o individuo passa sentado numa cadeira sem alívio de pressão.			
				10 – Utilizar superfícies de apoio para alívio da pressão (ex.: colchões de espuma ou colchões de pressão alternada, dispositivos de pele de carneiro natural) em pacientes de risco ou com UP			
				11 – Na prevenção de UP utilizar em clientes de risco os seguintes dispositivos: pele de carneiro sintética; dispositivos recortados em forma de anel ou donut; e luvas cheias de água.			
				12 – Utilizar almofadas para diminuir a pressão em pacientes de risco			
				13 – Assegurar-se que as superfícies de apoio para a prevenção de úlceras de pressão nos calcâneos os elevam e afastam da superfície da cama			
				14 – Mobilizar o cliente com risco de UP utilizando ajudas de transferência para evitar a fricção e torção da pele sobre a cama			
				15 – Avaliar a ingestão de alimentos em clientes de risco			
				16 – Ensinar medidas de prevenção das úlceras de pressão aos familiares dos			

				clientes			
--	--	--	--	----------	--	--	--

Tratamento

<u>Segundo os seus conhecimentos</u>					<u>Utilizada na prática clínica</u>		
Sim	Às vezes	Não	Não sei	<u>Intervenções de Enfermagem</u>	Sempre	Às vezes	Nunca
				1 – Classificar as UP por categorias			
				2 – Avaliar as características da UP: localização, tamanho, leito da ferida, pele peri-lesional, estágio, tunelizações, tipo de tecido, dor e odor			
				3 – Registrar no processo do cliente o estado da úlcera: categoria, tamanho, aspecto			
				4 – Sentar a pessoa com úlcera de pressão na região sagrada numa cadeira convencional			
				5 – Utilizar almofadas de alívio de pressão em clientes com UP para sentá-los			
				6 – Utilizar antisépticos (iodopovidona, clorhexidina, água oxigenada, etc) para limpar o leito da UP			
				7 – Utilizar SF em jacto para limpar o leito da UP, sem danificar os tecidos			
				8 – Remover tecido desvitalizado/necrótico através de método de desbridamento mecânico			
				9 – Remover tecido desvitalizado/necrótico através do método de desbridamento enzimático			
				10 – Não intervir na UP se não apresentar sinais de infecção			
				11 – Aplicar solução tópica antiséptica (ex.: iodopovidona) em UP com sinais			

				de infecção			
				12 – Aplicar antibióticos tópicos em UP com sinais de infecção			
				13 – Obter uma amostra de exsudado da UP para cultivo microbiológico com zaragatoa			
				14 – Obter uma amostra de exsudado da UP para cultivo microbiológico com punção e aspiração com seringa nos bordos da UP			
				15 – Utilizar penso seco no tratamento da UP (ex.: gase)			
				16 – Utilizar um apósito que mantenha o leito da ferida húmido			
				17 – Selecionar o tipo de apósito a utilizar consoante as características da úlcera			
				18 – Utilizar unicamente o apósito disponível no seu local de trabalho			
				19 – Planear a mudança de penso segundo as características da UP e o tipo de apósito utilizado			
				20 – Utilizar medidas alternativas para o tratamento de UP (mel, açúcar, oxigénio)			
				21 – Fazer ensino aos familiares do cliente sobre os procedimentos para o tratamento da UP			

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO!

APÊNDICE III

Termo de Consentimento Informado

Exmo (a). Senhor Enfermeiro (a), caro (a) colega

Eu, Tânia Sofia Horta Fernandes, aluna do 2º Mestrado de Feridas e Viabilidade Tecidual da Universidade Católica Portuguesa – Lisboa, pretendo realizar, no âmbito do plano curricular do referido Mestrado um trabalho de investigação junto dos Enfermeiros dos serviços de Medicina dos Hospitais Públicos da Península de Setúbal. Este trabalho reveste-se de carácter obrigatório para a conclusão do Mestrado. Assim, de acordo com os objetivos a atingir, ou seja, conhecer a influência do conhecimento sobre Prevenção e Tratamento de Úlceras de Pressão na prática clínica dos enfermeiros, venho por este meio solicitar a V. Exas. autorização para a aplicação de um Questionário junto de vós.

Desde já informo que a confidencialidade e a privacidade dos resultados obtidos serão asseguradas pelo anonimato da identificação dos participantes no estudo e sua divulgação, nem resultará quaisquer danos físicos ou psíquicos para os participantes incluídos.

Grata pela vossa atenção e certa de que esta solicitação merecerá por parte de V. Exas. toda a atenção, no caso de aceitar a colaboração neste estudo, deve colocar uma cruz X no quadrado seguinte:

- Aceito participar no estudo
- Não aceito participar no estudo

Os meus melhores cumprimentos,

Tânia Fernandes.