

Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

Úlcera por Pressão em Contexto Comunitário

Dissertação de Mestrado em Saúde Comunitária

Catarina Teresa Costa Cerdeira

Orientador

Professor Doutor Amâncio António de Sousa Carvalho



Vila Real, 2013

Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

**Úlcera por Pressão em Contexto Comunitário: Uma Perspetiva da
Realidade da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de
Murça**

Dissertação de Mestrado em Saúde Comunitária

Catarina Teresa Costa Cerdeira

Orientador

Professor Doutor Amâncio António de Sousa Carvalho



Vila Real, 2013

Este trabalho foi expressamente elaborado como dissertação original para efeito de obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Comunitária, sendo apresentada na Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.

Dedico este trabalho a todos os dependentes e seus prestadores de cuidados, que acompanhei na sua recuperação, tratamento e morte. Que tanto me ensinaram, com quem ri, desanimei, sofri e chorei.

Agradeço,

Em especial ao meu Orientador, Professor Doutor Amâncio Carvalho, por tudo o que me ensinou, pela sua disponibilidade, incentivo e tolerância, **MUITO OBRIGADA!**

Agradeço a todos os que direta ou indiretamente me ajudaram, incentivaram e empurraram a fazer este percurso.

Ao companheiro da minha vida, que me apoiou em todos os momentos, principalmente nos menos bons...

RESUMO

O envelhecimento acelerado em Portugal levanta inúmeras questões acerca do impacto sobre o sistema de saúde. As úlceras por pressão ainda constituem um importante desafio para os profissionais da saúde. Muito se tem discutido sobre as estratégias de prevenção e tratamento, nas populações de maior risco. Contudo, a informação ainda contínua escassa no âmbito do Cuidados de Saúde Primários.

O presente estudo tem como objetivo determinar a natureza das relações entre o foco de atenção de enfermagem úlceras por pressão e outras variáveis, dos utentes associados ao programa de saúde dependentes, inscritos na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Murça.

Optamos por um estudo com uma parte descritiva e uma parte correlacional, transversal e de abordagem quantitativa, no qual participaram 247 utentes dependentes. Para a colheita dos dados elaboramos um formulário, que foi preenchido com base na documentação do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem. Para o tratamento de dados recorremos ao programa estatístico Statistical Package for the Social Science (SPSS, versão 20.0).

A maioria dos utentes dependentes (64,9%) é do sexo feminino, pertence à classe etária dos 85 e mais anos (42,1%), é viúvo (53,0%), o maior grupo reside na área geográfica de Murça (26,6%) e a maioria encontra-se não institucionalizado (73,3%), possuindo prestador de cuidados (64,4%). Quanto aos prestadores de cuidados, a maioria é do sexo feminino (83,0%), pertence à classe etária dos 20-64 anos (59,7%), é filho ou filha (36,5%) em termos de parentesco, é escolarizada (87,4%) e pertence à população não ativa (72,0%). A maioria dos dependentes está associada ao programa de saúde do Idoso (68,0%). O enunciado do diagnóstico de enfermagem Risco de úlcera por pressão foi identificado em 98,6% dos dependentes com foco de atenção de enfermagem úlceras por pressão. A prevalência de úlceras por pressão é de 4,0%. Verificamos ainda que em 39,5% dos dependentes foi prescrita a intervenção de enfermagem “Monitorizar risco de úlceras por pressão através da Escala de Braden. Quanto ao risco de úlceras por pressão 33,0% dos dependentes enquadra-se na classe de alto risco e 67,0% na classe de baixo risco. Constataram-se diferenças estatísticas significativas quanto ao grau de risco segundo a Escala de Braden, em que os dependentes com mais de 85anos apresentam maior proporção de alto risco, que os dependentes mais novos (χ^2 :p=0,048); os prestadores de cuidados, da classe etária dos 20 aos 64 anos, cuidam

de dependentes que se enquadram mais na classe de alto risco da Escala de Braden ($\chi^2:p=0,000$), assim como os prestadores de cuidados escolarizados ($\chi^2:p=0,032$), pertencentes à população ativa ($\chi^2:p=0,002$) e os prestadores de cuidados que são filhos ($\chi^2:p=0,007$). A subescala com maior % da variância explicada da pontuação total da Escala de Braden (74,5%) é a atividade e a menor é a nutrição (6,3%). Existe relação entre a idade e a pontuação total da Escala de Braden (Correlação de Pearson=-0,209; p=0,03).

Os resultados obtidos permitem-nos afirmar que não existe integridade referencial de dados e que é possível melhorar o processo de documentação e a qualidade de cuidados prestados a estes utentes. Nesse sentido propusemos um guia orientador da condição clínica e decisão terapêutica na prevenção das úlceras por pressão.

Palavras chave: Risco; Úlceras por Pressão; Contexto Comunitário; Escala de Braden; Documentação dos Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

The increasing aging in Portugal leads to many questions about the way it affects the health service. Pressure ulcers (PU) are a challenge to health professionals. Many things have been discussed in regards to prevent and treat them but the information needs to be shared within primary care.

The objective of this study is to determine the nature of the relation between the nursing point of attention 'Pressure ulcer' and other variants of patients associated to the dependant health program in Murças's Personalised Healthcare Unit.

The study is divided in a descriptive and correlational part, transversal and quantitative involving 247 dependant patients. To collect information we put in place a form made by us and it was filled with data from *Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem*. To process the collected data, we used the Statistical Package for the Social Science (SPSS, version 20.0).

The majority of dependant patients (64.9%) is female, aged 85+ (42.1%), is widowed (53.0%), the largest group lives in Murça (26.6%) and the majority is not in a care home (73.3%) but has a carer (64.4%)- Regarding carers, most of them are females (83.0%), aged 20-64years old (59.7%), related to patient as son/daughter (36.5%), educated (87.4%) and not active (72.0%). The majority of the dependants is associated to the elderly health program (68.8%). The head of the nursing diagnosis 'Risk of PU' was acknowledged in 98.6% of the dependants with the nursing point of attention 'PU'. The prevalence of PU is 4%. We have identified that 39,5% of the dependants had the nursing intervention 'To monitor risk of PU' with Braden Score (BS). 33.0% of the dependants are in high risk and 67.0% are in low risk of developing PU. There are significant statistic differences regarding the risk when using the BS, in which the +85 years old dependants present the bigger rate of high risk than the younger dependants (χ^2 :p=0,048); the carers aged 20-64years old take care of dependants that score high risk on the BS (χ^2 :p=0,000); the educated carers (χ^2 :p=0,032) belong to the active population (χ^2 :p0,002) and the carers that are related to the dependants (χ^2 : p= 0,007).

The subscale with major % variance of the pontuation scored in the BS is 'activity' and the minor is 'nutrition'. There is a relation between age and total pontuation of BS (Pearson Correlation).

The results allow us to confirm that there is no referential integrity of data and that it is possible to improve the documentation process and the quality of care. As such, we advise the use of an orientation guide of the clinical condition and therapeutic decision to prevent PU.

Key words: risk, pressure ulcer, community, Braden Score, documentation of nursing interventions.

ÍNDICE

DEDICATÓRIA	v
AGRADECIMENTOS	vii
RESUMO	ix
ABSTRACT	xi
ÍNDICE DE FIGURAS	xv
ÍNDICE DE TABELAS	xvii
LISTA DE SIGLAS	xix
INTRODUÇÃO	1
1. ÚLCERAS POR PRESSÃO EM CONTEXTO COMUNITÁRIO	7
1.1. Fenómenos que se interligam	8
1.1.1. Envelhecimento demográfico.....	8
1.1.2. Envelhecimento, dependência e UPP.....	9
1.2. Classificação	12
1.3. Epidemiologia e estado da arte	13
1.4. Principais localizações	15
1.5. Fatores de risco	16
1.5.1. Instrumentos para avaliação do grau de risco.....	18
1.6. Medidas preventivas	22
1.7. As respostas comunitárias ao utente dependente no domicílio	24
1.7.1. As intervenções de enfermagem na comunidade.....	27
1.7.2. Documentação dos cuidados prestados	33
2. METODOLOGIA	39
2.1. Tipo de estudo	39
2.2. População e amostra em estudo	40
2.3. Questões de investigação e hipóteses	40
2.4. Variáveis em estudo	42
2.4.1. Operacionalização das variáveis.....	42
2.5. Instrumentos de recolha de dados	45
2.6. Procedimentos de recolha de dados	46
2.7. Previsão do tratamento e análise dos dados	48

3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	49
3.1. Caraterização dos dependentes e dos prestadores de cuidados	49
3.2. Dados sobre a documentação no processo de enfermagem no SAPE	55
3.3. Risco/presença de UPP	63
4. CONCLUSÃO	81
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	87
Apêndice A – Formulário	101
Apêndice B – Pedido de autorização para a recolha de dados à Comissão de Ética	103
Apêndice C – Pedido de autorização para a recolha de dados ao Diretor Executivo do ACeS	105
Apêndice D – Pedido de autorização para a aplicação do ao Diretor Executivo do ACeS	107
Apêndice E – Pedido de autorização para a aplicação do à Comissão de Ética	109
Apêndice F – Parecer da Comissão de Ética para aplicação do estudo.....	111
Apêndice G – Guia orientador de avaliação clínica e decisão terapêutica na prevenção das UPP...	115

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Frequência de ulcerações por local	16
Figura 2. Histograma e diagrama de folhas obtido para a variável idade	51
Figura 3. Documentação dos cuidados no processo de enfermagem dos utentes em programa de saúde dependentes.....	58
Figura 4. Integridade referencial entre enunciado do diagnóstico (ED): risco de UPP e intervenções de enfermagem (IE) documentadas	59
Figura 5. Integridade referencial entre enunciado do diagnóstico (ED): presença de UPP e intervenções de enfermagem (IE) documentadas.....	63

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Descrição das classificações de UPP	13
Tabela 2. Fatores intrínsecos e extrínsecos das UPP	17
Tabela 3. Descrição da escala de Branden	20
Tabela 4. Operacionalização e categorização das variáveis de caracterização dos dependentes em estudo	43
Tabela 5. Operacionalização e categorização das variáveis de caracterização dos PC	44
Tabela 6. Operacionalização e categorização das variáveis de investigação	45
Tabela 7. Caracterização dos dependentes	49
Tabela 8. Caracterização dos PC	52
Tabela 9. Distribuição dos utentes quanto aos programas de saúde	55
Tabela 10. Distribuição dos utentes quanto aos focos de atenção de enfermagem e enunciados do diagnóstico	57
Tabela 11. Intervenções prescritas relativas aos enunciados de diagnóstico em estudo “Risco de UPP”	58
Tabela 12. Intervenções prescritas relativas aos enunciados de diagnóstico em estudo UPP	61
Tabela 13. Distribuição dos utentes pelas seis subescalas de Branden	64
Tabela 14. Estatísticas descritas da pontuação na escala de Branden, por sexo, idade, área geográfica e situação de institucionalização do utente	65
Tabela 15. Resultados dos testes estatísticos relativos à hipótese 1	67
Tabela 16. Estatísticas descritas da pontuação na escala de Branden, quanto à existência, idade, escolaridade, situação profissional e grau de parentesco do PC com o dependente	69
Tabela 17. Resultados dos testes estatísticos relativo à hipótese 2	70
Tabela 18. Resultados dos testes estatísticos relativo à hipótese 3	72
Tabela 19. Resultados dos testes estatísticos relativo à hipótese 4	73
Tabela 20. Distribuição por sexo, idade e pontuação da escala de Braden de acordo com a presença de UPP	75
Tabela 21. Localização anatómica das UPP e respetiva classificação	76
Tabela 22. Resultados dos testes estatísticos relativo à hipótese 5	77
Tabela 23. Resultados dos testes estatísticos relativo à hipótese 6	79

LISTA DE SIGLAS

AC – Autocuidado

ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CS – Centro de Saúde

CSD – Cuidados de Saúde Domiciliário

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção-Geral da Saúde

DL – Decreto-Lei

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ICE – Investigação Científica em Enfermagem

ID – Índice de Dependência

INE – Instituto Nacional de Estatística

ISO – International Organization of Standardisation

OE – Ordem dos Enfermeiros

RA – Resíduo Ajustado

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SIE – Sistemas de Informação em Enfermagem

SINUS – Sistema Informático das Unidades de Saúde

SPPS – Statistical Package for the Social Science

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados Personalizados

UPP – Úlcera por Pressão

VD – Visita Domiciliária

INTRODUÇÃO

A investigação reflete a necessidade de evolução e fundamentação do campo de conhecimentos de uma profissão. Basto e Magão (2001) defendem que a investigação em enfermagem deve resultar do quotidiano, deve preocupar-se com as pessoas que cuida no seu ambiente e respeitar a natureza complexa da realidade e dos cuidados, moldando-se às suas exigências. Logo, “os enfermeiros, ao longo dos tempos foram melhorando os recursos e processos de ensino e aprendizagem, valorizando o seu ofício, as ferramentas de trabalho, mas sobretudo a sua forma de conceptualizar, decidir, agir e avaliar” (Rodrigues, 2008, p.38).

Segundo Fortin (2009) “o tema de estudo é um elemento particular de um domínio de conhecimentos que interessa ao investigador e o impulsiona a fazer uma investigação” (p. 67). Dado o percurso profissional percorrido no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), com maior apreço pela visita domiciliária (VD), surge o interesse de conhecer a realidade do foco de atenção de enfermagem úlcera por pressão (UPP) nos utentes dependentes da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) do Centro de Saúde (CS) de Murça.

O envelhecimento acelerado em Portugal levanta inúmeras questões acerca do impacto sobre o sistema de saúde. O desafio nas políticas de saúde atualmente é a prevenção das doenças crónica e degenerativas, a assistência à saúde dos idosos dependentes e o suporte aos cuidadores familiares. As doenças nesse período, geralmente, são crónicas, múltiplas, perduram por vários anos, exigem mais cuidados permanentes, consomem mais serviços de saúde. Com o aumento da longevidade, há uma necessidade permanente de preconizar programas de saúde, que ajudem a prevenir e minimizar deficiências (Assis, 2004).

Para Santos, Ferreira e Netto (1995), o termo UPP foi consagrado internacionalmente uma vez que o fator causal principal é a pressão, razão pela qual no decorrer do nosso estudo utilizaremos esse termo. As UPP podem ser definidas com sendo uma “úlceras: dano, inflamação ou ferida da pele ou estruturas subjacentes como resultado da compressão tecidual e perfusão inadequada” (Conselho Internacional de Enfermeiros, [CIE], 2011, p. 79).

É de prever que, com uma população cada vez mais envelhecida e com o aumento das taxas de sobrevivência verificadas mesmo para os processos mais importantes de doença, o número de utentes em risco de desenvolver, e que desenvolvem, úlceras de pressão continue a aumentar (European Pressure Ulcer Advisory Panel/National Pressure Ulcer Advisory Panel [EPUAP/NPUAP], 2009). No entanto, as UPP não constituem apenas uma doença dos mais

idosos, estas afetam todos os grupos etários, sendo dispendiosas em termos financeiros, de utilização de recursos quer humanos quer materiais e, o que é mais importante em termos de sofrimento humano. Este é um problema de saúde comum, sendo que a sua frequência varia consideravelmente entre diferentes grupos de utentes e diferentes ambientes de prestação de cuidados de saúde.

Assim, surge o nosso problema de investigação: “Existe relação entre a UPP e outras variáveis de investigação, nos utentes em programa de saúde dependentes, da UCSP do CS de Murça, no espaço de tempo entre agosto e setembro de 2012?”, com vista a diagnosticar necessidades dos utentes e lacunas na documentação, para a melhoria dos cuidados de enfermagem. O fenómeno UPP constitui uma das áreas com alta sensibilidade ao desempenho dos enfermeiros e de grande impacto na qualidade de vida dos utentes e na carga de trabalho dos enfermeiros, para além de todos os custos envolvidos. Os utentes com fenómeno UPP consumiram 75% do total de visitas domiciliárias em 2012 da UCSP de Murça segundo dados consultados no Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem do Utentes (SAPE). E de acordo com o aplicativo informático de monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) Gestcare cuidados continuados integrados em 2012 do total de utentes da Equipa de cuidados continuados integrados (ECCI) de Murça, foram admitidos 66,7% para tratamento de UPP. Com base neste problema, Com base neste problema, definimos como objetivo geral determinar a natureza das relações entre a UPP e outras variáveis de investigação e como objetivos específicos:

- Caracterizar os utentes inscritos no período compreendido entre agosto e setembro de 2012 em programa de saúde dependentes da UCSP do CS de Murça;
- Identificar a ocorrência do foco de atenção de enfermagem UPP nos utentes em programa de saúde dependentes da UCSP do CS de Murça;
- Determinar a prevalência de UPP nos utentes dependentes;
- Analisar o risco de UPP e a sua prevalência e a sua relação com outras variáveis em estudo;
- Avaliar a taxa de efetividade diagnóstica do risco de UPP;

- Analisar a integridade referencial de dados relativos ao diagnóstico risco de UPP e presença de UPP;
- Refletir sobre as práticas a partir de informação válida extraída da documentação de enfermagem;
- Propor recomendações para melhoria da documentação e prestação dos cuidados de enfermagem.

Na realidade, e partindo do foco de atenção de enfermagem “UPP”, é possível enunciar dois diagnósticos de enfermagem distintos, face aos quais os enfermeiros podem intervir de um modo adequado e eficaz, designadamente: UPP, com a respetiva localização e Risco de UPP (Gomes, 2008).

Para a colheita dos dados do nosso estudo recorreremos à consulta da documentação de enfermagem, nos processos clínicos no SAPE, de todos os utentes em programa de saúde dependentes, inscritos na UCSP, através de um formulário onde se recolheu informação para responder às questões de investigação ou verificação das hipóteses formuladas.

Na análise da informação colhida tivemos como quadro de referência a Classificação Internacional da Prática de Enfermagem (CIPE, versão β2), de forma a identificar os focos de atenção de enfermagem, diagnósticos de enfermagem e intervenções de enfermagem (CIE, 2002).

A Ordem dos Enfermeiros (OE) reconhece que deve ser utilizada uma Classificação Internacional para se proceder aos registos eletrónicos e à sistematização da informação, aconselhando a CIPE para a Enfermagem. A CIPE “é um instrumento de informação para descrever a prática de enfermagem” e permite uma “classificação de fenómenos de enfermagem, ações de enfermagem e resultados de enfermagem” (CIE, 2002, p. xii).

A quantificação dos custos do tratamento das UPP é extremamente difícil, no entanto, os custos para o utente poderão incluir: dor e sofrimento, embaraço causado pelo odor ou perda de líquidos pelo exsudado, a perda de funcionalidade no seio da família e, se o utente está empregado, a perda de rendimentos e a potencial perda do posto de trabalho devido a um período aumentado de hospitalização. Os custos em que incorre o prestador de cuidados de saúde dividem-se em duas categorias principais:

- Custos financeiros associados à provisão de materiais de penso, equipamento especializado, tratamento de complicações por recurso a antibióticos ou cirurgia.
- Custos por oportunidades perdidas associadas ao potencial uso do leito hospitalar, do tempo de enfermagem e de outros recursos (EPUAP/NPUAP, 2009).

Neste sentido, a falta de informação sobre esta temática, implica o diagnóstico de situação, enquanto conceito mais alargado do que a identificação de problemas, deve consolidar a análise do contexto social e cultural onde o problema se insere, assim como as potencialidades e os mecanismos de mudança existentes. Deverá assumir um carácter sistémico, interpretativo e prospetivo, devendo a sua elaboração:

assentar na compreensão do carácter sistémico da realidade; envolver uma relação de causalidade linear numa primeira fase e ser mais integrado numa segunda fase; ser multidisciplinar; ser um instrumento de participação e de consciencialização dos atores; ser um instrumento de pesquisa – acção; ser já intervenção por ser um instrumento de interação e de compreensão do real. (Guerra, 1994, p. 17)

De acordo com o estudo de Pereira (2007), entre os dez focos de atenção mais frequentes nos CSP incluídos no Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem e documentados nos Sistemas de Informação em Enfermagem em uso está a UPP.

Entende-se por resumo mínimo de dados de enfermagem “... o conjunto mínimo de itens de informação referente a dimensões específicas da enfermagem, com categorias e definições uniformes, que vai ao encontro das necessidades de informação dos múltiplos utilizadores dos dados no sistema de saúde” (Werley, Devine, Zorn, Ryan & Westra 1991, p. 421). A sua estrutura substantiva, sob o ponto de vista clínico, corresponde a um conjunto de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem.

Os enfermeiros não são exceção a este processo. No entanto, para se obter o reconhecimento social e político, é essencial conferir visibilidade às ações dos enfermeiros, os cuidados de enfermagem devem estar patentes nas estatísticas, nos indicadores e nos relatórios oficiais de saúde, para que se descreva e verifique o impacto dos mesmos nos ganhos em saúde das populações (Jesus, 2005).

Diante do impacto deste problema na saúde pública, é imprescindível a mudança de paradigmas nas políticas assistenciais, mediante a implementação de Programas voltados à prevenção das lesões de pele e de suas complicações, através de medidas permanentes de educação das equipas, visando à aplicação de protocolos e de ações preventivas, com base na

avaliação criteriosa para identificação dos fatores de risco (intrínsecos e extrínsecos) e implementação de medidas para a sua monitorização e controle (Brandão, Mardelbaum & Santos, 2013).

Todas estas questões parecem pertinentes, pois é consensual que a via a seguir é a da prevenção da UPP. No entanto, apenas se podem esperar resultados a médio e longo prazo, mas que implicam gastos imediatos. Pretendendo-se com o estudo quer refletir e melhorar práticas, quer sensibilizar as Instituições para tal.

O presente estudo encontra-se dividido em quatro capítulos: o primeiro constitui o enquadramento teórico do tema; no segundo, descrevemos a metodologia utilizada; no terceiro, apresentamos e discutimos os resultados encontrados e, por fim, no quarto, apresentamos as principais conclusões que advieram da nossa pesquisa e sugestões com vista à melhoria dos cuidados de enfermagem

1. ÚLCERAS POR PRESSÃO EM CONTEXTO COMUNITÁRIO

As UPP ainda constituem um importante desafio para os profissionais da saúde. Muito se tem discutido sobre sua causalidade, fisiopatogenia estratégias de prevenção e tratamento, voltadas, principalmente, para as populações de maior risco, como os utentes com doenças críticas e crónicas, além dos idosos (Donini, Felice, Tagliaccica, Bernardini & Cannella, 2005).

Segundo a EPUAP/NPUAP (2009):

uma úlcera de pressão é uma lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente, 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. (p. 9)

As UPP podem ser definidas como sendo uma “úlceras: dano, inflamação ou ferida da pele ou estruturas subjacentes como resultado da compressão tecidual e perfusão inadequada” (CIE, 2011, p. 79).

Entre outros, um dos factos que nos faz refletir acerca deste fenómeno é o de, como refere Paranhos (2003), a condição de ter uma UPP pode causar dor, sofrimento e aumentar os custos diretos e indiretos. As UPP afligem e desencorajam os doentes, constituem porta de entrada para a infeção, dificultam a recuperação, aumentam o tempo de cuidados de enfermagem, e contribuem para o aumento da taxa de morbilidade e mortalidade.

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

O declínio biológico normal, o aparecimento de doenças e dificuldades funcionais com o avanço da idade sustentam, de modo geral, uma conceção de velhice, como período de decadência inexorável. Reconhecidamente, o envelhecimento humano é um facto heterogéneo, recebe a influência de aspetos sociais, culturais, económicos e políticos.

1.1. Fenómenos que se interligam

A queda e o adiamento da fecundidade, o aumento da longevidade, a intensidade e diversidade dos fluxos migratórios, o progressivo envelhecimento demográfico, os novos modelos familiares, a igualdade de oportunidades entre homens e mulheres, os grupos populacionais mais vulneráveis a situações de pobreza e discriminação integram, de modo direto ou indireto, novos desafios que se colocam às sociedades (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2011).

No entanto, o paradigma do envelhecimento está a sofrer alterações, pois já não pressupõe inevitavelmente a perda e deterioração intelectual (Trilla, 2004). Envelhecer é, também, “aceitar o inaceitável, isto é, a perda gradual das funções orgânicas, os handicaps, a mutilação, a separação, o sofrimento, o confronto com o desconhecido e a morte” (Berger, 1995, p. 165).

No caso das UPP, observa-se que têm aumentado com o envelhecimento da população, estando associadas às doenças crónico-degenerativas, consideradas como um dos fatores predisponentes (Dealey, 1996).

1.1.1. Envelhecimento demográfico

O aumento da população idosa e a redução da população jovem agravou-se na última década, sendo denominado como o fenómeno do duplo envelhecimento da população portuguesa. Os resultados dos Censos 2011 indicam que 15% da população residente em Portugal se encontra no grupo etário mais jovem (0-14 anos) e cerca de 19% pertence ao grupo dos mais idosos, com 65 ou mais anos de idade (INE, 2011). Contribui para este fenómeno, nomeadamente, a diminuição da mortalidade infantil e de crianças e uma esperança de vida mais elevada, melhor nutrição, educação e melhores cuidados de saúde, com acesso ao planeamento familiar.

Segundo o INE (2011), o índice de envelhecimento da população portuguesa em 2011 era de 129, sendo que em 2001 este índice era de 102. No concelho de Murça este índice em 2001 era de 166 e em 2011 é de 252, tendo-se registado um aumento exponencial, o que demonstra a dimensão deste problema.

Araújo, Paúl e Martins (2011) consideram que o século XXI é o século do envelhecimento. Este fenómeno lança novos desafios, e obriga à reflexão de questões com relevância crescente como viver com mais idade em contexto familiar, meios de subsistência, saúde das famílias, solidariedade intergeracional entre outros. Deste fenómeno social emerge a necessidade de se criarem novas atividades económicas e profissões, nomeadamente, na prestação de cuidados comunitários e de redes de solidariedade, ou seja, serviços específicos tendo em conta as necessidades específicas dos idosos e das suas famílias. O envelhecimento consiste num processo complexo da evolução biológica dos organismos vivos, e um processo psicológico e social do desenvolvimento do ser humano. Trata-se de um processo normal, universal, gradual e irreversível, onde ocorre deterioração endógena das capacidades funcionais do organismo.

Cada vez mais emergem políticas sociais de envelhecimento ativo que pretendem proporcionar aos idosos o usufruto de uma vida com qualidade porque “aceitar o envelhecimento, assumi-lo nas suas grandezas e misérias, viver com ele, é provavelmente a maior tarefa que o homem enfrenta” (Ermida, 1999, p. 50).

1.1.2. Envelhecimento, dependência e Úlceras por Pressão

De acordo com dados do INE (2011), na última década, verificou-se o agravamento do índice de dependência (ID) total passou de 48 para 52. Em 2011 este índice é de 52, o que significa que, por cada 100 pessoas em idade ativa existem 52 dependentes. O seu agravamento em Portugal é resultado do aumento do ID de idosos, que subiu de 24 em 2001 para 29 em 2011, sendo que no concelho de Murça é de 46.3. O ID de jovens teve, no mesmo período, um comportamento contrário, assinalando uma diminuição de 24 para 23, correspondendo no concelho de Murça a 18.4.

Tendo em conta todas as dimensões do processo de envelhecimento, um dos aspetos que caracteriza este grupo etário, não sendo exclusivo do mesmo, refere-se a um maior grau de dependência, sendo que este aumenta com o decorrer da idade, principalmente quando associada ao aparecimento e desenvolvimento de doenças crónicas conduzindo a diferentes tipos e níveis de dependência (Araújo et al., 2011).

Segundo a Missão para os Cuidados de Saúde Primários (2007):

Existe claramente uma relação entre dependência e idade dado que a percentagem de indivíduos com limitações aumenta conforme consideramos grupos de população com mais idade. Estudos internacionais apontam para que mais de 30% das pessoas com idade superior a 65 anos sofre de algum tipo de incapacidade, sendo que relativamente a menores de 65 anos, esta percentagem não chega aos 5%. (p. 3)

Ao se relacionar envelhecimento e dependência, destaca-se assim a questão da prevalência de patologias crónicas nesse grupo etário. Guillén Llera e Molino Martín (1994) afirmam que essa cronicidade, observada na maioria dos idosos, necessita de uma abordagem abrangente para ser bem avaliada, já que as doenças crónicas podem ser incapacitantes ou não.

Embora a maioria das pessoas idosas não seja nem doente, nem dependente, a verdade é que as transformações biopsicossociais, pelas quais todas as pessoas idosas passam, levam ao aparecimento de algumas deficiências e ao aumento da predisposição à doença. A este respeito a Direção-Geral da Saúde (DGS, 2004) refere que os últimos anos de vida são acompanhados de situações de doença e incapacidade, suscetíveis de prevenção.

A saúde dá lugar à doença, o utente passa a depender menos de si próprio e mais dos outros. Santos (2002) considera a dependência como um estado em que as ações de outras pessoas são condição necessária para alcançar os seus próprios objetivos. Esta situação remete para o facto de um indivíduo precisar de ajuda, por ser doente ou por outras razões, para efetuar as primordiais atividades da vida, quer sejam físicas, psicológicas ou económicas, torna-o dependente. Para o mesmo autor, a dependência está presente ao longo do ciclo vital, resultando de uma incapacidade, não sendo exclusiva ao idoso. Todavia, a dependência dos idosos desponta com mais frequência, podendo ser contínua e categórica. Esta realidade redonda de fatores de vulnerabilidade, como a redução das capacidades físicas, psicológicas ou mentais, isolamento, falta de amparo e afeto familiares.

Além das doenças crónicas, os idosos também se defrontam rotineiramente, com as alterações anatómicas e funcionais impostas pela sua natural maturação biológica que, associadas a essas doenças, podem levar à restrição da sua mobilidade e, conseqüentemente, à perda da sua autonomia, criando situações de dependência de cuidadores (Duarte & Diogo, 2000).

Neste contexto, Adam (1994) refere que “um indivíduo é independente quando não depende de outrem para executar e satisfazer as suas necessidades quotidianas” (p. 126). Segundo a mesma autora “quando está em jogo a satisfação das nossas necessidades, relativas à nossa própria saúde,

todos nós nos empenhamos em ser independentes” (p. 127). Assim, os estados de dependência e independência, em maior ou menor intensidade, estão presentes ao longo de toda a vida do ser humano. O termo dependência, na prática geriátrica, liga-se a fragilidade e esta é vista como uma vulnerabilidade que a pessoa apresenta face aos desafios próprios do ambiente. Essa condição é observada, geralmente, em pessoas com uma combinação de doenças ou limitações funcionais que reduzem a capacidade de adaptar-se ao stress causado por doenças agudas ou crônicas. Assim, a dependência é um estado no qual se encontram as pessoas que, por razões ligadas à falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, necessitam de uma assistência e ou ajuda de outra pessoa para realizar os atos correntes de vida. Mas não é apenas a incapacidade que cria a dependência, mas sim o somatório da incapacidade com a necessidade. Por outro lado, a dependência não é um estado permanente. É um processo dinâmico cuja evolução pode modificar-se e até ser prevenida ou reduzida se houver ambiente e assistência adequados (Caldas, 2003).

Frequentemente associado a condições de dependência surgem limitações físicas, as quais podem englobar situações desde uma simples limitação na atividade física a situações de imobilidade total. A imobilidade é um dos fatores de risco para o aparecimento de UPP (Correia & Dias, 2012), aspeto de saúde com alta sensibilidade aos cuidados de enfermagem.

As UPP 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 & Stotts, 2008).

Em 2007 a Unidade de Missão para os Cuidados de Saúde Primários considerava:

para além do envelhecimento demográfico, as alterações do padrão epidemiológico e da estrutura de comportamentos sociais e familiares da sociedade portuguesa, determinam novas necessidades em saúde e conduzem ao aparecimento de um grupo significativo de doentes para os quais, independentemente da idade e dos problemas decorrentes da sua perda de autonomia, urge organizar respostas adequadas à crescente necessidade de cuidados continuados, de forma personalizada, de qualidade e em proximidade, muito diferente do modelo de intervenção na doença aguda. (p.3)

1.2. Classificação

Segundo o CIE (2002), na CIPE, o fenómeno de enfermagem é um aspeto de saúde com relevância para a prática de enfermagem. O CIE (2006) considera que a UPP consiste num foco de atenção para a prática dos enfermeiros, ou seja é uma área de atenção, tal como foi descrito pelos mandatos sociais e pela matriz profissional e conceptual da prática profissional de enfermagem. Considerar a úlcera como foco de atenção implica adotá-la como área de atenção privilegiada dos enfermeiros, sendo que, no caso particular das UPP, estas são assumidas como tendo grande sensibilidade aos cuidados de enfermagem, na medida em que é possível produzir ganhos em saúde, a este nível, que resultem das intervenções autónomas dos enfermeiros (Gomes, 2008).

No Programa Operacional de Saúde “Saúde XXI”, da União Europeia (2000), os ganhos em saúde são entendidos como:

... ganhos em anos de vida, pela redução de episódios de doença ou encurtamento da sua duração, pela diminuição das situações de incapacidade temporária ou permanente devidas à doença, traumatismos ou suas sequelas, pelo aumento da funcionalidade física ou psicossocial e, ainda, pela redução do sofrimento evitável pela melhoria da qualidade de vida relacionada ou condicionada pela saúde. Em que o acesso a cuidados de saúde de qualidade traduz-se na sua obtenção no local e no momento em que são necessários, com garantia de efectividade, eficiência, continuidade e satisfação do utente. (p. 23)

O CIE (2002) considera UPP, um tipo de úlcera com características específicas: “inflamação ou ferida sobre as proeminências ósseas devido à compressão e fricção da pele entre o osso e a superfície subjacente, em que os estádios são graduados segundo a sua gravidade” (p. 29). Mais recentemente o CIE (2006), na CIPE Versão 1, define UPP como “úlcera: dano, inflamação ou ferida da pele ou estruturas subjacentes como resultado da compressão tecidular e perfusão inadequada”.

Existem várias classificações das UPP. Uma das mais conhecidas é a da EPUAP/NPUAP (2009), pelo que a vamos apresentar. Apresentaremos também, em paralelo à classificação da EPUAP/NPUAP, a classificação que surge na CIPE (CIE, 2002), uma vez que é aquela que consta no Sistema de Documentação do SAPE, utilizado no contexto em que se realiza o estudo (Tabela 1).

Tabela 1.

Descrição das classificações de UPP

EPUAP/NPUAP (2009)	CIE (2002)
<p>Categoria I: eritema não branqueável em pele intacta</p> <p>Pele intacta com eritema não branqueável de uma área localizada, normalmente sobre uma proeminência óssea, descoloração da pele, calor, edema, tumefacção ou dor podem também estar presentes. Em pele escura pigmentada pode não ser visível o branqueamento</p>	<p>Úlcera de pressão de grau 1</p> <p>Lesão superficial.</p>
<p>Categoria II: perda parcial da espessura da pele ou flictena</p> <p>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 flictena fechada ou aberta preenchido por líquido seroso ou sero-hemático.</p>	<p>Úlcera de pressão de grau 2</p> <p>Lesão que evoluiu para uma situação de flictenas ou solução de continuidade superficial.</p>
<p>Categoria III: Perda total da espessura da pele (Tecido subcutâneo visível)</p> <p>Perda total da espessura tecidular. 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.</p>	<p>Úlcera de pressão de grau 3</p> <p>Solução de continuidade da pele com perda de toda a sua espessura e drenagem sanguinolenta.</p>
<p>Categoria IV: Perda total da espessura dos tecidos (músculos e ossos visíveis)</p> <p>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.</p>	<p>Úlcera de pressão de grau 4</p> <p>Úlcera profunda tipo cratera, com exposição da fáscia e do tecido conjuntivo, músculo ou osso</p>

1.3. Epidemiologia e estado da arte

Os estudos epidemiológicos constituem um instrumento de grande eficácia na gestão clínica dos diversos processos de doença. No caso das UPP, representa um problema de saúde pública com grande repercussão nos doentes afetados mas também na envolvente familiar e social. Assim, os esforços económicos e os recursos humanos significam alta dedicação dos profissionais de saúde e sociais, em especial dos enfermeiros, para resolver as situações concretas, como destaca Van Rijswijk (1997).

A realidade em Portugal, segundo Gouveia, Miguéns, Furtado e Ferreira (2004), é escassa em dados relativos a taxas de prevalência e incidência em meio hospitalar ou em CSP. Existem

poucos estudos, sendo que os que existem apenas permitem inferir conclusões que podem apenas ser a “ponta do iceberg”, de um problema de saúde pública, como são as UPP. Perante o que foi exposto, percebe-se o envolvimento de instituições públicas e privadas no desenvolvimento de estratégias, que possam minimizar a ocorrência UPP.

A prevalência de UPP tem aumentado nos últimos anos, devido ao aumento da esperança de vida da população, associada aos avanços da medicina moderna, que tornaram possível a sobrevivência de utentes com doenças graves e anteriormente letais, transformadas em doenças crônicas e lentamente debilitantes (Catania, Huang, James, Madison & Ohr, 2007). Para Gomes e Magalhães (2008), a prevalência dessas úlceras aumenta com a idade, sendo que 50 a 70% se desenvolvem em pessoas acima de 70 anos. A prevalência de UPP em Hospitais Gerais em todo o mundo é de 3% a 15%, em utentes crônicos é de 15% a 25% e em utentes sob cuidados domiciliares, de 7% a 12% (EPUAP/NPUAP, 2009).

Os dados epidemiológicos portugueses mais recentes são relativos aos cuidados hospitalares, onde a prevalência média de UPP é de cerca de 11,5%. Estratificando por serviços específicos, como os serviços de medicina, a prevalência média sobe para 17,5% (Ferreira, Miguéns, Gouveia & Furtado, 2007). Um estudo de prevalência sobre UPP com abrangência ao meio hospitalar, lares e CSP em simultâneo, que foi realizado nos arquipélagos dos Açores, Madeira e ilha da Gran Canaria em 2006, pelo Grupo de Investigação Científica em Enfermagem (ICE), com uma amostra de 1.186 indivíduos, obteve uma prevalência geral de 14,2% e, especificamente, nos Açores de 9%, devendo realçar-se que a maior prevalência foi encontrada a nível dos CSP (Grupo ICE, 2008). Os dados epidemiológicos referenciados sobre as UPP refletem a tendência destas, ocorrerem com maior frequência, em cuidados domiciliários.

Uma pesquisa realizada em Itália, em 2007, com utentes de doze serviços de atendimento domiciliar destaca a carência nutricional, a incontinência urinária e fecal e a mobilidade como fatores diretamente relacionados às UPP. Esse estudo identificou, ainda, prevalência de UPP de 18% nessa população (Landi, Onder, Russo & Bernabei, 2007).

No Brasil, segundo Caliri e Chayamiti (2010), a prevalência de UPP em serviço de atendimento domiciliar exhibe frequência semelhante. Conforme o estudo realizado em São Paulo, em 2010, 19,1% dos utentes nesse serviço apresentava esse tipo de lesão.

Para podermos desenvolver um trabalho de organização de medidas preventivas eficazes no combate ao aparecimento das UPP, teremos que obter um conhecimento epidemiológico, a prevalência e incidência, a distribuição e o somatório dos fatores que controlam a sua presença ou ausência (Merriam-Webster, 1994).

1.4. Principais localizações

As UPP constituem uma problemática social e de saúde, sofrimento para o utente e, representam um desafio da enfermagem, requerendo desses profissionais, além de conhecimentos técnico-científicos específicos, muita sensibilidade e observação com o utente sob os seus cuidados. A abordagem deve ser multiprofissional ao passo em que o envolvimento da equipa interdisciplinar contribui para sua prevenção e tratamento. Frequentemente as UPP ocorrem em áreas de proeminências ósseas, expostas a pressões ou humidade prolongadas. A maioria das UPP ocorre na metade inferior do corpo, mais de 95% de todas as UPP desenvolvem-se em cinco clássicas localizações: sacrococcígea, grande trocânter, tuberosidades isquiáticas, calcâneos e maléolos laterais. A região sacrococcígea concentra grande número de UPP, principalmente quando o paciente possui incontinência fecal e/ou urinária, constituindo a área em que há maior risco para fricção e deslizamento. A gravidade e profundidade variam de acordo com o grau de pressão exercido, tração, fricção, maceração e tempo de permanência do utente na mesma posição (National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2007).

Segundo Bryant (como citado em Wanderley et al., 1995) de acordo com o posicionamento em que o utente se encontra assim apresenta uma probabilidade de ocorrência de UPP se não forem tomadas medidas preventivas adequadas:

- Decúbito frontal: queixo 0,5%, região pré-tibial 2% e joelho 3 a 4%;
- Decúbito dorsal: região sacrococcígea 36 a 49%, calcâneos 19 a 36%, região dorsal 13%, cotovelo 5 a 9% e com menor percentagem a região occipital com 1%;
- Sentado: região isquiática 6 a 16%;
- Decúbito lateral: região trocantérica 6 a 11%, região maleolar 7 a 8% e crista ilíaca 4%. Como se pode observar na figura 1.

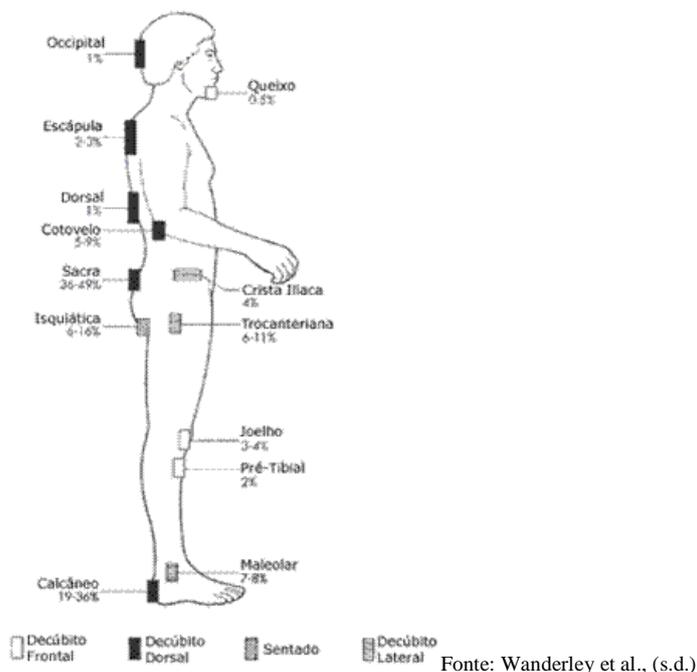


Figura 1. Frequência de ulcerações por local

1.5. Fatores de risco

A suscetibilidade individual para o desenvolvimento de UPP depende da ação de fatores extrínsecos, que se associam com as alterações da perfusão tecidual, resultantes de fatores intrínsecos. Existem, portanto, fatores extrínsecos e intrínsecos ao doente, que estão na origem da UPP. Perissé (2011) apresenta como causas das úlceras, alguns fatores relacionados com o utente e fatores externos que possam estar expostos. O Grupo ICE (2008) refere também fatores de índole interna e fatores de carácter externo que conduzem o utente ao risco de sofrer de UPP. Os fatores intrínsecos e extrínsecos descritos por estes dois autores são apresentados na tabela 2.

Tabela 2.

Fatores intrínsecos e extrínsecos das UPP

Fatores extrínsecos (Perissé, 2011)	Fatores extrínsecos (Grupo ICE, 2008)
Pressão: Provoca oclusão dos capilares, isquemia local, comprometimento da nutrição celular, acumulação de detritos metabólicos, morte celular e ulceração	
	Agentes Alcoólicos
	Superfície de Apoio
	Técnicas manuais sobre a pele.
	Dispositivos (sondas, cânula nasal...)
	Contenções Físicas
Fricção Duas superfícies que se movimentam uma sobre a outra, favorecendo o aparecimento da lesão.	
Forças de deslizamento As forças de deslizamento exercem uma força paralela à pele e resulta da gravidade que empurra o paciente para baixo e da fricção ou resistência entre o utente e a superfície de suporte.	
Humidade Altera o pH e a resistência da epiderme para forças externas.	Humidade
Fatores Intrínsecos (Perissé, 2011)	Fatores Intrínsecos (ICE)
Desnutrição Menos tolerância às forças externas compromete a cicatrização e diminui resistência à infeção devido ao efeito no sistema imunológico.	Desnutrição/Desidratação
	Alterações Psicológicas
	Idade
Imobilidade A mobilidade é uma defesa natural do corpo contra a pressão, logo, uma diminuição na mobilidade ou imobilidade, predispõe ao cisalhamento e fricção.	Condição Física: Imobilidade
	Alterações Respiratórias
Perceção sensorial Lesões neurológicas, polineuropatias e lesões medulares. As drogas depressoras do Sistema Nervoso Central, imunossupressoras, anticoagulantes, anti-inflamatórios, antineoplásicas, e outras que alteram o processo cicatricial	Alterações Neurológicas
As drogas vasoativas provocam vasoconstrição periférica, diminuindo a irrigação nos tecidos alteram o processo cicatricial.	Medicação (Sedativos, corticoides)
Edema Dificulta a circulação e interfere no suprimento de nutrientes e oxigenação para a célula.	
	Insuficiência Vasomotora
	Insuficiência Cardíaca
	Hipotensão

Como se pode observar, a etiologia das UPP deve ser sempre considerada multifactorial, com dois elementos-chave: as forças de pressão, fricção ou deslizamento e a tolerância dos tecidos diminuídos a essas forças provocadas por combinação de fatores extrínsecos ou intrínsecos. Rocha, Cunha, Dinis e Coelho (2006) consideram 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.

1.5.1. Instrumentos para avaliação do grau de risco

Com a intenção de colaborar na prevenção das UPP, dando contributos para que os enfermeiros pudessem, mais objetivamente, indicar quais os utentes que correm risco de as desenvolver, vários pesquisadores elaboraram escalas para predizer o risco da sua formação.

A literatura cita cerca de 200 escalas para avaliação, as quais utilizam como metodologia os indicadores de risco. Destaca-se a Escala de Braden, adotada em diversos países. A ampla aplicação dessa escala deve-se à sua alta confiabilidade e validade em detrimento das demais escalas existentes (Smith et al., 1995).

Para Lobosco (2008), a mobilização da enfermagem no sentido de implementar práticas efetivas em relação à prevenção do desenvolvimento de UPP remete à década de 1970, em que essa intenção fez com que vários pesquisadores elaborassem escalas para predizerem o risco. Destas, as mais citadas são a de Norton, construída em 1970, de Gosnell, em 1973, Waterlow, em 1979, e a mais atual, a de Braden, de 1987. A Escala de Braden (Braden & Bergstron, 1987), adotada pela DGS (2011), a qual recomenda proceder à avaliação do risco de desenvolvimento de UPP nos doentes, em todos os contextos assistenciais, independentemente do diagnóstico clínico e necessidades em cuidados de saúde. É também o instrumento de medida parametrizado no SAPE, para determinar o diagnóstico de enfermagem de risco de úlcera. Esta escala permite que o utente seja avaliado quanto ao risco de apresentar UPP, com foco no cuidado e tratamento inicial da pele, uso de superfície de suporte, alívio de carga mecânica, além de ações de educação e de prevenção (Rangel & Calili, 2006).

De acordo com a escala de Braden são avaliados seis fatores de risco do utente, com subescalas, que são:

1. **Perceção sensorial**, referente à capacidade do utente reagir significativamente ao desconforto relacionado à pressão;
2. **Humidade**, refere-se ao nível em que a pele é exposta à humidade;
3. **Atividade**, avalia o grau de atividade física;
4. **Mobilidade**, refere-se à capacidade do cliente em mudar e controlar a posição de seu corpo;
5. **Nutrição**, retrata o padrão usual de consumo alimentar do utente;
6. **Fricção e forças de deslizamento**, retrata a dependência do utente para a mobilização e posicionamento e sobre estados de espasticidade, contratura e agitação que podem levar à constante fricção.

Operacionalização da Escala de Braden - a aplicação da Escala de Braden deve ser realizada durante a primeira VD e deve ser reavaliada, semanalmente, em contexto de prática domiciliária (DGS, 2011).

O valor atribuído a cada subescala varia entre 1 e 4 (o menor valor corresponde a um maior risco de desenvolvimento de UPP). As cinco primeiras subescalas são pontuadas de 1 (menos favorável) a 4 (mais favorável); a sexta subescala, referente à fricção e forças de deslizamento é pontuada de 1 a 3. O valor obtido através do somatório dos valores atribuídos a cada subescala varia entre 6 e 23. Cada subescala é acompanhada de um título, e cada nível de um conceito, descritor, que permite uma melhor classificação, como se pode observar na tabela 3.

Tabela 3.

Descrição da escala de Braden

Subescala	Nível, descrição e pontuação			
Percepção sensorial	<p>1. Completamente limitada: Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação, ou Capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.</p>	<p>2. Muito limitada: Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, exceto através de gemidos ou inquietação, ou tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.</p>	<p>3. Ligeiramente limitada: Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, Ou tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.</p>	<p>4. Nenhuma limitação: Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.</p>
Humidade	<p>1. Pele Constantemente húmida: A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. É detetada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.</p>	<p>2. Pele muito húmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.</p>	<p>3. Pele ocasionalmente húmida: A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.</p>	<p>4. Pele raramente húmida: A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.</p>
Atividade	<p>1. Acamado: O doente está confinado à cama.</p>	<p>2. Sentado: Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.</p>	<p>3. Anda ocasionalmente: Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.</p>	<p>4. Anda frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado</p>
Mobilidade	<p>1. Completamente imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.</p>	<p>2. Muito limitada: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho</p>	<p>3. Ligeiramente limitado: Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.</p>	<p>4. Nenhuma limitação: Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.</p>
Nutrição	<p>1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lacticínios). Ingere poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido ou está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soros durante mais de cinco dias.</p>	<p>2. Provavelmente inadequada: Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lacticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético ou recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.</p>	<p>3. Adequada: Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido, ou é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.</p>	<p>4. Excelente: Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lacticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.</p>

Tabela 3.

Descrição da escala de Braden (Cont.)

Subescala	Nível, descrição e pontuação		
Fricção e forças de deslizamento	1. Problema: Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.	2. Problema potencial: Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.	3. Nenhum problema: Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correta posição na cama ou cadeira.

Através da aplicação da Escala de Braden, os utentes devem ser categorizados em dois níveis de risco, em que o ponto de cut-off será 16 e 22 respetivamente, da seguinte forma:

a) Alto risco de desenvolvimento de UPP no adulto valor final ≤ 16 .

Existência de alto risco de desenvolvimento de UPP, por um ou mais do que um fator de risco. Deve ser avaliado de acordo com os prazos estipulados anteriormente. Recomenda-se que cada uma das subescalas deva ser analisada individualmente, com a finalidade de implementar intervenções preventivas para cada uma.

b) Baixo risco de desenvolvimento de UPP no adulto valor final ≥ 17 .

Baixa probabilidade de desenvolvimento de UPP nos scores de fatores de risco - deverá manter-se uma vigilância de acordo com o indicado anteriormente. O facto de estar categorizado como de baixo risco de desenvolvimento de UPP não significa que não esteja em risco.

Apesar da utilidade desses instrumentos, os mesmos apresentam limitações, pois foram elaborados para uso em populações diferentes, tornando-se necessário que a base de avaliação dos sujeitos seja predominantemente o conhecimento clínico e a experiência do profissional de saúde (Araújo, Araújo & Caetano, 2011).

Para Blanes, Yosbitome e Ferreira (2003), considera-se em risco de desenvolvimento de UPP toda pessoa restrita ao leito ou cadeira de rodas, ou aquelas cuja capacidade de

reposicionamento está debilitada. Para avaliação do grau de risco é preciso utilizar instrumentos adequados e validados, que além de auxiliar na identificação de fatores de risco, oferece ao enfermeiro subsídios para o planeamento de ações preventivas personalizadas. Estas pontuações de avaliação de risco, quando utilizadas para implementar estratégias de prevenção e intervenção precoce, podem reduzir significativamente a morbidade das UPP (Krasner & Cuzzell, 2003). No entanto, as medidas preventivas devem ser adotadas logo, numa fase inicial, após a identificação do doente em risco de desenvolver UPP, sendo que depois de identificados devem ser observados frequentemente. A importância desta observação é devida à possibilidade das condições clínicas do utente se alterarem e só com uma reavaliação constante é possível, se necessário, alterar o seu grau de risco e frequência da sua avaliação. Assim, conforme a situação, é da responsabilidade do enfermeiro decidir quando será feita uma nova avaliação, pois esta pode depender de doente para doente, das patologias associadas, entre outros fatores (Furtado, Flanagan & Pina, 2001).

A prevenção do aparecimento ou desenvolvimento da UPP é, assim possível, através da identificação de fatores de risco, mas também, e mais importante ainda, com a prestação de cuidados de enfermagem individualizados e sistematizados. Cabe à equipa de enfermagem a importante responsabilidade de prevenir a UPP, independentemente das dificuldades que possam surgir, que serão sempre em menor quantidade do que na fase de tratamento da UPP.

1.6. Medidas preventivas

Prevenção, para Brassard (1994), é uma estratégia orientada para o futuro, objetivando a melhoria da qualidade. Desse modo, as ações preventivas oferecem o suporte necessário para que tais ações sejam eficazes. Na busca pela qualidade da assistência nos serviços de saúde, é importante reconhecer a UPP como um problema extenso, capaz de interferir nesta qualidade. Portanto, é necessário que não só o enfermeiro, mas toda a equipa multiprofissional se sinta envolvida e comprometida em conhecer e entender o que são as UPP, suas causas e os fatores de riscos, a fim de implementar ações efetivas de prevenção e tratamento (Costa, 2003).

Vários estudos comprovam que 95% dos casos das UPP são preveníveis (Morison, 2004; Verdú Soriano, 2005). Considera-se a prevenção uma atividade prioritária nos cuidados ao utente com risco de UPP, pelo que as medidas que visam "anular/minimizar a pressão sobre os

tecidos, proporcionar uma maior resistência à pele e melhorar o estado geral dos clientes”, devem ser implementadas atempadamente (Verdú Soriano, 2005, p.12).

As intervenções de enfermagem relacionadas com a prevenção devem abordar aspetos como: cuidados com a integridade da pele, uso de emolientes para hidratação, utilização de dispositivos para incontinência urinária e reeducação vesical, posicionamento no leito, observação da pele do pénis quando usar dispositivo para incontinência urinária, cuidados de higiene, alimentação rica em vitaminas e proteínas aos primeiros sinais de UPP, de acordo com a idade e condição clínica de cada cliente (Medeiros, Lopes & Jorge, 2009). O enfermeiro possui ações determinantes na prevenção e tratamento das UPP. Segundo Declair (2002) e Barros, Anbami e Moraes (2003) as rotinas de prevenção incluem:

- Avaliação do grau de risco com individualização da assistência, como a elaboração de um protocolo para prevenção da UPP;
- Utilização de escalas de avaliação do grau de risco, como por exemplo, a Escala de Braden adaptada para a língua portuguesa, e outras como as de Norton e Waterlow;
- Providenciar equipamentos de alívio de pressão, especialmente para utentes em cadeiras de rodas ou acamados;
- Identificar os fatores de risco e direcionar o tratamento preventivo, modificando os cuidados conforme os fatores individuais;
- Mobilização ou mudança de posição de duas em duas horas;
- Proteger saliências ósseas, principalmente calcâneas, com rolos e travesseiros;
- Registo das alterações da pele do utente seguindo os estágios de classificação das UPP proposta pela EPUAP/NPUAP (2009);
- Tratamento precoce da pele: manter e melhorar a tolerância tecidual à pressão, a fim de prevenir a lesão;
- Vigiar as áreas vulneráveis da pele de todos os utentes de risco e otimizar o estado dessa pele, através da hidratação com cremes à base de ácidos gordos essenciais, tratar a incontinência, evitar o uso de água muito quente e providenciar suporte nutricional;

- Monitorizar e documentar intervenções e resultados obtidos;
- Implementar medidas de suporte mecânico: proteger/evitar complicações adversas de forças mecânicas externas;
- Criar e fornecer um programa de educação, para utentes de risco de longo prazo e para os prestadores de cuidados.

As medidas preventivas têm custos elevados, porém os gastos que envolvem o tratamento são maiores, por causa do próprio prolongamento da hospitalização (Bergstrom, Bennett & Carlson, 1995). As estratégias de prevenção são baseadas na avaliação inicial do enfermeiro que lhe permite enunciar o diagnóstico de risco de UPP e a partir deste definir intervenções adequadas. Tendo em conta as atitudes preventivas existentes, estas poderão ser utilizadas isoladamente ou em conjugação, sendo esta última opção a mais efetiva (Serviço Andaluz de Salud, 2007).

A prevenção das UPP é um objetivo passível de ser alcançado pelo enfermeiro, mediante avaliação do utente e registo sobre sua vulnerabilidade para desenvolver tais lesões e empenho da equipa na implementação de cuidados preventivos personalizados, conforme o grau de risco, por ele apresentado (Santos & Brandão, 2006). Furtado, et al. (2001) afirmam que “a não implementação das medidas preventivas pode ser analisado como um acto de negligência” (p.15).

1.7. As respostas comunitárias ao utente dependente no domicílio

Adoecer ou envelhecer e poder permanecer no domicílio é hoje, um privilégio de poucos. A evolução das sociedades ocidentais, com os seus ritmos de vida acelerados e a movimentação constante das pessoas, tem-se caracterizado pela separação das famílias, retirando-lhes a disponibilidade e o tempo necessário para poderem apoiar eficazmente os seus familiares doentes.

O aumento da esperança de vida, a cronicidade da doença, as alterações das estruturas sociofamiliares e o aumento das situações de doença incurável, associados à contenção dos

custos de saúde, criaram a oportunidade para os cuidados no domicílio, como uma alternativa humana e sensível aos cuidados institucionalizados, que impõem hoje a alta precoce.

O prolongamento do período de internamento também constitui um desafio (para além de aumentar os custos), principalmente pelo aumento dos riscos de complicações médicas e iatrogénicas (Caldas, 2003). Assim, na preparação do regresso a casa:

o enfermeiro também deve proporcionar informação sobre recursos existentes na comunidade e que poderão ser úteis após a alta. A maior parte das comunidades dispõem de uma série de serviços, nomeadamente, serviços de apoio domiciliário, centros de dia, acolhimento familiar, lar, centros de actividade ocupacionais, lar de apoio, lar residencial. (Jesus, Silva & Andrade, 2005, p. 25)

Os cuidados no domicílio são ainda hoje uma realidade no nosso país, fruto da redescoberta da investigação comunitária e da implementação da continuidade de cuidados. Estes cuidados são a resposta às necessidades de cuidados das pessoas com dependência ao nível da saúde e a nível social.

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

Outro recurso disponível na comunidade é a RNCCI que se consubstancia na prestação de cuidados de saúde e de apoio social às pessoas em situação de dependência. De acordo com o Preâmbulo do Decreto-Lei (DL) nº 101/2006 de 6 de Junho, procura dar resposta às carências a nível dos cuidados de longa duração e paliativos, decorrentes do aumento da prevalência de pessoas com doenças crónicas incapacitantes e do aumento de pessoas idosas com dependência funcional, de doentes com patologia crónica múltipla e de pessoas com doença incurável em estado avançado e em fase final de vida. Para tal, o modelo de intervenção articulado da saúde e da segurança social é de natureza preventiva, recuperadora e paliativa, estando situado num nível intermédio entre os cuidados de base comunitária e os de internamento hospitalar.

Da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de Murça, fazem parte os CCI, desde outubro de 2010, que constituem um serviço comunitário de proximidade, que prestam cuidados de saúde multidisciplinares no domicílio, para responder às necessidades que caracterizam o envelhecimento individual e às alterações de funcionalidade garantindo os cuidados terapêuticos adequados, bem como o apoio social necessário à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida.

A ECCI:

“é uma equipa multidisciplinar da responsabilidade dos CSP e das entidades de apoio social, para a prestação de serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal, ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento mas que não podem deslocar-se de forma autónoma”. (artigo 27º do DL nº 101/2006, de 6 de Junho, p. 3862)

Esta equipa apoia-se nos recursos locais, humanos e outros, disponíveis no âmbito do CS de Murça, do serviço local da Segurança Social, Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), conjugados com os outros serviços comunitários, nomeadamente as autarquias. Integra os profissionais médicos, de enfermagem, de reabilitação, de apoio social e psicológico e outros destinados à prestação de cuidados no domicílio, recorrendo à imprescindível articulação dos diferentes profissionais da equipa e outros recursos do CS e da comunidade (artigo 27º do DL nº 101/2006 de 6 de Junho).

É essencial a avaliação e identificação das necessidades específicas do utente, a disponibilidade da família e a sua capacidade para assumir e desempenhar o papel da prestação dos mesmos, com a supervisão da equipa dos CSP. Sendo a família prestadora de cuidados, é fundamental compreender que os aspetos instrumentais e físicos, como por exemplo, a alimentação, a higiene, a mobilidade e a medicação, não são os únicos focos de atenção. Segundo Brown e Stetz (1999, como citado em Brito, 2001) consideram que “a prestação de cuidados requer um esforço contínuo a nível cognitivo, emocional e físico muitas vezes não reconhecido e inadequadamente recompensado” (p. 31). Toda esta dimensão do cuidar engloba comportamentos não observáveis relacionados com a gestão do quotidiano e de ordem afetiva que em muito contribuem para a qualidade de vida da pessoa dependente. A identificação da presença ou ausência de apoios na prestação adequada de cuidados deve também ser assegurada pela equipa, no sentido de complementar os recursos da família.

Apesar das enormes dificuldades, a família é ainda a primeira linha na prestação de cuidados aos dependentes, nomeadamente, um familiar próximo como por exemplo um filho, sobre o qual recaem as maiores responsabilidades e o maior número de tarefas de apoio, ou seja, é a pessoa que olha pelo utente e cuida dele no dia-a-dia. A tradição cultural portuguesa atribui às famílias, particularmente aos seus membros do sexo feminino, a responsabilidade de cuidar dos elementos mais idosos e com laços mais chegados. Assim, cuidar dos idosos apresenta-se como uma extensão dos papéis da família o que aliado à hostilidade para com as instituições, pressiona a família no sentido de manter esse papel, sem equacionar as exigências e as necessidades associadas (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2006).

Em Portugal, o apoio domiciliário é articulado maioritariamente pelos CSP, organizados nos CS e sucedem a alta hospitalar, pois os internamentos hospitalares são cada vez mais curtos e os doentes, especialmente os mais velhos, desejam ir para casa rapidamente. Além disso, as pessoas idosas apresentam, principalmente, condições crónicas que exigem cuidados em casa (Wilkerson, 2004).

1.7.1. As intervenções de enfermagem na comunidade

Para haver uma continuidade de cuidados de saúde, aquando da alta de um utente para o domicílio, a complementaridade entre os cuidados de saúde diferenciados e os CSP é imprescindível. Contudo, apesar da sua importância, nem sempre esta articulação de cuidados de enfermagem está presente, dificultando o desempenho dos profissionais de saúde das várias organizações e contribuindo, assim, para uma diminuição da qualidade dos cuidados prestados. Por outro lado, consideramos que cada vez mais, se deve ir ao encontro das necessidades das populações, tentando saber quais as dúvidas dos utentes e família/prestador de cuidados, face aos cuidados que necessitam. Contudo, nunca poderemos deixar de ter em conta que esta continuidade de cuidados implica também que os utentes e família acreditem que haverá a continuidade de cuidados que precisam. Isto significa que mesmo que exista um esforço grande por parte das equipas de saúde, no sentido de facilitar a articulação de cuidados, se não for acompanhado do envolvimento do utente e família, em que o utente é considerado como parte integrante dessa equipa, com um papel ativo na articulação de cuidados, esta jamais será conseguida com êxito.

Para Martins (2003), a qualidade dos cuidados domiciliares depende da efetivação de cuidados técnicos, mas o processo de cuidar em enfermagem engloba também aspetos interpessoais e humanistas na relação entre enfermeiro, usuário e sua família. Tais aspetos podem comprometer ou favorecer os cuidados, em termos de evolução e efetividade, pois os utentes, que valorizam o facto de serem acolhidos, escutados e compreendidos pelos enfermeiros.

A teoria geral de enfermagem de Orem assenta em três teorias que se interrelacionam: a teoria do autocuidado (AC), a teoria do défice de AC e a teoria dos sistemas de enfermagem, sendo que esta última tem relevância para o presente estudo: que descreve e explica como as pessoas são ajudadas pela enfermagem, nomeadamente no sistema de apoio-educação. Pode ser utilizado nos idosos, em consulta de enfermagem ou VD, para idosos e seus cuidadores/familiares, com o intuito de identificar défices de AC presentes ou previstos e atuar com orientações e estímulo das capacidades existentes objetivando o AC pleno (Foster & Bennett 2000).

É nesta perspetiva que consideramos que o enfermeiro deve acompanhar o utente/família, validando e desenvolvendo todas as ações necessárias com vista a aumentar o seu potencial de saúde, no entanto, deve também, responsabilizá-la pelo seu próprio processo de saúde, estimulando-a a participar ativamente na articulação de cuidados de enfermagem, pois segundo o ponto 1 da Base V da Lei nº 48/90 de 24 de Agosto (Lei de Bases da Saúde) “os cidadãos são os primeiros responsáveis pela sua própria saúde, individual e coletiva, tendo o dever de a defender e promover” (p. 3453).

No domicílio, o utente deve ter acesso aos cuidados de saúde sempre que necessário, prestados por uma equipa multidisciplinar, que dê a assistência necessária ao utente, família e prestador de cuidados através de um ensino e acompanhamento que conduza à sua autonomia na prestação desses cuidados. As atitudes deverão ser as de respeito, de tolerância e de aceitação, quer do utente quer do prestador de cuidados, dando-lhes oportunidade de escolha e respeitando-a. O prestador de cuidados não fica à porta, deve permanecer dentro da unidade do utente, o maior tempo e o mais ativamente possível, de acordo com a sua disponibilidade e de acordo com as características físicas da unidade, onde se encontra o doente. O prestador de cuidados tem de ser visto como um elemento indispensável ao bem-estar do utente e não como um obstáculo ou uma ameaça ao trabalho dos enfermeiros.

É objetivo fundamental dos enfermeiros dos CSP, ajudar o utente e família de forma a manter um certo nível de qualidade de vida, abrangendo as dimensões emocional e social da pessoa e não apenas a dimensão física. Isto implica que o utente e a família sejam também membros da equipa e tenham um papel ativo no processo de cuidar. Mantendo-se informados, os familiares podem participar nas decisões e na definição das metas a atingir.

Hanson (2001) define a enfermagem de cuidados de saúde à família como “...o processo de cuidar das necessidades de saúde dos familiares que estão dentro do raio de acção da prática de enfermagem. A enfermagem de família pode ter como objectivo a família como contexto, a família como um todo, a família como um sistema ou a família como uma componente da sociedade” (p. 8).

Também os utentes crónicos, mais concretamente os que apresentam doença avançada e incurável, têm vindo a aumentar nos últimos anos. Nesta perspetiva, os cuidados no domicílio são uma área chave para a humanização e qualidade dos cuidados prestados. Os prestadores de cuidados de saúde necessitam preparar-se melhor, para conhecer e lidar com essas situações numa perspetiva global e promotora de qualidade de vida, sem esquecer a sua própria saúde. Neste sentido Rice (2004) afirma que os CSD não são uma abordagem apenas técnica, mas holística, é a saúde, segundo o ponto de vista do cliente, que deve incluir tudo o que ele é e deseja ser.

O desenvolvimento dos CSD e a conexão adequada dos recursos, juntamente com a formação específica dos prestadores de cuidados e mudanças de atitudes dos profissionais (curativo e paliativo), são ingredientes necessários para a implementação e desenvolvimento desta área de cuidados, cada vez mais importante pela sua necessidade. É importante salientar que a excelência dos cuidados só se atinge se obtivermos da comunidade e, particularmente, da família e prestadores de cuidados, o seu ativo envolvimento.

Collière (2003) refere que os cuidados no domicílio sempre existiram e que “... eram cuidados de entajuda, de vizinhança. Dependiam da solidariedade entre mulheres e homens para acompanhar e ultrapassar as grandes passagens da vida do nascimento à morte” (p. 356). Neste sentido, os cuidados no domicílio representam um desafio para a enfermagem, dado que visam essencialmente manter as pessoas no seu domicílio, ou seja, permitir aos utentes permanecer na sua casa e aí poderem continuar a viver. Cuidar no domicílio implica ser capaz de criar um clima de confiança, escutar em vez de discursar, compreender e reformular nos momentos oportunos, aquilo que o utente verbaliza ou transmite.

Componente das funções do enfermeiro desde há séculos, cuidar de utentes no domicílio apresenta, na atualidade, modificações profundas, nomeadamente, na complexidade das situações cuidadas, na gravidade dos utentes e na necessidade de equipas multidisciplinares, que apoiem estas situações. Para além disso, temos que considerar o tendencial aumento de utentes a serem cuidados em casa, o que leva à necessidade de reequacionar o papel do enfermeiro neste contexto específico de cuidados. Faz parte do papel dos enfermeiros dos CSP avaliar as necessidades e providenciar cuidados de enfermagem especializados aos doentes e suporte aos prestadores de cuidados.

O enfermeiro que trabalha na área dos CSP é responsável pela prestação de cuidados globais ao indivíduo, família e comunidade. Cada enfermeiro é responsável pela globalidade dos cuidados ao seu doente, inclusivamente, um apoio alargado a todo o contexto sócio familiar, pelo que lhe compete avaliar sistematicamente as necessidades, elaborar um plano de cuidados e efetuar os respetivos registos da evolução. O enfermeiro constitui, assim, o elemento da equipa comunitária que despende mais tempo junto da família, que dispõe de maior acessibilidade e que mais cuidado presta ao doente, famílias e prestadores de cuidados.

A VD constitui uma antiga estratégia de intervenção na maioria dos países industrializados. Em VD, o enfermeiro desempenha um papel preponderante no processo de adaptação doente/prestador de cuidados, promovendo a autonomia das pessoas em situação de dependência e o reforço e competências dos prestadores de cuidados para lidar com estas situações, de forma a prevenir complicações.

Neri (2000) agrupa em quatro domínios as tarefas que os cuidadores habitualmente prestam em indivíduos com perda de autonomia:

- 1) Suporte em atividades instrumentais da vida diária, nomeadamente arrumar e limpar a habitação, preparar as refeições, fazer compras, pagar contas, etc.;
- 2) Assistir nas dificuldades funcionais de autocuidado, como dar banho, assegurar a higiene pessoal, vestir, alimentar ou deambular;
- 3) Apoiar emocionalmente o doente, fazer companhia, conversar;
- 4) Lidar com as pressões decorrentes com o papel do cuidador.

Reconhecendo a família como os melhores prestadores de cuidados, a VD proporciona um manancial de informação e oportunidades de intervenção na manutenção e promoção da saúde no doente dependente. A formação prestada no domicílio é uma componente muito importante da prática de enfermagem domiciliar. Dado as visitas dos enfermeiros serem feitas intervaladamente, quer o utente, quer o prestador de cuidados devem ter a capacidade de dar resposta às necessidades que surgem em termos de cuidados de saúde na ausência do enfermeiro (Rice, 2004).

A educação para a saúde é uma constante de intervenção de enfermagem ao atuar a nível primário, secundário e terciário, abordando temas como a alimentação, a hidratação, a higiene, os posicionamentos, as alternâncias de decúbito, o levante, e não descurando as componentes afetividade e distração. Como defende Rice (2004), a VD de enfermagem tem como objetivo fornecer tanto ao utente como à família suporte, compreensão, tratamento informação e os cuidados necessários, de forma a gerir com sucesso os cuidados de saúde no domicílio. Assim para que a VD seja eficaz, o enfermeiro tem que dar comprimento aos aspetos anteriormente referidos.

Hoje em dia, a filosofia orientadora relativamente às UPP centra-se na sua prevenção. As crenças e valores que sustentam esta filosofia incluem o reconhecimento dos prestadores de cuidados, como os principais responsáveis por essa prevenção, pois acompanham os doentes vinte e quatro horas por dia. Infelizmente, nem sempre os prestadores de cuidados estão despertos para tal, principalmente por falta de conhecimentos, fraco apoio social ou dos profissionais de saúde.

O apoio no domicílio inclui, igualmente, apoio às necessidades das famílias, pois o êxito dos cuidados depende essencialmente das suas características, mutável em função da sua constituição, estilos de vida, cultura e personalidade. A família/prestador de cuidados é o interveniente mais importante da equipa, face à necessidade do seu apoio permanente junto do doente e ao peso da sua representatividade em termos de bem-estar físico, mental e social.

Para Martins (2002) o Acidente Vascular Cerebral é um dos problemas de saúde pública e uma das principais causas de incapacidade no indivíduo. Portadores de patologias neurológicas, como a doença de Alzheimer e Parkinsonismo, são colocados numa situação de grande dependência relativamente às famílias/prestadores de cuidados que se vêm adstritas a prestar cuidados vinte e quatro horas por dia, e a necessitarem pontualmente de apoio médico

e de enfermagem, em qualquer altura da semana. Pelas patologias já referidas, facilmente se compreende, que as sequelas da imobilidade, sobretudo UPP, além de serem as mais frequentes, são também as situações que mais sofrimento acarreta, para estes doentes e suas famílias, contrariando, muitas vezes, o processo de adaptabilidade e tratamento. Uma percentagem significativa destes doentes está ao cuidado do seu familiar/prestador de cuidados, que complementa os tratamentos instituídos, no entanto, nem sempre a prática deste cuidado é o mais adequado. Neste contexto, as estratégias de prevenção das UPP, se não houver conhecimento por parte dos prestadores de cuidados, podem tornar lento o processo de tratamento ou mesmo interferir no processo de cura total.

No âmbito do exercício profissional, os enfermeiros têm presente que bons cuidados significa coisas diferentes para diferentes pessoas e, assim, o exercício profissional dos enfermeiros requer sensibilidade para lidar com essas diferenças, no sentido de corresponder aos mais elevados níveis de satisfação dos seus utentes. Assim, e segundo a OE (2002), na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro previne complicações para a saúde dos seus utentes. São elementos importantes face à prevenção de complicações, entre outros:

1) A identificação, tão rápida quanto possível, dos problemas potenciais do utente, relativamente aos quais o enfermeiro tem competência (de acordo com o seu mandato social) para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuem para evitar esses mesmos problemas ou minimizar-lhes os efeitos indesejáveis;

2) A prescrição das intervenções de enfermagem face aos problemas potenciais identificados.

É importante que o enfermeiro, ciente das dificuldades da família face à doença, identifique quem vai ser o responsável pelo cuidado ao doente e desenvolva um processo educacional e de aprendizagem, de modo a que a educação efetuada se dirija às dificuldades/necessidades do doente, família e prestador de cuidados, transferindo progressivamente as competências do cuidado, com promoção de ações de suporte, que assista e/ou ajude o cuidador familiar, objetivando uma melhoria de qualidade e estilo de vida. Neste sentido, os enfermeiros ocupam um lugar privilegiado no contato com prestadores de cuidados, adotando uma atitude holística, valorizando a perspetiva da globalidade da pessoa, para que as suas necessidades identificadas sejam concordantes.

O primeiro passo para prevenção é identificar os utentes com maior risco de desenvolver UPP e o segundo passo é implementar medidas que reduzam as condições que predisõem o seu aparecimento (Timby, 2007).

Nos CSD, a realidade indica-nos que, para muitos enfermeiros e famílias, torna-se difícil a prestação de melhores cuidados. Esta constatação advém da não existência de condições habitacionais (barreiras arquitetónicas, equipamentos e ajudas técnicas); de dificuldades em lidar com a situação, por escassez de conhecimentos; da fragilidade emocional provocada por problemas económicos e profissionais; da diminuta rede familiar e de alterações de papéis e, ainda, da debilidade física do cuidador, relacionada com a idade e antecedentes de doença (Rice, 2004). Estes e outros aspetos justificam a necessidade de adequação e adaptação dos cuidadores à realidade existente e aos determinantes inerentes aos cuidados no domicílio. Por esta razão, no que respeita às medidas de prevenção de UPP, são usadas pelos enfermeiros e cuidadores na prática e não são necessariamente correspondentes às recomendações teóricas (Hulsenboom, 2004).

1.7.2. Documentação dos cuidados prestados

Atualmente, a responsabilidade da origem da UPP só pode ser atribuída aos enfermeiros se a partir da avaliação das intervenções documentadas se concluir que houve falta de cuidados específicos. Entretanto, os estudos têm demonstrado que as UPP não são de responsabilidade única da enfermagem, pois a sua ocorrência envolve uma multicausalidade de fatores, o que nos leva a inferir que é necessária uma abordagem e intervenção multidisciplinar, com uma visão sistémica do problema (Costa, 2003). Daí a importância de efetuar diagnóstico de situação nos utentes dependentes da UCSP de Murça quanto ao foco de atenção UPP para que a intervenção dos enfermeiros no âmbito domiciliário, seja cada vez mais fundamentada na evidência científica.

A “Informação de Enfermagem” é, sem dúvida, importante para a governação na saúde, quer no que diz respeito às decisões clínicas, continuidade e qualidade de cuidados (na perspetiva individual ou de grupo), para a gestão, para a formação, para a investigação e para os processos de tomada de decisão. No entanto, verifica-se que a visibilidade dos cuidados de enfermagem nas estatísticas, indicadores e relatórios oficiais, é de algum modo incipiente,

impossibilitando a descrição e verificação do seu impacto nos ganhos em saúde das populações (OE, 2007). Esta é a realidade que temos vindo a acompanhar no âmbito dos CSP, nas duas últimas décadas, no CS de Murça, atualmente subdividido em duas Unidades Funcionais: UCSP e UCC de Murça.

Na década de noventa, a documentação efetuada nos processos clínicos dos utentes, consistia sobretudo no registo de parâmetros vitais e algumas intervenções de enfermagem. Daqui, evoluiu-se para um suporte padronizado de intervenções de enfermagem, de acordo com a situação de saúde do utente, que nos procurava. Em 2003, surgem os padrões de cuidados de enfermagem, em suporte de papel, com recurso já à linguagem classificada CIPE, versão β (CIE, 2002). Em Janeiro de 2007, iniciou-se a documentação dos cuidados em suporte informático através do SAPE. Muito mais do que uma evolução significativa a nível de documentação de cuidados, resultou numa contínua reflexão de modelos organizativos de prestação de cuidados de enfermagem, nas práticas instaladas e muitas vezes na implementação formal de programas de melhoria contínua da qualidade dos mesmos.

Assistiu-se à evolução natural dos Sistemas de Informação em Enfermagem (SIE), de suportes em papel para os SIE informatizados, ultrapassaram-se algumas dificuldades associadas à disponibilização de informação, os dados deixaram de estar unicamente centrados nas tarefas desenvolvidas pelos enfermeiros e na descrição narrativa dos acontecimentos; procedeu-se à inclusão da CIPE; procedeu-se à articulação entre a linguagem natural e a linguagem classificada; incorporaram-se enunciados diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem e, entre outros contributos, melhorou-se a integridade referencial entre os elementos da documentação de enfermagem (Sousa, 2006).

O SAPE, nos CSP, é um módulo do programa informático SINUS (Sistema de Informação nas Unidades de Saúde), desenvolvido pelo ex IGIF (Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde), atual ACSS (Administração Central do Sistema de Saúde), cujo objetivo é a informatização dos registos de enfermagem desenvolvidos nos CS (Manual de utilização, 2009).

No SAPE os utentes encontram-se, de acordo com as suas necessidades em saúde, integrados num ou vários programas de saúde. A noção de programa de saúde “encontra-se associada aos programas de saúde definidos pela DGS, mas também permite o seu alargamento a outras situações que as unidades de saúde considerem pertinentes e sobre as quais pretendam: definir *standarts* de

cuidados associados a cada programa; obter um ficheiro piloto de utentes associados a cada programa“ (Manual de utilização, 2009, p. 27).

São alvo do nosso estudo os utentes que têm associado o Programa de Saúde Dependentes, por apresentarem alguma dependência no AC e cuja intervenção de enfermagem, habitualmente, executada no domicílio do utente/instituição.

Segundo o CIE (2009):

as linhas de orientação CIPE para a elaboração de enunciados de diagnóstico, intervenção de enfermagem e resultado baseiam-se na norma 18104:2003 da Organização Internacional de Normalização (International Organization of Standardisation, ISO), «Integração de um modelo de terminologia de referência para a Enfermagem». (p.14)

Um diagnóstico de enfermagem, de acordo com o CIE (2002), é a “designação atribuída por uma enfermeira à decisão sobre um fenómeno que representa o foco das intervenções de enfermagem. Um diagnóstico é composto por conceitos contidos nos eixos da classificação dos fenómenos” (p. xv).

Conforme orientações do CIE (2009) deve ser utilizado o modelo ISO e o Modelo de 7 Eixos da CIPE para criar enunciados de diagnóstico de enfermagem. Um enunciado do diagnóstico de enfermagem e um enunciado de resultado de enfermagem:

1. Têm de incluir um termo do Eixo do Foco da Prática de Enfermagem “área de atenção, tal como foi descrito pelos mandatos sociais e pela matriz profissional e conceptual da prática profissional de enfermagem” (CIE, 2002, p. xv).

2. Têm de incluir um termo do Eixo do Juízo “opinião clínica, estimativa ou determinação da prática profissional de enfermagem, incluindo a qualidade relativa da intensidade ou grau de manifestação do fenómeno de enfermagem” (CIE, 2002, p. xv).

3. Podem incluir termos adicionais, de acordo com a necessidade, dos Eixos do Foco, Juízo ou de outros Eixos.

No nosso estudo utilizamos o eixo G da Probabilidade ”possibilidade de ocorrência de um fenómeno de enfermagem. Exemplos: risco, oportunidade”. Foi utilizado o termo risco para definirmos o enunciado do diagnóstico “Risco de UPP” (CIE, 2002, p. xvi).

Para elaborarmos o enunciado do diagnóstico da presença de UPP, utilizamos o eixo A (foco da prática de enfermagem) - UPP, o eixo F que corresponde à localização anatómica “posição

ou localização no organismo de um fenómeno de enfermagem” (CIE, 2002, p. xvi) e finalmente o eixo E referente à topologia “região anatómica em relação a um ponto mediano ou extensão da área anatómica de um fenómeno de enfermagem”. Exemplo: ”UPP, em grau reduzido (eixo A) sacro (eixo F) central (eixo E)” (CIE, 2002, p. xv).

Os resultados de enfermagem CIPE definem-se como sendo a medida ou estado de um diagnóstico de enfermagem em pontos temporais após uma intervenção de enfermagem. Os resultados de enfermagem CIPE são o resultado presumido das intervenções de enfermagem medidas ao longo do tempo enquanto mudanças efetuadas nos diagnósticos de enfermagem. Dado este pressuposto na nossa realidade apenas são documentados enunciados dos diagnósticos que impliquem intervenção de enfermagem com mensuração de resultados, embora haja por vezes necessidade de efetuar enunciados diagnósticos apenas de caracterização do utente.

Uma intervenção de enfermagem é uma ação realizada em resposta a um diagnóstico de enfermagem de modo a originar um resultado de enfermagem. As linhas de orientação CIPE para compor uma intervenção de enfermagem baseiam-se na norma ISO para um modelo de terminologia para ações de enfermagem. Utilizando o modelo ISO e o Modelo de 7 Eixos da CIPE para criar enunciados de intervenção de enfermagem, recomendam-se as linhas de orientação seguintes (CIE, 2002):

Um enunciado de intervenção de enfermagem:

1. Têm de incluir um termo do Eixo da Ação.
2. Tem de incluir pelo menos um termo Alvo. Um termo alvo pode ser um termo de qualquer eixo, exceto do Eixo do Juízo.
3. Podem incluir termos adicionais, de acordo com a necessidade, do Eixo da Ação ou qualquer outro eixo.

Apesar do atual SIE em uso, SAPE, na grande maioria das instituições de saúde, disponibilizar a possibilidade de serem conhecidos indicadores relativos ao desempenho dos enfermeiros, tem-se constatado a sua omissão, sobretudo a relativa a indicadores de resultado, de grande sensibilidade à intervenção dos enfermeiros.

O desconhecimento da caracterização destes utentes em programa de saúde dependentes, quanto ao fenómeno de enfermagem UPP, na UCSP de Murça, constitui um obstáculo à implementação de um programa de melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, nesta área.

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

É inquestionável que a presença de UPP vai condicionar a qualidade de vida dos utentes, aumentar a sobrecarga de trabalho dos prestadores de cuidados, o risco de stresse do prestador de cuidados, a necessidade de cuidados de enfermagem e a sua frequência no domicílio, acrescido dos gastos de recursos e bens materiais do utente, família e serviços de saúde, entre outros, pelo que urge a identificação, tão rápida quanto possível, dos problemas potenciais do utente, relativamente aos quais o enfermeiro tem competência (de acordo com o seu mandato social) para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuem para evitar esses mesmos problemas ou minimizar-lhes os efeitos indesejáveis. Assim, na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro previne complicações para a saúde dos seus utentes (OE, 2002).

2. METODOLOGIA

Neste capítulo sistematizamos e damos a conhecer ao leitor as diferentes etapas seguidas durante o processo de investigação: identificando o tipo de pesquisa, expondo informações relativas aos processos de seleção da população/amostra, das variáveis em estudo e das hipóteses de investigação. Explicamos os instrumentos e procedimento de recolha de informação e a previsão do tratamento estatístico e análise dos dados.

O enquadramento metodológico deste trabalho teve em conta o tipo de estudo, os recursos disponíveis para a sua realização e os objetivos do mesmo. O desenho e os métodos seguidos numa investigação constituem uma das partes mais nobres do processo investigacional, no sentido que apenas procedimentos adequados permitem responder às questões de investigação (Ribeiro, 2007).

2.1. Tipo de estudo

Para Fortin (2009) o tipo de estudo varia em função do que se pretende: descrever variáveis em grupos de indivíduos, estudar relações de associação entre variáveis ou prever relações de causalidade entre variáveis de investigação.

Em função dos objetivos por nós delineados os quais pretendem caracterizar a população em estudo e determinar as relações entre a UPP e outras variáveis nos utentes em programa de saúde dependentes, da UCSP do CS de Murça, optou-se por um desenho descritivo e correlacional, transversal, utilizando uma abordagem quantitativa. Tendo em conta este referencial teórico o presente estudo tem um caráter descritivo, já que visa fornecer uma descrição e classificação pormenorizada de um determinado fenómeno, que neste caso são as UPP, servindo para identificar as características de um determinado fenómeno, de modo a obter uma visão geral de uma situação ou população (Fortin, 2009). Descreve factos que ocorrem numa população sem a intervenção direta do investigador, remetendo-se este a um papel observacional (Ribeiro, 2007).

Optámos por enveredar por um estudo do tipo correlacional, uma vez que pretendemos explorar relações entre as diferentes variáveis. “As correlações são expressões estatísticas que denotam uma forma particular de relação ou de associação entre factores ou variáveis” (Fortin & Ducharme, 2003, p. 178).

O estudo tem uma estrutura transversal, tendo em conta que pretendemos caracterizar a nossa população, quanto a um determinado foco de atenção de enfermagem (UPP), num único momento de recolha de dados, não existindo, portanto, um período de seguimento dos participantes na investigação.

Finalmente utilizamos uma abordagem quantitativa uma vez que para Fortin (2009), o método quantitativo “coloca a tónica na explicação e na predição, assenta na medida dos fenómenos e na análise dos dados numéricos” (p. 27). Para Ribeiro (2007), a investigação quantitativa é caracterizada por expressar em números os dados avaliados. As características epidemiológicas do presente estudo advêm do facto de fornecer indicadores relativamente à distribuição de doenças ou fatores a ela associados, que no nosso caso é a prevalência de UPP na população estudada.

2.2. População e amostra em estudo

Uma população define-se como um “conjunto de elementos que possuem características comuns, ou seja, os critérios de seleção definidos previamente e que permitam fazer generalizações” (Fortin, 2009, p. 311). Neste estudo a população inclui 247 utentes documentados em programa de saúde dependentes, no programa informático SAPE da UCSP do CS de Murça. Como se trata de uma população com uma dimensão relativamente reduzida decidimos não efetuar qualquer tipo de amostragem, pelo que se estudará a sua totalidade.

Os critérios de inclusão no estudo foram os seguintes:

- Ser utente da UCSP do CS de Murça;
- Ter associado o programa de saúde dependentes no SAPE.

2.3. Questões de investigação e hipóteses

As questões de investigação decorrem diretamente dos objetivos e indicam o que o investigador quer obter como informação e incluem os diferentes aspetos suscetíveis de serem estudados (Fortin, 2009). Este trabalho de investigação procura conhecer o foco de atenção de

enfermagem UPP dos utentes em programa de saúde dependentes da UCSP do CS de Murça, no período compreendido entre agosto e setembro de 2012.

Para este estudo formulamos as seguintes questões de investigação:

- 1- Quais as características sociodemográficas dos utentes, em programa de saúde dependentes da UCSP do CS de Murça participantes no estudo?
- 2- Qual a frequência do foco de atenção de enfermagem UPP e a prevalência da UPP na população em estudo?
- 3- Quais as características das UPP relativamente à sua classificação e localização anatómica dos participantes no estudo?
- 4- Em que medida é respeitada a relação entre diagnóstico risco de UPP e presença de UPP e intervenções de enfermagem, no processo de documentação no SAPE da UCSP de Murça?
- 5- Qual a taxa de efetividade diagnóstica do risco de UPP nos participantes no estudo?

Para a parte do tipo de estudo correlacional, formulamos as seguintes hipóteses nulas, que para (Fortin, 2009) neste tipo de variável prediz-se que não há relação entre as variáveis.

Hipótese 1. Não há diferença entre as pontuações médias obtidas na escala de Braden quanto ao sexo, idade, estado civil, área geográfica onde reside o utente, situação de institucionalização e presença do foco de atenção de enfermagem UPP.

Hipótese 2. Não há diferença entre as pontuações médias obtidas na escala de Braden quanto à existência de PC, sexo, idade, grau de parentesco com o dependente, escolaridade e condição perante o trabalho.

Hipótese 3. Não há diferença entre a proporção do grau de risco da escala de Braden quanto ao quanto ao sexo, idade, estado civil, área geográfica onde reside o utente, situação de institucionalização e presença do foco de atenção de enfermagem UPP.

Hipótese 4. Não há diferença entre proporção do grau de risco da escala de Braden quanto à existência de PC, sexo, idade, grau de parentesco com o dependente, escolaridade e condição perante o trabalho.

Hipótese 5. Não existe relação entre a pontuação total da escala de Braden e a idade dos utentes.

Hipótese 6. Não existe relação entre a pontuação de cada uma das sub-escalas e a pontuação total da escala de Braden dos participantes no estudo.

2.4. Variáveis em estudo

Na perspectiva de Fortin (2009) as variáveis de investigação “são qualidades, propriedades ou características que são observadas ou medidas” (p. 171).

Variáveis de atributo, segundo Fortin (2009), “são características pré-existentes dos participantes num estudo” (p. 172), que no presente trabalho são:

- Sexo do utente, idade, estado civil, área geográfica e situação quanto à institucionalização;
- Sexo do PC, idade, grau de parentesco com o utente, escolaridade e condição perante o trabalho.

Assim considerámos como variáveis de investigação, segundo Fortin (2009) as que dizem respeito às qualidades, propriedades ou características que são observadas e monitorizadas. Consideramos para o nosso estudo:

- Existência de PC;
- Risco de UPP;
- Prevalência do foco de atenção de enfermagem UPP.

2.4.1. Operacionalização das variáveis

Como refere Fortin (2009) a definição operacional “enuncia os procedimentos a aplicar para medir a variável” (p. 173). As variáveis em estudo foram transformadas em classes, de forma a tornar mais compreensível o tratamento estatístico e mais correto o seu cruzamento, quando assim se apurou necessário. Optamos por agrupar as variáveis de atributo referentes aos dependentes em estudo, seguidas das pertencentes aos PC e por fim as variáveis de investigação dos focos de atenção de enfermagem UPP e enunciado do diagnóstico risco de UPP. Na tabela 4 apresentamos a operacionalização e categorização das variáveis relativas

aos utentes em grupo de risco dependentes em estudo passíveis de serem documentadas no SAPE.

Tabela 4.

Operacionalização e categorização das variáveis de caracterização dos dependentes em estudo

Variáveis	Operacionalização	Categorização
Sexo	“Caraterização genética e anátomo-fisiológica dos seres humanos” (Olinto, 1998).	1. Masculino 2. Feminino
Idade	Intervalo de tempo que decorre entre a data do nascimento (dia, mês e ano) e as 0 horas da data de referência. A idade é expressa em anos completos, salvo se tratar de crianças com menos de 1 ano (INE, 2003).	1. Meia idade (40-64 anos) 2. Idosos jovens (65-74 anos) 3. Idosos meia idade (75-84 anos) 4. Idosos idosos (> 85 anos) Classificação de Staab, 1998
Estado civil	Situação jurídica da pessoa composta pelo conjunto das qualidades definidoras do seu estado pessoal face às relações familiares, que constam obrigatoriamente do registo civil. Compreende as seguintes situações: a) Solteiro; b) Casado; C) Viúvo; d) Divorciado (INE, 2003)	1. Viúvos 2. Casados 3. Solteiros 4. Divorciados
Área geográfica	Modelo de “Enfermeiro de Família” preconizado pela OMS. A responsabilização do enfermeiro por um grupo limitado de famílias (300-400), tendo por base uma área geográfica (OE, 2010).	1. Murça 2. Candedo 3. Jou 4. Fiolhoso 5. Noura
Institucionalização	Passagem de organizações não formais para organizações formais.	0. Não 1. Sim

Na tabela seguinte apresentamos a operacionalização e categorização das variáveis relativas aos PC dos utentes dependentes da nossa população, que se encontram acessíveis no SAPE.

Tabela 5.

Operacionalização e categorização das variáveis de caracterização dos PC

Variáveis	Operacionalização	Categorização
Sexo do PC (N=159)	“Caraterização genética e anátomo-fisiológica dos seres humanos” (Olinto, 1998).	1. Masculino 2. Feminino
Idade (N=159)	Intervalo de tempo que decorre entre a data do nascimento (dia, mês e ano) e as 0 horas da data de referência. A idade é expressa em anos completos (INE, 2002).	1. Adultos e meia idade (20-64 anos) 2. Idosos (> 65 anos)
Grau de parentesco (N=159)	“Vínculo que une duas pessoas através de relações de consanguinidade, adoção, ou afinidade, cônjuges entre si e seus familiares, até ao quarto grau” (INE, 2002, p.21).	1. Filhos/filhas 2. Cônjuge 3. Outro parentesco 4. Sem parentesco
Escolaridade (N=159)	Nível ou Grau de ensino mais elevado que o indivíduo concluiu ou para o qual obteve equivalência, e em relação ao qual tem direito ao respetivo certificado ou diploma (INE, 2003)	1. Com escolaridade 2. Sem escolaridade
Condição perante o trabalho (N=159)	Situação do indivíduo perante a atividade económica no período de referência podendo ser considerado ativo ou inativo (INE, 2002).	1. Ativos 2. Não ativos

As variáveis de investigação do nosso estudo dizem respeito ao foco de atenção de enfermagem UPP, enunciado do diagnóstico risco de UPP e existência de PC, pois são estas que nos permitirão testar todas as hipóteses e dar resposta às nossas questões de investigação. (Tabela 6).

Tabela 6.

Operacionalização e categorização das variáveis de investigação

Variáveis	Operacionalização	Categorização
UPP	“Inflamação ou ferida sobre as proeminências ósseas devido à compressão e fricção da pele entre o osso e a superfície subjacente, em que os estádios são graduados segundo a sua gravidade” (CIE, 2002, p. 29).	0. Não
		1. Sim
Grau de UPP	Lesão superficial.	1. 1.UPP grau 1
	Lesão que evoluiu para uma situação de flictenas ou solução de continuidade superficial.	2. UPP grau 2
	Solução de continuidade da pele com perda de toda a sua espessura e drenagem sanguinolenta.	3. UPP grau 3
	“Úlcera profunda tipo cratera, com exposição da fáscia e do tecido conjuntivo, músculo ou osso” (CIE, 2002, p. 29).	4. UPP grau 4
Risco de UPP	“Estima-se que um determinado fenómeno de enfermagem indesejável ocorra numa determinada probabilidade” (CIE, 2002, p.130). Escala de Braden ≤ 16 Escala de Braden ≥ 17 (DGS, 2011)	1. Alto Risco
		2. Baixo risco
Prestador de cuidados	“Aquele que assiste na identificação, prevenção, ou tratamento da doença ou incapacidade, aquele que atende às necessidades de um dependente” (CIE, 2006, p.52).	0. Não 1. Sim

2.5. Instrumento de recolha de dados

A natureza do problema de investigação determina o tipo de método de colheita de dados a utilizar. Fortin (1999) afirma que “... a escolha do método faz-se em função das variáveis e da sua operacionalização e depende igualmente da estratégia de análise estatística considerada” (p. 239).

Utilizamos neste estudo um formulário tipo, construído com base nos objetivos do trabalho e das variáveis que pretendíamos analisar. O instrumento de recolha de dados que selecionamos, o formulário, situa-se entre o questionário e a entrevista e é uma técnica que dá assistência direta ao investigador, com a possibilidade de comparar questões mais complexas,

manter a garantia da uniformidade na interpretação dos dados e dos critérios pelos quais são fornecidos, como nos apresenta Cervo e Bervian (1996). Estes autores definem formulário como “uma lista informal, catálogo ou inventário, destinado à colheita de dados resultantes quer de observações, quer de interrogações, cujo preenchimento é feito pelo próprio investigador” (p. 139).

Nesta linha de ideias, considera-se que o formulário poderá constituir um método eficaz na colheita de dados neste estudo, uma vez que permite organizar, normalizar e controlar os dados, de tal forma que as informações procuradas possam ser colhidas de uma maneira rigorosa. O formulário por nós elaborado é constituído por três partes:

- A primeira inclui a caracterização sociodemográfica dos utentes em programa de saúde dependentes como a idade do utente, sexo, estado civil, área geográfica e situação quanto à institucionalização;
- A segunda refere-se à documentação do foco de atenção UPP no SAPE, diagnósticos de enfermagem “Risco de Úlcera de Pressão” e “Presença de Úlcera de Pressão”. Constam também as intervenções de enfermagem a implementar com vista aos resultados que se procuram alcançar.

Para avaliação da variável risco de UPP usamos a escala de Braden, tendo em conta as recomendações da DGS (2011), nomeadamente no que diz respeito à classificação do risco de acordo com a pontuação total: alto risco de desenvolvimento de UPP, valor final ≤ 16 e baixo risco de desenvolvimento de UPP, valor final ≥ 17 .

- Da última parte constam os dados sobre a existência de PC, grau de parentesco com o utente, sexo do prestador de cuidados, idade, escolaridade e situação profissional (*Apêndice A*).

2.6. Procedimento de recolha de dados

Esta é uma fase crucial de qualquer investigação. Por princípio, nada de prejudicial deve acontecer aos participantes como resultado da sua participação no estudo ou, pelo menos, os benefícios devem ser previsivelmente superiores aos possíveis inconvenientes (Reys, 1996).

Toda a investigação científica é uma atividade humana de grande responsabilidade ética pelas características que lhe são inerentes. Sempre associada à procura da verdade, exigência de rigor, isenção, persistência e humildade.

Seja qual for a natureza do projeto de investigação, os princípios éticos da autonomia, da beneficência, de não maleficência e da justiça, deverão ser respeitados e orientarão todos os momentos dessa investigação (Grande, 2000). Assim, e de acordo com o código deontológico dos enfermeiros, inserido no Estatuto da OE, republicado como anexo pela Lei n.º 111/2009 de 16 de setembro, artigo 85º - Do dever de sigilo: O enfermeiro, obrigado a guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão, assume o dever de:

a) Considerar confidencial toda a informação acerca do destinatário de cuidados e da família, qualquer que seja a fonte;

b) Partilhar a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família, assim como os seus direitos;

c) Divulgar informação confidencial acerca do indivíduo e família só nas situações previstas na lei, devendo, para tal efeito, recorrer a aconselhamento deontológico e jurídico;

d) Manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados.

Os mesmos pressupostos são aplicáveis na Investigação em Enfermagem, que é orientada pela Ética, que é como quem diz pelo código de Ética e pelos valores morais. Em enfermagem o protocolo de investigação deve:

1. Ser aprovado pelo patrocinador, tal como pelas outras instituições envolvidas;
2. Ser aprovado pelo Comité de Ética e Investigação dessas mesmas instituições;
3. Explicitar que não existe qualquer tipo de risco para os seus intervenientes

Ainda, relativamente à condução e exploração do estudo de investigação, ter-se-ão em conta alguns princípios conducentes a questões éticas abordados por diversos autores, nomeadamente a privacidade e confidencialidade, a proteção de sujeitos humanos e animais na pesquisa e conflitos de interesses (Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, 2007).

Assumidos todos estes pressupostos, dar-se-á início à investigação que nos propomos efetuar.

Foi efetuado pedido à Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde (ARS) Norte no dia 01/02/2012 (*Apêndice B*), ao Diretor Executivo do ACeS (Agrupamento de Centros de Saúde) Douro 1, Marão e Douro Norte no dia 27/03/2012 (*Apêndice C*).

Após autorização do Diretor Executivo do ACeS Douro 1, Marão e Douro Norte no dia 28/03/2012 (*Apêndice D*) e da Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte no dia 19/07/2012 (*Apêndice E*) demos início à recolha de dados tendo os mesmos sido recolhidos pelo próprio investigador, através da consulta da documentação no SAPE, dos utentes que se encontrem em programa de saúde dependentes da UCSP do CS de Murça. O período de recolha de dados decorreu em agosto e setembro de 2012. Foram preenchidos os 247 formulários que correspondem à totalidade dos utentes documentados no programa de saúde dependentes.

O investigador compilou para o formulário apenas os dados respeitantes às variáveis, a partir das fontes secundárias, não havendo, por isso qualquer contacto com o utente durante o processo, e não sendo este identificado com variáveis como nome ou número de processo.

2.7. Previsão do tratamento e análise dos dados

Para o tratamento de dados foi construída uma base de dados no programa estatístico para tratamento de dados em ciências sociais SPSS, versão 20.0, onde os mesmos foram inseridos. Utilizámos também o *software* Microsoft Office Excel 2007 disponível para Windows Vista.

Para apresentação dos dados foi essencialmente utilizada a estatística descritiva. As variáveis de nível de medição nominal e ordinal serão apresentadas tendo em conta as suas frequências absolutas e relativas. As variáveis de rácio serão caracterizadas recorrendo a medidas de tendência central e de dispersão.

Na estatística inferencial, para análise das hipóteses de investigação, recorreremos ao Qui-quadrado (χ^2) e aos testes paramétricos. Privilegiaremos os testes não paramétricos, sempre que o N das amostras for diminuto, e não se cumpram os pressupostos para a sua utilização, nomeadamente, o estudo da normalidade das distribuições e a homogeneidade das variâncias. Consideraremos existirem diferenças estatísticas significativas quando a probabilidade (p) for menor que 0,05 (Pestana & Gageiro, 2005; Maroco, 2010).

3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo damos a conhecer ao leitor os resultados da investigação. Os mesmos serão apresentados em tabelas e gráficos para melhor compreensão e análise.

O presente capítulo está estruturado em três subcapítulos, o primeiro relativo à caracterização sociodemográfica dos dependentes e dos prestadores de cuidados, o segundo diz respeito à documentação relativa no processo de enfermagem no SAPE e, por último, o terceiro capítulo fará referência aos principais objetos em estudo os focos de atenção de enfermagem UPP e risco de UPP. Apresentaremos a estatística descritiva, depois a estatística inferencial, ou seja os resultados dos testes que nos permitiram confirmar ou infirmar as hipóteses, por nós delineadas e no final a discussão relativa a cada grupo de variáveis em análise, com recurso, sempre que possível a estudos nacionais e internacionais e a autores que abordam as conceptualizações da nossa problemática.

A fonte das tabelas e dos gráficos que constam desta secção omitir-se-á, uma vez que resultam dos dados recolhidos no presente estudo.

3.1. Caracterização dos dependentes e dos prestadores de cuidados

Caracterização dos dependentes - a caracterização dos participantes no estudo, os utentes em programa de saúde dependentes do SAPE, será feita quanto ao sexo, idade, estado civil, área geográfica adstrita a cada enfermeiro de família da UCSP de Murça, situação quanto à institucionalização (Tabela 7).

Tabela 7.
Caraterização dos dependentes

Variáveis	Frequências	
	N	%
Sexo (N=247)		
Masculino	89	36
Feminino	158	64
Idade (N=247)		
Meia idade (40-64 anos)	19	7.7
Idosos jovens (65-74 anos)	45	18.2
Idosos meia idade (75-84 anos)	79	32.0
Idosos idosos (\geq 85 anos)	104	42.1

Tabela 7.
Caraterização dos dependentes (Cont.)

Estado Civil (N=247)		
Viúvos	130	53
Casados	74	30
Solteiros	40	16
Divorciados	3	1

Área geográfica (N=247)		
Murça	66	26.7
Candedo	58	23.5
Jou	50	20.2
Fiolhoso	45	18.2
Noura	28	11.3

Institucionalização (N=247)		
Não	181	73.3
Sim	66	26.7

A amostra em estudo que corresponde à população total é composta por 247 utentes dos quais a grande maioria são mulheres (64%). A classe etária predominante é a classe dos utentes com 85 e mais anos (42.1%), existindo apenas 7.7% dos utentes na classe etária dos 40 aos 64 anos de idade, ou seja os participantes no estudo são essencialmente idosos, uma vez que têm 65 ou mais anos.

A média de idades é de $80,36 \pm 10,24$, a moda são os 86 anos, sendo a idade mínima os 40 anos e a máxima os 99 anos. A média de idades dos utentes do sexo feminino ($81,82\% \pm 9,59$) é superior à do sexo masculino ($77,78\% \pm 10,88$).

A representação gráfica subsequente apresenta o histograma com a curva da normal e o diagrama de extremos e quartis obtidos para a idade.

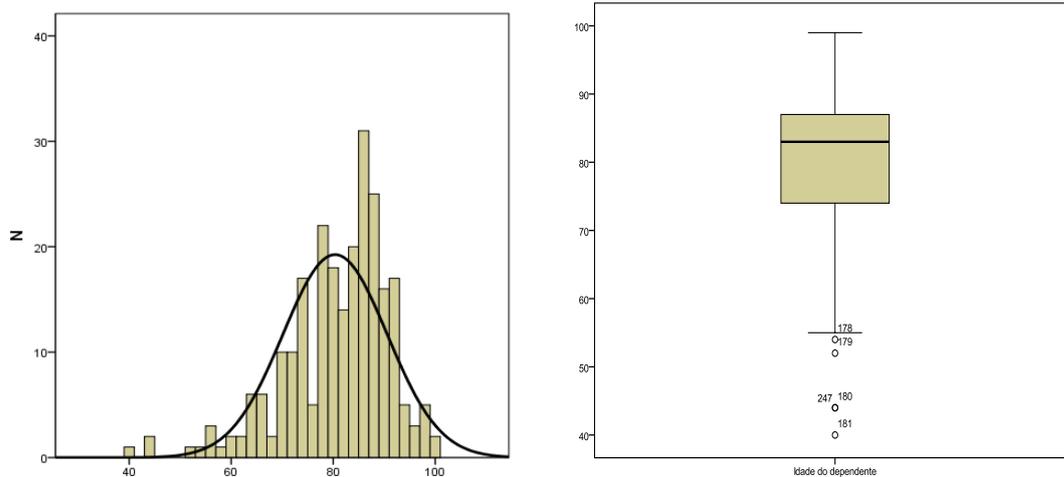


Figura 2. Histograma e diagrama de folhas obtido para a variável idade

Denota-se que o valor da mediana é de 83 anos. Observamos que apenas 25% dos participantes têm menos de 75 anos de idade. Alguns desses participantes, por serem demasiado jovens, quando comparados com o resto da amostra, são considerados pela estatística valores extremos para a variável, conforme se denota pelo diagrama de quartis. Os dados apontam para uma amostra envelhecida, evidência a desenvolver na discussão dos resultados.

No que se refere à caracterização dos participantes no estudo, quanto ao estado civil, os viúvos são a categoria predominante (52,4%), existindo apenas 1% dos utentes que são divorciados.

Quanto à área geográfica adstrita a cada enfermeiro de família, a que os utentes pertencem, observamos que o maior grupo de utentes pertence à área geográfica de Murça (26,7%) e o menor grupo de utentes é o da área geográfica de Noura (11,3%).

A maioria dos participantes no estudo não se encontra institucionalizada, no entanto verificou-se uma taxa de institucionalização de 26,7%. Conforme podemos observar na tabela 7.

Estes dados poderão refletir a população residente no concelho de Murça, que é de 5954 indivíduos, sendo a maioria do sexo feminino (51,19%) e os restantes (48,81%) do sexo masculino (INE, 2012). Verifica-se também, que na população inscrita na UCSP de Murça (dados do Sistema Informático das Unidades de Saúde [SINUS], 2013), as mulheres com mais de 65 anos correspondem a 30,5% e os homens a 23,6% da população total inscrita,

sendo que de acordo com os dados do INE (2012), na população total dos residentes em Murça, 33,2% têm mais de 65 anos.

Quanto à taxa de institucionalização poderá ser explicada pela inscrição na UCSP de Murça, dos residentes nos três lares para idosos do concelho, que acolhem 115 pessoas (segundo dados da instituição, dezembro de 2012) que residiam em diferentes pontos do País. São apontados vários fatores para a institucionalização de pessoas. Segundo Levenson (2001) as razões mais frequentemente ligadas à institucionalização são a idade, a perda da capacidade funcional para a marcha, a presença de deficits cognitivos, a solidão e a perda de apoios sociais/deficiência das redes de saúde informais e a dependência na realização de atividades básicas e instrumentais de vida diária.

Caraterização dos PC - A caraterização dos PC dos utentes em programa de saúde dependentes do SAPE, será feita quanto à sua existência, ao sexo, idade, grau de parentesco, escolaridade e condição perante o trabalho (Tabela 8).

Tabela 8.
Caraterização dos PC

Variáveis	Frequências	
	N	%
Existência de PC (N=247)		
Sim	159	64,4
Não	22	8,9
Casos omissos	66	26,7
Sexo do PC (N=159)		
Masculino	27	17
Feminino	132	83
Idade (N=159)		
Adultos e meia idade (20-64 anos)	95	59,7
Idosos (\geq 65 anos)	64	40,3
Grau de parentesco (N=159)		
Filhos/filhas	58	36,5
Cônjuge	56	35,2
Outro parentesco	20	12,6
Sem parentesco	25	15,7
Escolaridade (N=159)		
Sem escolaridade	20	12,6
Com escolaridade	139	87,4
Condição perante o trabalho (N=159)		
Ativos	45	28
Não ativos	114	72

Quanto à existência de PC, existem 66 casos omissos para a variável em questão, que são explicados pelo número de indivíduos dependentes institucionalizados. Denota-se que a maioria dos utentes dependentes não institucionalizados é beneficiária de cuidados informais (87,8%) e os restantes não possuem qualquer tipo de apoio na prestação informal de cuidados (8,9%).

Em relação às características sociodemográficas dos PC, dos 159 PC documentados, como se pode observar na tabela anterior, destacamos o facto de maioritariamente (83%) serem do sexo feminino. Quanto à classe etária predominam os adultos e meia-idade, da classe etária dos 20-64 anos (59,7%), sendo os restantes idosos com 65 e mais anos de idade. Quanto ao grau de parentesco dos PC com os dependentes verifica-se que o maior grupo de PC são os filhos/filhas (36,5%), seguidos de perto pelos cônjuges (35,2%). O menor grupo possui outro parentesco com os utentes (12,6%), no qual se incluem as noras e genros, sobrinhos e netos. Salientamos o facto de 15,7% dos PC não terem qualquer grau de parentesco com os dependentes, sendo constituído por famílias de acolhimento. Verifica-se que a maioria dos PC (87,4%) possui algum grau de escolaridade, embora 12,6% dos PC nunca tenha frequentado a escola. Quanto à condição perante o trabalho dos PC constatamos que a maioria se inclui na população não-ativa (72%), que é constituída por domésticas (n=52) e reformados (n=62).

O facto de 26,7% dos utentes dependentes estarem institucionalizados poderá ser explicado pela sua situação de dependência, uma vez que a maioria dos estudos, sobre esta temática, refere que a dependência é um fator de risco para a institucionalização de pessoas idosas. Uma investigação longitudinal conduzida por Agüero-Torres, Strauss, Viitanen, Winblad, & Fratiglioni (2001) com o objetivo de avaliar os determinantes da institucionalização do idoso, concluiu que a demência e comprometimento cognitivo são os principais contribuintes para a institucionalização. Além disso, a dependência funcional e a fratura da anca foram associados com o internamento numa instituição de idosos, durante os 3 anos de follow-up (Agüero-Torres, et al., 2001).

Os resultados obtidos indicam que 80,7% dos dependentes têm PC, o que vai de encontro a outras investigações. A observação de que a maior parte dos PC era do sexo feminino é semelhante ao constatado por estudos realizados em âmbitos nacional e internacional: a maior parte do cuidado domiciliário é realizada pelas mulheres. Os resultados por nós obtidos

corroboram outro estudo que concluiu que a idade média dos PC rondava os 59 anos, e em que mais de 22,5% dos mesmos apresentavam idades superiores a 70 anos (Grelha, 2009).

Numa sociedade manifestamente envelhecida a presença de cuidadores informais assume particular relevância (Lage, 2007a). Estes PC são pessoas, a maioria das vezes, familiares que se responsabilizam ou apoiam a assistência a pessoas idosas ou com necessidades especiais. O papel da mulher cuidadora na família é normativo, sendo esperado que tal função seja por ela assumida (Lima, Lebrão & Duarte, 2005).

A evidência salienta o facto de muitos idosos cuidarem de idosos, já que pelo seu papel de cônjuge são pessoas disponíveis e acessíveis ao desempenho desse papel.

Os resultados do estudo de Lage (2007b) refere que os filhos (as), outros significativos e o cônjuge são os principais responsáveis pelos cuidados informais a idosos dependentes. A literatura salienta que o assumir do papel de cuidador principal é determinado pela proximidade de residência com a pessoa cuidada, recai frequentemente em familiares próximos, sem profissão, solteiros ou reformados (Brody, 1985).

Quanto ao grau de escolaridade dos PC, encontrámos uma maior percentagem de PC sem escolaridade do que a constatada por outros estudos (Gonçalves, 2011). Sabendo-se que a taxa de analfabetismo, à data dos Censos de 2011, é em Portugal Continental de 5,2%, concluímos por um elevado nível de iliteracia da população de cuidadores (INE, 2011).

Quanto à situação perante o trabalho 28% dos PC são considerados ativos o que representa uma sobregarga para estes cuidadores, e os dependentes a seu cargo estarão parte do dia entregues a si próprios.

A incumbência de cuidar dos seus membros é atribuída à família como tarefa de responsabilidade social que cada um tem com seus entes. Porém, esse familiar precisa estar em condições saudáveis para exercer ações de cuidados com seu próximo e, na maioria das vezes, o cuidador familiar desempenha seu papel sozinho, sem ajuda de outros familiares ou de profissionais. Nesse caso ele se configura como cuidador principal e representa o elo entre o idoso, a família e a equipe de saúde (Simonetti & Ferreira, 2008).

Cuidar de idosos dependentes pode acarretar angústia, solidão, tensão, tristeza, alterações no bem-estar do cuidador a nível da sua saúde, da vida social, da disponibilidade económica, da

rotina familiar, do desempenho profissional, levando ao aparecimento de níveis elevados de sobrecarga (Ricarte, 2009).

O crescimento universal da assistência domiciliar visa atender às necessidades da população no que se refere a cuidados por períodos prolongados de tempo; deve-se tanto ao aumento das doenças crônicas não transmissíveis que causam incapacidades quanto ao aumento da longevidade. Outros fatores, como o econômico, também influenciaram essa tendência e, com a mudança do contexto da assistência, do hospital para a comunidade, grande parte dos custos foi transferida para as famílias (World Health Organization [WHO], 2002)

3.2. Dados sobre a documentação no processo de enfermagem no SAPE

Neste subcapítulo vamos apresentar os resultados relativos à documentação nos processos clínicos dos utentes no SAPE, especificamente quanto aos programas de saúde a que os utentes estão associados, como se pode observar na tabela 9.

Tabela 9.

Distribuição dos utentes quanto aos programas de saúde

Variáveis	Frequências	
	N	%
Programa de saúde Saúde do Idoso (N=247)	168	68,0
Grupo de risco: Diabetes (N=247)	67	27,1
Grupo de risco: Hipertensão (N=247)	130	52,6
Hipocoagulados (N=247)	13	5,3
Saúde do Adulto (N=247)	14	5,7
Tratamento de feridas e úlceras (N=247)	29	11,7

Os utentes participantes no estudo podem ter associado mais do que um programa, de acordo com as suas necessidades em saúde, pelo que a soma dos percentuais pode ultrapassar os 100%.

Como se pode constatar, através da análise da tabela 9, a maioria dos utentes da população em estudo (68%) têm associado o programa de saúde do idoso, seguido pelo programa Grupo de risco: Hipertensão (52,6%). O programa a que menor proporção de utentes estão associados é

o Grupo dos Hipocoagulados (5,3%), seguido de perto pelo programa de Saúde do Adulto (5,7%). Salientamos que existem 7,1% dos participantes no estudo, que estão associados ao programa de saúde Grupo de risco: Diabetes, que constitui uma doença muito prevalente na atualidade no nosso país. O programa de saúde diretamente relacionado com a presença do enunciado do diagnóstico UPP, nosso objeto de estudo, foi associado apenas a 11,7% dos utentes, que inclui todos os tipos de feridas para além das UPP.

Relativamente aos utentes que têm o programa de saúde do idoso associado, verifica-se que da população em estudo, 92,2% dos utentes com 65 e mais anos estão documentados nesse programa. Segundo informação do SINUS (2013), estavam inscritos na UCSP de Murça 1873 utentes com 65 e mais anos, o que nos faz pensar que tendo sido identificados 247 dependentes, 14 dos quais adultos, sendo os restantes idosos, poderá existir sub documentação dos idosos dependentes.

Em Portugal, o Observatório Nacional para a Diabetes (2011) refere que a prevalência da patologia atinge 12,4% da população entre os 20 e os 79 anos de idade. No entanto, e segundo o mesmo Observatório a prevalência da diabetes (diagnosticada e não diagnosticada) no nosso país, cresce para 27,1% na população entre os 60 e os 79 anos de idade (a mesma percentagem da população em estudo).

Na pesquisa efetuada encontramos um estudo com uma amostra de idosos dependentes, registados nas Unidades de Saúde Familiar, Torres, et al. (2009) onde encontraram uma prevalência de hipertensão de 23,1%. A hipertensão arterial é uma variável associada ao envelhecimento, já que com o aumento da idade decorrem alterações no diâmetro aórtico, diminuição da elasticidade do tecido conjuntivo arterial, aumento da arteriosclerose e da resistência vascular periférica (Miranda, et al., 2012). Com o aumento da esperança de vida nos países desenvolvidos, observa-se um aumento da hipertensão coexistente com outras patologias associadas. A hipertensão é o mais importante fator de risco cardiovascular modificável, daí a importância do controlo e vigilância destes utentes em programas de saúde específicos.

Quanto à frequência da anticoagulação não está ainda bem caracterizada na literatura. Em Portugal não há estudos disponíveis nesta matéria, conhecendo-se apenas os dados relativos às vendas de medicamentos fornecidos pelo Observatório do Medicamento e Produtos de Saúde. Em Portugal Continental, no ano de 2003, foram vendidas 3,53 doses diárias definidas

por 1000 habitantes por dia de antagonistas da vitamina K, sendo 0,55 doses de acenocumarol e 2,98 doses de varfarina (Furtado, 2005).

Quanto ao programa tratamento de feridas/ úlceras, verifica-se que 11,7% dos nossos utentes estão incluídos no mesmo. Uma investigação realizada no mesmo contexto geográfico de pesquisa (Distrito de Vila Real) refere que o tratamento de feridas e outros cuidados ao sistema tegumentar constituem um dos motivos mais frequentes de procura de cuidados de enfermagem nos CS da sua área de residência, sendo responsáveis por cerca de 30% da totalidade de situações de saúde que exigem cuidados de enfermagem (Machado, 2011).

Relativamente à documentação no processo de enfermagem dos utentes em programa de saúde dependentes, passamos a apresentar, na tabela 7 o foco de atenção UPP, enunciados do diagnóstico de enfermagem risco e presença de UPP.

Tabela 10.

Distribuição dos utentes quanto aos focos de atenção de enfermagem e enunciados do diagnóstico

Variáveis	Frequências	
	N	%
Foco de atenção de enfermagem “UPP” (N=247)		
Não	39	15,4
Sim	208	84,6
Enunciado do diagnóstico “Risco de UPP” (N=208)		
Não	3	1,4
Sim	205	98,6
Enunciado do diagnóstico “ Presença de UPP” (N=247)		
Não	237	96
Sim	10	4

Verificamos que o Foco de Atenção de enfermagem UPP foi alvo da atenção dos enfermeiros em 84.6% do total de utentes participantes no estudo. O enunciado do diagnóstico de enfermagem, “Risco de desenvolvimento de UPP”, foi identificado em 98,6% dos utentes com o foco de atenção (208), enquanto o diagnóstico “Presença de UPP” foi documentado apenas em 4% do total dos participantes, o que constitui a prevalência de UPP na população em estudo, como se pode observar na figura 3.

Observamos que não se obtiveram registos de foco de atenção de enfermagem UPP e de enunciado do diagnóstico de Risco de UPP em 15,8% dos utentes, que têm associado o programa de saúde dependentes.

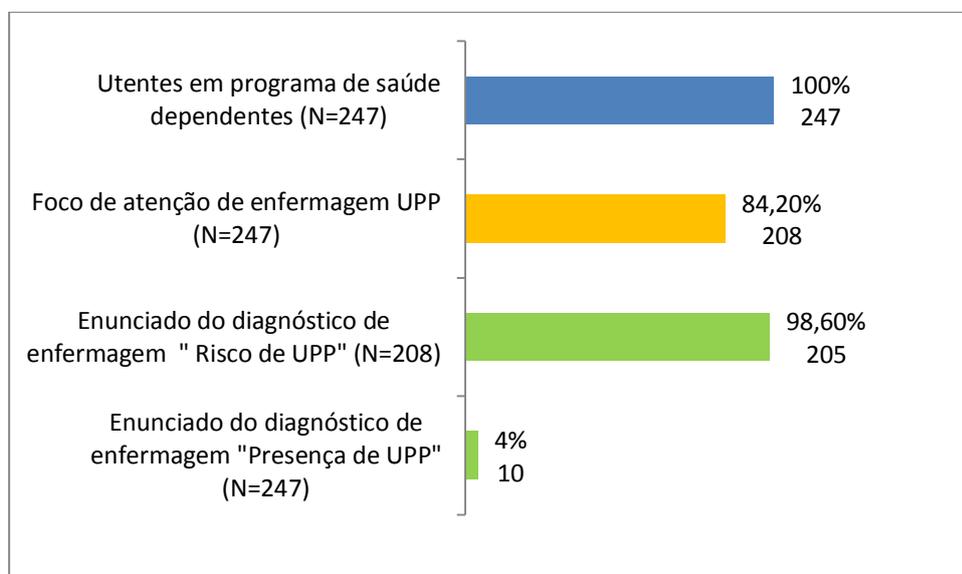


Figura 3. Documentação dos cuidados no processo de enfermagem dos utentes em programa de saúde dependentes

A tabela 11 expõe os resultados relativos às intervenções prescritas pelos enfermeiros de família de cada área geográfica, dirigidas ao enunciado do diagnóstico “Risco de UPP”

Tabela 11.

Intervenções prescritas relativas aos enunciados de diagnóstico em estudo “Risco de UPP”

Intervenções	N	%*
Intervenção 1 Monitorizar risco de UPP através da escala de Braden (N=208)	81	39
Intervenção 4 Vigiar sinais de úlcera de pressão (N=208)	26	12.5
Intervenção 5 Vigiar a pele (N=208)	7	3.4

*Percentagens calculadas em função do Foco de atenção UPP (N=208)

A intervenção de enfermagem mais vezes prescrita no caso do enunciado do diagnóstico Risco de UPP foi “Monitorizar risco de UPP através da escala de Braden”, que está presente no processo de enfermagem de 39% dos utentes, a quem foi identificado o foco de atenção de

enfermagem UPP. Contudo, obtivemos dados da monitorização de risco e UPP, através da escala de Braden, em 80,1% dos utentes, em contactos anteriores e não foi documentada a escala de Braden a 5,3% em nenhum contacto de enfermagem.

A intervenção de enfermagem menos vezes prescrita, relativamente ao mesmo enunciado do diagnóstico, foi “Vigiar a pele”, que está presente no processo de enfermagem de apenas 3,4% dos utentes.

“Vigiar sinais de UPP” encontra-se no plano de cuidados de 12.5% da população.

Relativamente às intervenções de enfermagem documentadas na prevenção das UPP, a principal conclusão que extraímos dos dados em análise é a existência de algumas lacunas nas intervenções prescritas face aos diagnósticos previamente identificados.

Nos SIE segundo Pereira (2009) “a integridade referencial entre as entidades: diagnóstico, intervenção e resultados de enfermagem, enquanto requisito central do modelo de agregação de dados desenhado, exige que a documentação respeite esta relação” (p. 348) Para o enunciado do diagnóstico Risco de UPP como descrito anteriormente, foram documentadas as intervenções de enfermagem que passamos a apresentar graficamente.

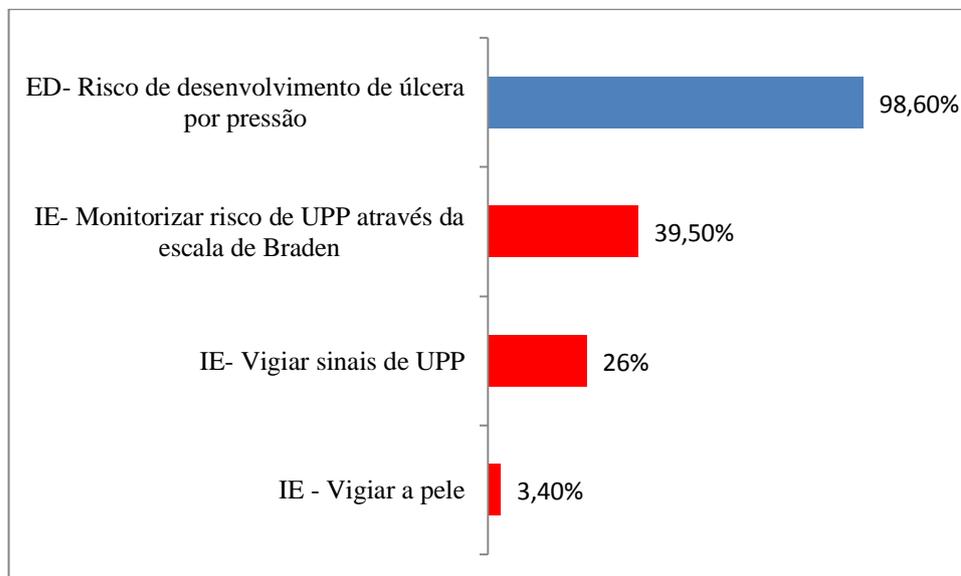


Figura 4. Integridade referencial entre enunciado do diagnóstico (ED): Risco de UPP e intervenções de enfermagem (IE) documentadas

Analisando o gráfico constata-se a falta de integridade enunciado do diagnóstico/ intervenção de enfermagem em 60,5% dos casos, nos quais existia o enunciado do diagnóstico e não estava prescrita a intervenção de enfermagem, o que pode comprometer a qualidade dos cuidados prestados, a atualização dos enunciados de diagnóstico e conseqüentemente as intervenções a prescrever, bem como a leitura dos resultados sensíveis aos cuidados dos enfermeiros.

Relativamente à intervenção “Monitorizar risco de UPP através da escala de Braden”, a utilização da referida escala desenvolvida, na sua versão inicial, por Braden e Bergstrom (1987) tem vindo a ser frequentemente usada quer na investigação quer na prática dos cuidados nos últimos 20 anos. Este instrumento é referido pela literatura como tendo uma boa sensibilidade e especificidade para avaliação de doentes em risco de desenvolver úlcera (Lyder & Ayello, 2008) e é recomendado pela DGS, como ferramenta clinicamente validada para avaliação do risco de UPP.

Para Ferreira, Miguéns, Gouveia e Furtado (2007) a Escala de Braden deve ser aplicada à data de admissão e sempre que sejam observadas alterações significativas do estado geral do indivíduo a avaliar. Segundo os mesmos autores, nos cuidados domiciliários, sugere-se uma aplicação da escala com periodicidade mensal em indivíduos crónicos, e em cada VD em indivíduos que apresentam um estado geral mais debilitado. Segundo a DGS (2011) a aplicação da Escala de Braden deve ser realizada durante a primeira VD e deve ser reavaliada semanalmente, em contexto de prática domiciliária.

De acordo com a EPUAP/NPUAP (2009):

Cada estabelecimento de saúde deve ter uma política em vigor que inclua recomendações para uma abordagem estruturada da avaliação dos riscos relevantes para esse estabelecimento de saúde, áreas clínicas alvo, um calendário para a avaliação inicial e reavaliações dos riscos, recomendações claras para a documentação de avaliação do risco e da comunicação a toda a equipe de saúde. (p. 12)

Especificamente quanto à documentação dos cuidados “a documentação das avaliações de risco é imprescindível para assegurar a comunicação dentro da equipa multidisciplinar, serve como prova de que o plano de cuidados é apropriado e fornece referenciais para o acompanhamento da evolução do indivíduo” (EPUAP/NPUAP, 2009, p. 12). Este aspeto é reforçado noutro estudo que relata que a continuidade das avaliações para identificação do risco de UPP pode prevenir a ocorrência de UPP noutros locais (Paranhos & Santos, 1999).

“Vigiar sinais de UPP”:

em cada instituição de saúde deverá vigorar uma política que inclua as recomendações para uma abordagem estruturada para a avaliação da pele relevante para a instituição, áreas clínicas alvo, cronogramas de avaliação e reavaliações. Deverá possuir também recomendações claras para a documentação da avaliação da pele e da sua comunicação a toda a equipa de saúde. (EPUAP/NPUAP, 2009, p15)

“Vigiar a pele”, a literatura temática salienta que a avaliação da integridade cutânea é um aspeto essencial com vista à prevenção das UPP, e deve ser realizada regularmente. A UPP desenvolve-se com facilidade, necessitando de cuidados preventivos com a pele e devendo ser mantida, conforme advoga Ohnishi, Utyama, Silva e Jenese (2001):

seca, limpa, hidratada, com as proeminências ósseas livres de pressão contínua, evitando-se contato de pele com pele, com posicionamento anatómico do corpo, mobilização passiva e ativa, realização de massagem de conforto, proporcionar exposição aos raios solares, hidratação do cliente de acordo com a necessidade individual, alimentação protéico-vitamínico e hidratação oral. (p. 78-79)

Quanto à presença de UPP, passamos a enumerar as intervenções que no momento da recolha de dados estavam prescritas nos processos de enfermagem dos utentes alvo do nosso estudo, tabela 12.

Tabela 12.

Intervenções prescritas relativas aos enunciados de diagnóstico em estudo UPP

Intervenções		N	%*
Intervenção 2	Executar tratamento à UPP (N=10)	9	90
Intervenção 3	Vigiar a UPP (N=10)	8	80
Intervenção 6	Monitorizar a UPP (N=10)	5	50
Intervenção 7	Vigiar o penso (N=10)	4	40

*Percentagens calculadas em função do Foco de atenção de enfermagem UPP (N=10)

A intervenção de enfermagem “Executar tratamento à UPP” foi identificada em 90% das situações, a intervenção “Vigiar a UPP” em 80% das situações. Tendo em conta os 10 utentes com UPP, a intervenção “Vigiar o penso” foi documentada em 40%, seguida pela monitorização da UPP, descrita em 50% portadores de UPP. A intervenção de enfermagem “Executar tratamento à UPP”, para Nogueira, Caliri e Santos (2002), o tratamento das UPP

deve ser implementado o mais precoce possível, quando as medidas preventivas não forem suficientes. Os tratamentos incluem: o nível sistémico, com objetivo da melhoria do estado nutricional e redução da infeção; o conservador, realizado no início do aparecimento das lesões; e o tratamento local, que inclui a limpeza cirúrgica e tratamento de acordo com o estadio da UPP. A UPP é de difícil tratamento, em geral prolongado e oneroso, o que corrobora para a premissa da prevenção. Portanto, perante pessoas que apresentem riscos para o desenvolvimento de UPP a equipe multiprofissional tem a responsabilidade de implementar medidas preventivas com o intuito de diminuir o impacto desse dano (Gomes, Bastos, Matosinhos, Temponi & Velásquez-Meléndez, 2010).

Quanto à monitorização da UPP, Brem, Nierman e Nelson (2002), referem que deve ser efetuado um registo semanal das suas características objetivas: estadio, dimensão, exsudado, presença, de tecido necrótico, tecido de granulação, re-epitelização ou sinais de celulite. Salientamos o facto de que as úlceras de pressão não progridem de estadio, pelo que uma úlcera tipo IV é tipo IV desde o seu início, não resultando da progressão de uma úlcera tipo III (Consortium For Spinal Cord Medicine, 2000).

Quanto à documentação no SAPE da intervenção “Monitorizar UPP”, contempla, as dimensões da úlcera (comprimento, largura e profundidade), a percentagem de tecidos presentes no leito da ferida (necrosado, desvitalizado, granular, epitelial), as características da pele circundante (ruborizada, seca, macerada, descamativa), a presença de exsudado (quantidade: pequena moderada e grande) e tipo (seroso, hemático, purulento) e a sensibilidade (intensa, suportável, ausente).

Para “Vigiar penso” é considerado a presença e quantidade de exsudado e “Vigiar UPP” refere-se à presença ou ausência de sinais de infeção.

No gráfico seguinte podemos observar a proporção entre o diagnóstico de enfermagem identificado “Presença de UPP” (100%) e as intervenções prescritas para obter ganhos em saúde.

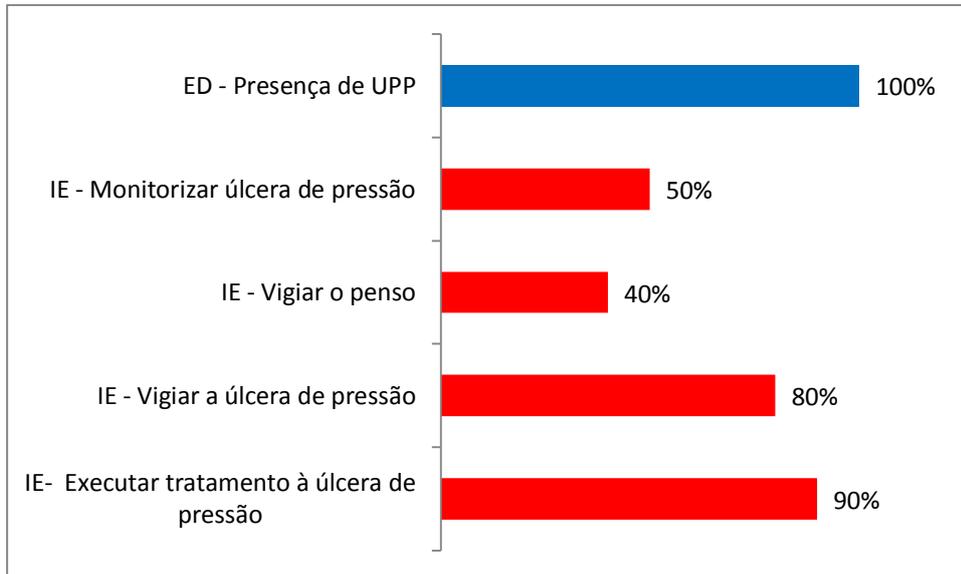


Figura 5.

Integridade referencial entre enunciado do diagnóstico (ED): Risco de UPP e intervenções de enfermagem (IE) documentadas

Todas estas intervenções visam alterações no enunciado do diagnóstico de enfermagem inicial, presença de UPP, com vista à sua cicatrização, nem sempre refletidas na documentação de cuidados, o que compromete os resultados extraídos, neste caso, do SAPE. Os resultados de enfermagem traduzem as modificações que se operam ao longo do tempo no estado de um diagnóstico de enfermagem, com base nas intervenções de enfermagem e em todo o ambiente terapêutico que envolve o indivíduo, não sendo, por isso, sinónimo de resultados exclusivos dos cuidados de enfermagem (Johnson, Maas & Moorhead, 2000; CIE, 2000, 2002, 2006).

3.3. Risco/presença de UPP

Neste subcapítulo iremos apresentar os resultados relativos à distribuição das frequências do risco e presença de UPP, dos participantes no estudo, assim como os resultados dos testes que nos permitiram testar as hipóteses por nós formuladas.

De seguida apresenta-se a distribuição dos utentes pelas diferentes categorias das seis dimensões da escala de Braden: Condição física, Atividade, Humidade, Estado mental, Mobilidade e Nutrição (Tabela 13).

Tabela 13.

Distribuição dos utentes pelas seis subescalas de Braden

	Frequências	
	N	%*
Braden: Condição Física (N=197)		
Problema	31	15,7
Problema potencial	58	29,4
Nenhum problema	108	54,8
Braden: Atividade (N=197)		
Acamado	24	12,2
Sentado	42	21,3
Anda ocasionalmente	61	31,0
Anda frequentemente	70	35,5
Braden: Humidade (N=197)		
Pele constantemente húmida	8	4,1
Pele muito húmida	21	10,7
Pele ocasionalmente húmida	53	26,9
Pele raramente húmida	115	58,4
Braden: Estado mental (N=197)		
Completamente limitada	5	2,5
Muito limitada	38	19,3
Ligeiramente limitada	81	41,1
Nenhuma limitação	73	37,1
Braden: Mobilidade (N=197)		
Completamente imobilizado	5	2,5
Muito limitada	56	28,4
Ligeiramente limitada	111	56,3
Nenhuma limitação	25	12,7
Braden: Nutrição (N=197)		
Muito pobre	1	0,5
Provavelmente inadequada	22	11,2
Adequada	160	81,2
Excelente	14	7,1

*Percentagens calculadas em função do N de cada variável

Relativamente à componente condição física a maioria dos utentes (54,8%), não apresenta nenhum problema, mas 15,7% já apresentam algum tipo de problema. No que se refere à componente atividade o maior grupo de utentes (35,5%), anda frequentemente. Destacamos o facto de 12,2% dos utentes avaliados pela escala terem sido classificados como acamados. Quanto à presença de humidade 58,4% apresentavam a pele raramente húmida e 4,1% apresentam a pele constantemente húmida. Quanto ao estado mental apresentam-se

completamente limitados 2,5% dos utentes, muito limitados 19,3%, ligeiramente limitados 41,1% e sem nenhuma limitação 37,1%. Quanto ao nível da mobilidade, apenas 12,7% dos utentes são completamente autónomos, 26,2% ligeiramente limitada e 28,4% muito limitada. No aspeto nutricional 81,2% foram classificados com uma nutrição adequada e 11,2% a nutrição era provavelmente inadequada.

Aplicando a classificação de risco de desenvolvimento de UPP de Braden, a maioria dos utentes (67%) apresentam Baixo risco (pontuação ≥ 17), mas já existe um grupo (33%) categorizado como de Alto risco (pontuação ≤ 16).

A tabela subsequente apresenta as estatísticas descritivas obtidas relativamente à escala de Braden e os participantes no estudo, quanto ao sexo, idade, área geográfica e situação de institucionalização (Tabela 14).

Tabela 14.

Estatísticas descritivas da pontuação na escala Braden, por sexo, idade, área geográfica e situação de institucionalização do utente

Variáveis	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Sexo					
Homens	73	11	22	17,86	3,40
Mulheres	124	9	23	17,37	3,57
Idade					
Classe etária (40-64 anos)	10	12	23	18,40	3,63
Classe etária (65-74 anos)	36	9	22	18,17	3,15
Classe etária (75-84 anos)	63	10	23	17,98	3,17
Classe etária (Maior ou igual a 85 anos)	88	9	22	16,90	3,79
Estado Civil					
Viúvos	101	9	23	17,14	6,600
Casados	61	10	22	18,20	3,182
Solteiros	33	11	23	17,94	3,553
Divorciados	2	11	14	12,50	2,121

Tabela14.

Estatísticas descritivas da pontuação na escala Braden, por sexo, idade, área geográfica e situação de institucionalização do utente (Cont.)

Área geográfica					
Murça	58	9	23	17,78	3,798
Candedo	53	11	22	17,38	3,482
Jou	46	9	22	17,26	3,605
Fiolhoso	20	11	21	17,90	3,259
Noura	20	10	21	17,70	2,904
Situação de institucionalização					
Institucionalizados	44	10	23	17,11	3,49
Não institucionalizados	153	9	23	17,68	3,51
Presença do enunciado do diagnóstico UPP					
Sim	10	9	17	12	2,309
Não	187	9	23	17,85	3,310
Total	197	9	23	17,55	3,507

O sexo masculino tem uma média mais elevada na pontuação na escala de Braden do que o sexo feminino (17,86/17,37). Quanto à idade a classe etária com uma média de pontuação da escala de Braden mais baixa $16,90 \pm 379$ foi a dos 85 e mais anos. Os divorciados são quanto ao estado civil, os que apresentam menor média de pontuação na escala de Braden $12,50 \pm 2,12$. A área geográfica com menor média de pontuação na escala de Braden é Jou com $17,26 \pm 3,605$. Constatamos também que os utentes institucionalizados apresentam uma pontuação média ligeiramente mais elevada na escala ($17,11 \pm 3,49$ contra $17,68 \pm 3,51$). Verifica-se que os utentes sem UPP obtiveram uma média de pontuação na escala de 17,85 pontos $\pm 3,310$, enquanto os utentes com UPP apresentaram uma média de pontuação de 12 pontos $\pm 2,309$, bastante inferior à dos primeiros utentes. O valor médio obtido na escala, para os 197 utentes de que dispomos registos foi 17,55 pontos na escala de Braden $\pm 3,51$ pontos. Ou seja os utentes em estudo do sexo feminino, com idade ≥ 85 anos, divorciados, residentes

em Jou e institucionalizados apresentam maior risco de desenvolverem UPP segundo a escala de Braden.

De seguida passamos a analisar as hipóteses formuladas para as quais foram realizados testes entre a variável pontuação média da escala de Braden e grau de risco para desenvolver UPP e as variáveis de atributo do dependente e do PC, bem como de investigação relacionadas com a documentação no SAPE, assim como os testes de correlação.

Quando os grupos de variáveis seguintes apresentavam menos de 30 casos, condição que nos permite considerar que a variável tem uma distribuição normal (Pestana & Gageiro, 2005), foram verificados os pressupostos inerentes à utilização dos testes estatísticos paramétricos. Quando não se cumpriam esses pressupostos optamos pelos testes não paramétricos correspondentes.

Para testar a hipótese 1 recorreremos ao teste t, ANOVA, KW e MW, para verificar se existe relação de dependência entre as variáveis pontuação da escala de Braden e as variáveis atributo relativas aos dependentes e o enunciado diagnóstico de enfermagem UPP (Tabela 15).

Tabela 15.

Resultados dos testes estatísticos relativos à hipótese 1

Variáveis	Teste	Valor do teste	df	P
Pontuação da escala de Braden /Sexo	Teste t	0,951	195	0,343
Pontuação da escala de Braden /Idade	ANOVA	1,930	3	0,126
Pontuação da escala de Braden/Estado Civil	KW	6,876	3	0,076
Pontuação da escala de Braden /Área geográfica	ANOVA	0,226	4	0,924
Pontuação da escala de Braden / Situação de Institucionalização	Teste t	0,943	195	0,347
Pontuação de escala de Braden / Enunciado do diagnóstico de enfermagem UPP	M-W	165		0,000

Legenda: KW - Kruskal-Wallis; M-W – Mann-Whitney ;df – Grau de liberdade; p - probabilidade

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre a média da pontuação da escala de Braden das categorias das variáveis sexo ($p=0,343$), classes etárias ($p=0,126$), área geográfica ($p=0,924$) e situação de institucionalização do utente ($p=0,347$), pelo que nestes casos aceitamos a hipótese nula.

Por sua vez constataram-se diferenças altamente significativas ($p=0,000$) entre as médias da pontuação da escala de Braden quanto ao enunciado do diagnóstico de enfermagem UPP (sim/não), em que os utentes a quem lhe foi identificada a UPP, apresentavam uma média da pontuação inferior na escala de Braden, tendo obtido uma média de posição 22,0 contra 103,12, dos que não apresentavam UPP. Recordamos que na escala de Braden uma maior pontuação significa menor risco de desenvolver UPP. Neste caso rejeita-se a hipótese nula, considerando-se que os utentes que apresentam enunciado do diagnóstico UPP já tinham, aquando da avaliação do grau de risco, maior risco de desenvolver UPP, segundo a escala de Braden.

Os resultados obtidos quanto à relação da escala de Braden e a presença de UPP, estão em concordância com a literatura, pois a escala segundo a sua autora Braden (2005) possui um alto grau de confiabilidade intra-avaliador (r^2 Pearson = 0,99; índice de concordância = 88%) para enfermeiros, sendo eficaz na identificação de utentes em risco de vir a desenvolver UPP.

A tabela subsequente apresenta as estatísticas descritivas obtidas relativamente à pontuação da escala de Braden, quanto à existência de PC, sexo, classe etária, grau de parentesco, escolaridade do PC e condição perante o trabalho (Tabela 16).

Tabela 16.

Estatísticas descritivas da pontuação na escala Braden, quanto à existência, idade, escolaridade, situação profissional e grau de parentesco do PC com o dependente

Variáveis	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Existência de PC					
Sim	139	9	23	17,46	3,592
Não	14	17	21	19,86	1,351
Sexo					
Masculino	21	11	22	18,24	2,998
Feminino	118	9	23	17,32	3,682
Idade					
Classe etária (20-64 anos)	82	9	23	16,55	3,811
Classe etária (≥ 65 anos)	57	11	23	18,77	2,797
Grau de Parentesco					
Filhos/filhas	50	9	23	16,50	3,727
Cônjuge	46	11	22	18,98	2,654
Outro Parentesco	18	10	23	17,56	3,518
Sem parentesco	25	9	22	16,52	4,073
Escolaridade					
Sem escolaridade	18	11	21	18,50	2,662
Com escolaridade	121	9	23	17,31	3,694
Condição perante o trabalho					
Ativos	37	9	22	15,97	3,940
Não ativos	102	9	23	18,00	3,315

Pela tabela anterior concluímos que os utentes dependentes que possuem PC, têm um pontuação média na escala de Braden mais baixa, $17,46 \pm 3,592$, enquanto que os utentes que não o possuem apresentam uma média mais alta, $19,86 \pm 1,351$. Relativamente ao sexo do PC, são as mulheres que cuidam de utentes dependentes com menor pontuação média na escala de Braden $17,32 \pm 3,682$. Quanto à idade do PC são os mais jovens (classe etária 20-64 anos) que têm a seu cargo dependentes com média de pontuação na escala de Braden mais baixa de $16,55 \pm 3,811$. No grau de parentesco do PC com o utente são os filhos/filhas que apresentam médias de pontuação menores $16,50 \pm 3$ na escala de Braden. Os PC com escolaridade prestam cuidados a utentes com média de pontuação na escala de Braden mais baixa, $17,31 \pm 3,694$. Em relação à condição perante o trabalho dos PC constata-se que aqueles que se enquadram na

população ativa têm a cargo utentes com média de pontuação mais baixa $15,97 \pm 3,940$, contra $18,00 \pm 3,315$ dos não ativos. Concluimos que os utentes dependentes em estudo, que apresentam uma menor média de pontuação na escala de Braden, conseqüentemente maior risco de desenvolverem UPP, possuem PC do sexo feminino, cuja idade se encontra entre os 20e os 64 anos, são cuidados pelos seus filhos, com escolaridade e pertencem à população ativa.

Para testar a hipótese 2 procedemos ao cruzamento entre a pontuação da escala de Braden e as variáveis atributo relativas ao PC dos dependentes em estudo, utilizamos os testes MW, KW e o teste t como se pode observar na tabela 17.

Tabela 17.
Resultados dos testes estatísticos relativo à hipótese 2

Variáveis	Teste	Valor do teste	df	p
Pontuação da escala de Braden /Existência de PC	M-W	592,50		0,015
Pontuação da escala de Braden /Sexo	KW	6876	3	0,076
Pontuação da escala de Braden/ Idade do PC	Teste t	-3,965	136,563	0,000
Pontuação da escala de Braden /Escolaridade do PC	M-W	943,500		0,358
Pontuação da escala de Braden/Condição perante o trabalho	Teste t	-3,026	137	0,003
Pontuação da escala de Braden /Grau de parentesco com o utente	KW	12,862	3	0,005

Legenda: KW - Kruskal-Wallis; M-W – Mann-Whitney ; df – Grau de liberdade; p - probabilidade

De acordo com os resultados estatísticos, não se constataram diferenças significativas entre as médias da escala de Braden das categorias da variável do sexo ($p=0,076$) e escolaridade do PC ($p=0,358$), confirmando-se assim a hipótese nula.

Já relativamente à análise das médias da pontuação da escala de Braden pelas categorias da variável existência de PC registaram-se diferenças significativas sob o ponto de vista estatístico ($p=0,015$). Observa-se que os utentes que não têm PC apresentam uma média de posição de 104,18 contra 74,26 dos que possuem PC. Ou seja, os primeiros têm uma maior pontuação na escala de Braden, logo menor risco de UPP. Conclusões semelhantes extraímos da análise das médias obtidas na escala de Bradem pelas classes etárias da variável idade dos prestadores de cuidados. Assim, os prestadores de cuidados com 65 e mais anos de idade registaram uma pontuação média na escala de 18,77 pontos, superior à pontuação média observada para os PC que pertencem à classe etária entre os 20 e os 64 anos (16,55). Estas diferenças observadas nas médias são altamente significativas ($p=0,000$). Isto significa que os PC com 65 e mais anos cuidam de dependentes com maior pontuação na Escala de Braden e

menor risco de UPP. Relativamente à condição perante o trabalho dos PC constatamos diferenças significativas sob o ponto de vista estatístico ($p=0,003$), em que os PC ativos obtiveram uma média na escala de Braden de 15,97 e os não ativos de 18, ou seja os PC que fazem parte da população ativa assumem os cuidados a utentes com maior risco na Escala de Braden. Quanto ao grau de parentesco verificaram-se diferenças significativas ($p=0,005$) em que os cônjuges cuidam de dependentes com maior pontuação na escala de Braden, ou seja com menor risco de desenvolver UPP. Por outro lado os filhos cuidam de dependentes com menor pontuação na escala de Braden, ou seja maior risco de desenvolver UPP. Nestes casos rejeitamos a hipótese nula formulada.

Muitos dos idosos dependentes usufruem de cuidados de pessoas sem formação profissional específica. Essas pessoas são, primordialmente, familiares, na sua maioria, mulheres. Porém, muitas vezes essa responsabilidade fica delegada a pessoas contratadas pela família, ou voluntários (Duarte & Diogo, 2000).

Rezende, Derchain e Botega (2008) relatam num estudo que a maioria dos utentes indica como cuidador principal os filhos.

De acordo com os resultados obtidos são os PC, cuja situação perante o trabalho é ativa, que cuidam de dependentes com maior risco de desenvolverem UPP segundo a escala de Braden o que representa uma sobrecarga para estes cuidadores e o acompanhamento destes dependentes pode ser negligenciado.

Neste contexto, torna-se cada vez mais necessário um apoio consistente e integrado a estes indivíduos, quer por parte dos profissionais de saúde, quer por parte dos seus familiares. Estes são cada vez mais chamados e orientados para colaborar na continuidade da prestação dos cuidados, passando a realizar um conjunto de tarefas que até então tinham sido desempenhadas pelos profissionais dos serviços de saúde (Santos, 2004).

Passamos a apresentar os resultados relativos aos testes estatísticos efetuados para testar a hipótese 3 (χ^2), entre a variável grau de risco com as variáveis atributo dos dependentes (Tabela 18).

Tabela 18.

Resultados dos testes estatísticos relativo à hipótese 3

Variáveis	Teste	Valor do teste	df	p
Grau de risco da escala de Braden /Sexo	χ^2	3,646	1	0,061
Grau de risco da Braden /Classe etária	χ^2	7,921	3	0,048
Grau de risco da escala de Braden /Área geográfica	χ^2	1,816	4	0,769
Grau de risco da escala de Braden / Situação quanto à Institucionalização	χ^2	0,291	1	0,590
Grau de risco da escala de Braden /Enunciado do diagnóstico UPP	χ^2	15,484 NF	1	0,000

Legenda: χ^2 – Qui- Quadrado NF – Não Fiável

Não se verificaram diferenças significativas no cruzamento entre as variáveis grau de risco da escala de Braden e o sexo ($p=0,061$), a área geográfica onde o dependente reside ($p=0,769$) e a sua situação quanto à institucionalização ($p=0,590$).

Podemos verificar que existe uma relação significativa entre o grau de risco segundo a escala de Braden e a classe etária dos dependentes ($p=0,048$), em que a proporção de idosos com mais de 85 anos, que se enquadra na categoria de alto risco é superior à das outras classes etárias, tendo obtido um resíduo ajustado (RA) de +2,7 casos do que o esperado nessa classe. A classe etária dos idosos de meia idade (75-84 anos) é a que apresenta a menor proporção de dependentes que se enquadram na classe de alto risco (-2,2 de RA). As outras classes etárias obtiveram também RA negativos, embora mais baixos. Seria esperado que a classe etária do 40 aos 64 obtivesse menor proporção de participantes com alto risco o que não se verificou (RA de -2), explicado pela existência neste grupo de indivíduos paraplégicos.

Constatamos que existe uma relação altamente significativa entre o grau de risco segundo a escala de Braden e o enunciado de diagnóstico de UPP ($p=0,000$), em que os utentes que apresentam UPP enquadram-se na categoria de alto risco, tendo obtido um RA de +3,9 casos do que o esperado. Embora se tenham verificado diferenças altamente significativas, o teste de χ^2 não é fiável, porque existem mais de 20% das células com menos de 5 casos.

Passamos a apresentar na tabela 19 os resultados relativos aos testes estatísticos efetuados para testar a hipótese 4 (χ^2), entre a variável grau de risco e as variáveis atributo dos PC dos dependentes em estudo.

Tabela 19.

Resultados dos testes estatísticos relativo à hipótese 4

	Teste	Valor do teste	Df	p
Grau de risco da escala de Braden /Existência de PC	χ^2	7,261 NF	1	0,005
Grau de risco da escala de Braden /Sexo do PC	χ^2	0,040	1	0,061
Grau de risco da escala de Braden/ Idade do PC	χ^2	13,274	1	0,000
Grau de risco da escala de Braden /Escolaridade do PC	χ^2	5,279	1	0,032
Grau de risco da escala de Braden /condição perante o trabalho do PC	χ^2	10,216	1	0,002
Grau de risco da escala de Braden /Grau de parentesco	χ^2	12,210	3	0,007

Legenda: NF – Não fiável; χ^2 – Qui- Quadrado

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas no cruzamento entre a variável grau de risco da escala de Braden e o sexo do PC ($p=0,061$), tendo-se confirmado a hipótese delineada.

Observamos que existe uma relação muito significativa entre o grau de risco segundo a escala de Braden e a existência de PC ($p=0,005$), mas o teste de χ^2 é não fiável.

Verificamos que existe uma relação altamente significativa entre o grau de risco segundo a escala de Braden e a classe etária do PC ($p=0,000$), em que a proporção de PC adultos/meia idade que cuidam de utentes com a categoria de alto risco na escala de Braden é superior (RA de +3,6) à proporção de PC idosos com idade maior ou igual a 85 anos (RA de -3,6). Ou seja os PC mais novos estão a cuidar de dependentes com maior grau de risco de UPP.

Constatamos que existe uma relação significativa entre o grau de risco segundo a escala de Braden e a escolaridade do PC ($p=0,032$), em que a proporção de PC com escolaridade que prestam cuidados aos utentes com a categoria de alto risco (RA de +2,3) é superior à dos PC sem escolaridade (RA de -2,3), significando que os PC com escolaridade cuidam de dependentes com maior risco.

Existe uma relação muito significativa entre o grau de risco segundo a escala de Braden e a condição do PC perante o trabalho ($p=0,002$), em que a proporção de PC ativos, que prestam cuidados aos utentes com a categoria de alto risco (RA +3,2) é superior à dos PC não ativos (RA -3,2).

Verificamos que existe uma relação muito significativa entre o grau de risco segundo a escala de Braden e o grau de parentesco ($p=0,007$), em que a proporção de filhos dos dependentes que prestam cuidados aos utentes com a categoria de alto risco (RA de +2,4) é superior à dos cônjuges (RA de -3,1) e dos outros parentescos, ou seja a proporção de filhos que cuida de dependentes de alto risco é superior à de todos os outros parentescos.

Mesmo nos países em que os serviços formais asseguram proporções consideráveis de cuidados, estes não substituem o papel da família (Kroger, 2001). Esta mantém-se a célula base de referência das sociedades modernas.

Presença do foco de atenção de enfermagem UPP

Quanto à presença de UPP 10 utentes desenvolveram UPP, assim a prevalência total encontrada para a úlcera foi de 4%. A realidade em Portugal, segundo Gouveia et al. (2004), é escassa em dados relativos a taxas de prevalência e incidência em meio hospitalar ou em CSP. Um estudo de prevalência sobre UPP com abrangência ao meio hospitalar, lares e CSP em simultâneo, que foi realizado nos arquipélagos dos Açores, Madeira e ilha da Gran Canaria em 2006, pelo Grupo de Investigação Científica em Enfermagem (ICE), com uma amostra de 1.186 indivíduos, obteve uma prevalência geral de 14,2% e, especificamente, nos Açores de 9%, devendo realçar-se que a maior prevalência foi encontrada a nível dos CSP (Grupo ICE, 2008). Esta discrepância entre a prevalência de UPP apurada no nosso estudo, e a obtida pelo Grupo ICE, pode dever-se ao tamanho da amostra ser muito diferente e às características das diferentes regiões geográficas.

Podemos verificar pela tabela subsequente que em termos percentuais a úlcera incidiu mais nos utentes do sexo masculino. Relativamente à idade pode-se constatar que os 10 utentes com UPP apresentam uma idade média de 88,5 anos; enquanto os utentes sem UPP apresentam uma idade média inferior (80, 2 anos).

Para a escala de Braden, observaram-se pontuações médias de $12,0 \pm 2,30$ pontos e $17,85 \pm 3,31$ pontos, respetivamente, para os utentes com e sem UPP. Os resultados evidenciaram que, à medida que aumenta a pontuação média obtida na avaliação pela escala de Braden, menor número de pessoas tem UPP.

Tabela 20.

Distribuição por sexo, idade e pontuação da escala de Braden de acordo com a presença de UPP

	Presença de UPP			
	Sim		Não	
	N	%	N	%
Sexo				
Masculino	5	5,8	81	94,2
Feminino	5	3,4	144	96,6
Idade	M=	DP	M=	DP
(anos)	88,5	(±6,79)	80,20	(±10,1)

M= Média; DP= Desvio padrão

Analisando a presença de UPP por sexo concluímos que houve um ligeiro predomínio nos indivíduos do sexo masculino (5,8 e 3,4% respetivamente para homens e para mulheres). A literatura temática não é consensual quanto à influência da variável sexo na origem de UPP. Segundo Blanes, Duarte, Cali e Ferreira (2004) não são encontrados dados consistentes que relacionem a presença de úlcera com o sexo.

Relativamente aos locais onde as UPP se desenvolveram ou foram identificadas pela equipa de saúde e tendo em conta os 10 utentes portadores de UPP, verificamos que 7 foram identificadas no domicílio e 3 foram-no em hospitais.

Os dez utentes portadores de úlceras tinham, em média, 2,10 UPP com um total de 21 lesões observadas. Verificou-se que alguns utentes eram acometidos por mais de uma úlcera. Assim, 6 utentes apresentavam 2 ou mais UPP. A caracterização das UPP que os utentes apresentavam, quanto à localização e classificação do grau da UPP, consta da tabela 21.

diagnosticadas no hospital e regressarem para o domicílio nesse estadio, e ainda devido a fatores intrínsecos não controláveis pela equipa de saúde. É de salientar que o custo global do tratamento de uma UPP grau IV é 10 vezes superior ao de uma úlcera grau II (Xakellis & Frantz, 2006). Segundo o NPUAP (2007), a prevalência de UPP em Hospitais Gerais em todo o mundo é de 3% a 15%, em utentes crónicos é de 15% a 25% e em utentes sob cuidados domiciliários de 7% a 12% (EPUAP/NPUAP, 2009). Comparando estes limites com a prevalência de UPP no nosso estudo verificamos que o intervalo apontado para os cuidados domiciliários é muito superior ao valor por nós obtido no nosso estudo.

No entanto, apesar da prevalência ser baixa em relação a outros estudos, estes resultados ainda evidenciam a necessidade de desenvolver os conhecimentos da família/cuidador informal sobre a prevenção das UPP (EPUAP/NPUAP, 2009) (designadamente aos níveis da avaliação e cuidados à pele, posicionamentos, mobilizações e nutrição adequada); bem como a importância da articulação entre os vários níveis de atenção à saúde e a estrutura familiar com vista à continuidade dos cuidados.

Relativamente à região anatómica e grau de severidade das 21 UPP por nós encontradas verificou-se que a região sacrococcígea e calcâneos foram as mais afetadas, seguidas pelas zonas trocântéricas e região posterior dorsal.

Numa investigação realizada com o objetivo de identificar a frequência e classificação das UPP em 10 222 cadáveres os autores concluíram por uma localização predominante sobre o sacro (em 69,6% dos casos) com graus avançados de UPP nessa região anatómica (Tsokos, Heinemann, & Püschel, 2000). De acordo com os relatórios de prevalência de UPP nos serviços de saúde australianos o cóccix/sacro e calcâneo continuam a ser os locais mais comuns para o desenvolvimento de UPP (Australian Department of Health, 2006), o que vai de encontro aos resultados do nosso estudo.

A grande maioria dos utentes não institucionalizados tem familiares que lhe prestarem cuidados informais (87.8%). Numa sociedade manifestamente envelhecida a presença de cuidadores informais assume particular relevância (Lage, 2007b). Estes cuidadores são pessoas, a maioria das vezes, familiares que se responsabilizam ou apoiam a assistência a pessoas idosas ou com necessidades especiais.

Para testar a hipótese número 5, relativa à correlação entre a variável pontuação da escala de Braden e a idade dos utentes, apresentamos a tabela 22.

Tabela 22.

Resultados dos testes estatísticos relativo à hipótese 5

Variáveis	Valor da correlação de Pearson	p
Pontuação total da escala Braden/ Idade dos utentes	-0,209	0,03

Pela análise da tabela anterior verificamos que as variáveis pontuação total da escala Braden e idade dos utentes estão correlacionadas ($p=0,03$), embora com baixa intensidade entre si. O valor do teste ($r=-0,209$) alerta-nos para o facto de a correlação ser negativa; ou seja à medida que aumenta a idade, diminui a pontuação da escala, isto é, aumenta o risco de desenvolvimento de UPP.

O relacionamento linear entre o aumento da idade dos utentes e o da ocorrência da UPP tem sido encontrado em vários estudos. Além da prevalência das condições crónicas que levam à diminuição da capacidade funcional nos idosos, a própria fisiologia do envelhecimento contribui para elevar o risco. O envelhecimento também afeta todos os estágios da cicatrização, independentemente das comorbilidades que, por si mesmas, também interferem no processo de reparação tecidual (Stotts & Hopf, 2005)

O envelhecimento constitui um fator de risco para a formação de UPP. Com o avançar da idade, a pele apresenta sinais de involução que se tornam mais evidentes por volta dos 65 anos de idade, quando se alteram estruturalmente, numérica e funcionalmente os componentes das três camadas da pele (Dealey, 2008).

Alguns estudos relatam risco elevado de úlceras em pessoas com mais de 75 anos, devido às alterações decorrentes do envelhecimento cutâneo, alterações vasculares e redução da capacidade imunológica de defesa (Wada, Neto, & Ferreira, 2010). De facto a idade é referida como fator de risco para o desenvolvimento de úlcera, evidência constatada por diversos estudos (Bergstrom, Braden, Kemp, Champagne & Ruby, 1996).

No que respeita à população portuguesa, foi estabelecida esta correlação para idade igual ou superior a 70 anos (Ferreira et al., 2007).

Procedemos ainda ao cruzamento das subescalas da escala de Braden e a pontuação total, para testar a hipótese número 6, que apresentamos na tabela seguinte.

Tabela 23.

Resultados dos testes estatísticos relativos à hipótese 6

	Valor da Correlação R de <i>Pearson</i>	p
Braden: Condição Física/ Pontuação total	0,807	0,000
Braden: Atividade / Pontuação Total	0,863	0,000
Braden: Humidade/ Pontuação Total	0,817	0,000
Braden: Estado mental/ Pontual Total	0,816	0,000
Braden: Mobilidade/ Pontual Total	0,823	0,000
Braden: Nutrição/ Pontual Total	0,251	0,000

Para se verificar se existia correlação entre a pontuação de cada uma das subescalas e a pontuação total da escala de Braden recorremos ao teste de *Pearson*, tendo constatado que se verificam diferenças altamente significativas em todos os cruzamentos, ou seja existe relação entre cada uma das subescalas e a pontuação total. No entanto, a intensidade varia entre 0,251 (baixa) e 0,863 (alta). A relação entre a subescala nutrição e a pontuação total da escala de Braden é por isso a de mais baixa intensidade. Por sua vez, a intensidade das restantes subescalas é de alta, sendo que a relação entre a subescala atividade é aquela que possui intensidade mais elevada, explicando 74,5% da variância da pontuação da escala total.

A literatura é consensual quanto à capacidade preditiva da escala de Braden, em todas as subescalas, mas é indispensável investigar como a assistência e acompanhamento desse tipo de problemática está a ser conduzida pelos enfermeiros e quais as dificuldades enfrentadas por estes para classificarem os utentes em risco de desenvolverem UPP através da escala de Braden, já considerada através de estudos como uma das mais simples e sensíveis. Foi o que foi feito no presente estudo. De acordo com os nossos resultados o fator nutrição é aquele que menos contribui para o desenvolvimento das UPP, o que não está de acordo com a bibliografia consultada (Caliri & Castilho, 2005; Dealey, 2008; Landi et al., 2007). Esta discrepância pode estar relacionada com a ausência de outros determinantes que permitam diagnosticar de forma mais eficaz o estado nutricional do dependente. Cabe ressaltar que as proteínas são os nutrientes relacionados ao sistema imunológico e integrantes dos tecidos corporais. Assim, a presença de desnutrição protéica acarreta lesões de pele e músculo, além de dificultar o processo de reparação de tecidos lesados (Caliri & Castilho, 2005). Além disso, sabe-se que o estado nutricional reduzido prejudica a elasticidade da pele e, a longo prazo,

acarreta anemia e redução de oxigênio das células (Dealey, 2008). É consenso que a nutrição é fator de extrema importância para prevenção e tratamento das UPP (Landi et al., 2007).

CONCLUSÃO

O presente estudo está alicerçado na correlação positiva entre o risco e presença de UPP e a dependência e desta com o envelhecimento, pretendendo caracterizar os cuidadores e como cuidam dos dependentes e a forma como os enfermeiros documentam todos os cuidados inerentes a esta problemática.

Com este estudo não podemos estabelecer uma relação direta entre a não-documentação de determinados aspetos dos cuidados e a ausência da sua prestação, uma vez que as conclusões foram retiradas a partir da informação documentada no SAPE e não a partir da observação dos cuidados prestados.

Compartilhamos a opinião de Petronilho (2009) ao considerar que “os indicadores de enfermagem serão sempre outputs daquilo que decorre da acção de documentação dos enfermeiros, sendo esta, uma actividade indirecta dos cuidados” (p. 36) e ao afirmar que se os enfermeiros não documentam os cuidados, não conseguem produzir indicadores que indiquem o contributo particular do nosso exercício profissional no contexto multiprofissional em que decorrem os cuidados de saúde. E segundo Lang (1992, como citado em Jesus, 2005) “...se nós não formos capazes de designar pelo nome as “coisas” da enfermagem (diagnósticos, necessidades, potencialidades, intervenções, resultados), não poderemos controlá-las, financiá-las, ensiná-las, investigá-las ou inclui-las nas decisões sobre as políticas da saúde” (p. 48).

A necessidade da equipa de saúde em conhecer as causas e fatores de risco para o desenvolvimento de UPP permitiu que hoje, exista uma vasta gama de instrumentos para a avaliação de risco para o desenvolvimento de lesões dermatológicas nos utentes, além de sistematizações preventivas e paliativas (Rocha & Barros, 2007).

O conhecimento que temos pode ser aprimorado ao longo da vida, pois conhecimento é um processo que caminha de um ponto menor a um maior sem que tenha um ponto final, ou limitações; com ele são geradas informações que são de grande valia para a humanidade. Sabendo onde buscar o conhecimento e como e quando utilizá-lo é que se faz a diferença de um indivíduo para o outro (Souza, 2004).

Terminado este percurso de investigação, importa reflectir sobre os resultados e conclusões obtidas com base nos objetivos, questões de investigação e hipóteses por nós formuladas.

Quanto ao perfil do dependente inscrito na UCSP de Murça, pode dizer-se que é mulher (64,9%), pertence à classe etária dos 85 e mais anos (42,1%), viúva (53%), reside na área geográfica de Murça (26,7%)

Por sua vez o perfil do PC é um indivíduo maioritariamente do sexo feminino (83%), pertence à classe etária dos 20-64 anos (59,7%), é filho/filha (36,5%) do dependente, possui algum grau de escolaridade (87,4%) e pertence à população não ativa (72%). Salientamos o facto de 15,7% dos PC não terem qualquer grau de parentesco com os dependentes, sendo constituído por famílias de acolhimento e da condição perante o trabalho não-ativa incluir domésticas (n=52) e reformados (n=62). Relativamente à documentação dos cuidados de enfermagem no SAPE, os programas de saúde a que os dependentes estão associados, os resultados evidenciaram que predomina o programa de saúde do Idoso (68%), seguido pelo programa de saúde Grupo de risco Hipertensão (52,6%). A frequência do **foco de atenção de enfermagem UPP** nos processos clínicos: UPP foi alvo da atenção dos enfermeiros em 84.2% do total de utentes participantes no estudo. Observamos que não se obtiveram registos de foco de atenção de enfermagem UPP em 15,8% dos utentes, que têm associado o programa de saúde dependentes. O enunciado do diagnóstico de **Risco de UPP** encontra-se documentado em 98.6% dos dependentes, classificados em Alto risco (33%) e Baixo risco (67%) de desenvolver UPP através da escala de Braden e a pontuação média da escala obtida foi de $17,55 \pm 3,51$.

As intervenções de enfermagem dirigidas a este enunciado foram as seguintes:

- “Monitorizar risco de UPP através da escala de Braden”, que foi prescrita a 39% dos utentes. Contudo, obtivemos dados da monitorização de risco e UPP, em 80,1% dos dependentes, em contatos anteriores e não foi documentada a 5,3% dos casos;
- “Vigiar sinais de UPP” prescrita a 12.5% d dos dependentes;
- “Vigiar a pele”, prescrita a 3,4% dos dependentes;

No que diz respeito à taxa de efetividade de diagnóstico de **Risco de UPP** é de 100%, todos os utentes com UPP tinham documentado o risco de UPP através da escala de Braden, no SAPE, com data anterior à da presença de UPP.

Quanto ao enunciado do diagnóstico **Presença de UPP** foi documentada em 4% dependentes a que corresponde a taxa de prevalência da nossa população, muito inferior comparativamente à prevalência obtida em outros estudos.

As intervenções de enfermagem documentadas face a este diagnóstico foram as seguintes:

- “Executar tratamento à UPP” foi identificada em 90% das situações;
- “Vigiar a UPP” prescrita em 80% dos processos de enfermagem clínicos;
- “Monitorização da UPP, descrita em 50% portadores de UPP;
- “Vigiar o penso” foi documentada em 40% dos casos.

No que se refere à localização anatómica das UPP e sua classificação constatamos que as localizações mais frequentes são a região sacrococcígea (24%) e os calcâneos (24%) Na nossa amostra a região onde se desenvolveram menos UPP foi a região posterior dorsal (5%).

Do total de 21 UPP quanto à sua classificação observamos 33,3% são de grau moderado (III) e muito elevado (IV), 28,6% de grau elevado e 4,8% de grau reduzido.

- Quanto à **integridade referencial dos dados** a principal conclusão que extraímos dos dados em análise é a existência de algumas lacunas nas intervenções prescritas face aos diagnósticos previamente identificados, o que pode comprometer a qualidade dos cuidados prestados, a atualização dos enunciados de diagnóstico e, conseqüentemente, as intervenções a prescrever, bem como a leitura dos resultados sensíveis aos cuidados dos enfermeiros.

Relativamente às hipóteses de investigação com relevância estatística concluímos que:

- Parece existir relação de dependência entre a pontuação da escala de risco de Braden e as variáveis:
 - Presença de UPP;
 - Existência de PC;
 - Classe etária dos PC;
 - Condição perante o trabalho do PC;
 - Grau de parentesco.

- Constata-se a existência de relações de dependência entre a variável grau de risco da escala de Braden (alto/baixo risco) e as variáveis:
 - Classe etária dos dependentes;
 - Classe etária dos PC;
 - Escolaridade dos PC;
 - Condição perante o trabalho dos PC;
 - Grau de parentesco.

Aparenta existir correlação negativa entre a pontuação total da escala de Braden e a idade dos dependentes, tendo-se verificado que à medida que aumenta a idade, diminui a pontuação da escala, isto é, aumenta o risco de desenvolvimento de UPP.

Parece existir correlação entre a pontuação de cada uma das subescalas da Escala de Braden e a sua pontuação total. O fator nutrição parece ser o que menos influencia a variação da pontuação total, contrariando a bibliografia consultada. Por sua vez, o fator atividade é aquele que possui intensidade mais elevada, explicando 74,5% da variância da pontuação da escala total.

Não se constatarem diferenças estatísticas significativas entre o cruzamento das variáveis da pontuação e do grau de risco segundo a escala de Braden como sexo do dependente, o seu estado civil, área geográfica onde residem, situação quanto à institucionalização, e sexo do PC, pelo que estas variáveis não se mostraram discriminativas na análise.

Contudo, este estudo tem algumas limitações. Em primeiro lugar salientamos o facto de se tratar de um tipo de estudo transversal, que não nos permite observar se os resultados se manteriam ou não com o decorrer do tempo e estabelecer relações de causalidade. Em segundo lugar, outra das limitações reside na reduzida dimensão da nossa população, que não nos permitiu ter em conta alguns testes realizados, pois não eram fiáveis.

Segundo Fernandes e Caliri (2000), os enfermeiros precisam estar habilitados para interagir como os sistemas de prestação de serviços do futuro, colaborando na criação de soluções para utentes dependentes e na melhoria no cuidado destes. Mas para isso há necessidade no aumento da busca pela produção científica e sua utilização, visando otimizar a qualidade da assistência. Focalizando sua atenção na busca persistente pelo conhecimento, o enfermeiro poderá direccionar seu cuidado sem comprometer a integridade do paciente.

Tendo em consideração as finalidades deste trabalho que foi realizado em contexto de prestação de cuidados temos a responsabilidade e o dever de divulgar os resultados deste estudo a todos aos elementos da equipa de enfermagem do CS de Murça, bem como ao Diretor Executivo do ACeS Douro1-Marão e Douro Norte, Coordenadora da UCCM e Coordenador da UCSP de Murça e propor sugestões de melhoria. Está já programada com a responsável da formação em serviço da unidade, a realização de uma formação em serviço, de acordo com as necessidades já identificadas.

Face aos resultados obtidos, dadas as lacunas identificadas na documentação é de todo pertinente elaborar um guia orientador de avaliação clínica e decisão terapêutica na prevenção das UPP (*Apêndice G*), a fim de se melhorar o processo de documentação e, por conseguinte, a qualidade dos cuidados prestados.

Espera-se com esta pesquisa contribuir para o aperfeiçoamento da atuação e uma maior reflexão dos profissionais da área da saúde, especialmente os enfermeiros, que lidam diretamente com o cuidado e têm a responsabilidade de se atualizarem e aplicar medidas preventivas reduzindo, assim, os casos de UPP e também dos gestores para que possam desenvolver políticas para promover a qualidade dos cuidados a esta população, oferecendo condições de trabalho à equipa multiprofissional que cuida destes utentes no seu domicílio.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adam, E. (1994). *Ser enfermeira*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Agüero-Torres, Strauss, E., Viitanen, M., Winblad, B., & Fratiglioni, L. (2001). Institutionalization in the elderly: The role of chronic diseases and dementia. Cross-sectional and longitudinal data from a population-based study. *Journal of Clinical Epidemiology*, 54, 795-801.
- Araújo, I., Paúl, C., & Martins, M. (2011). Viver com mais idade em contexto familiar: Dependência no auto cuidado. *Revista da Escola Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 45 (4), 869-875.
- Araújo, T.M., Araújo, M.F.M., & Caetano, J.A. (2011). Comparação de escalas de avaliação de risco para úlcera de pressão em pacientes em estado crítico. *Acta Paul Enferm*, 24 (5), 695-700.
- Assis, M. (2004). Aspectos sociais do envelhecimento, in C.P. Caldas, & A.L. Saldanha (Orgs.), *Saúde do idoso: A arte de cuidar* (2ª ed.). Rio de Janeiro: Interciência.
- Australian Department of Health. (2006). *Pressure Ulcer Point Prevalence Surveys (PUPPS 1,2,3)*. Recuperado em 29-12-2012, de <http://www.health.vic.gov.au/pressureulcers/pupps.htm>.
- Bale, S., Teble, N., Jones, V.J., & Price, P.E. (2004). The benefits of introducing a newkin care protocol in patients cared for in nursing homes. *Tissue Viability*, 14 (2), 44-50.
- Barros, S.K.S.A., Anbami, E.H., & Moraes, M.P. (2003). A elaboração de um protocolo para prevenção de úlcera de pressão por enfermeiros em um hospital de ensino. *Revista Nursing*, 6 (63), 29-32.
- Basto, M., & Margão, M. (2001). Práticas de enfermagem: Algumas reflexões sobre o estado de arte da investigação. *Investigação em Enfermagem*, (4), 3-11.
- Berger, L. (1995). Aspectos psicológicos e cognitivos do envelhecimento. In L. Berger, & D. Mailloux-Poirier, *Pessoas idosas: Uma abordagem global. Processo de enfermagem por necessidades* (Cap. 10, pp. 157-197). Lisboa: Lusodidacta.
- Bergstrom, N., Bennett, M.A., & Carlson, C.E. (1995). Pressure ulcer treatemt guide: Quick reference for clinicians. *Adv. Wound Care*, (15)
- Bergstrom, N., Braden, B., Kemp, M., Champagne, M., & Ruby, E. (1996). Multi-site study of incidence of pressure ulcers and the relationship between risk level, demographic characteristics, diagnoses, and prescription of preventive interventions. *J Am Geriatr Soc*, 44 (1), 22-30.
- Blanes, L., Duarte, I., Calil, J., & Ferreira, L. (2004). Avaliação clínica e epidemiológica das úlceras por pressão em pacientes internados no hospital São Paulo. *Rev Assoc Med Bras*, 50 (2), 182-187.

- Blanes, L., Yosbitome, A.Y., & Ferreira, L.M. (2003). Úlcera por pressão: Utilizando instrumentos de avaliação de risco como estratégia para a prevenção. *Revista Estima*, 1 (3), 37-45.
- Braden, B., & Bergstron, N. (1987). A conceptual schema for the study of the etiology of pressure sore. *Rehab Nurs*, 12 (1), 8-12.
- Braden, B.J., & Maklebust, J. (2005). Preventing pressure ulcers with the Braden Scale. *AJN*, 105 (6), 70-62
- Brandão, E.S., Mardelbaum, M.H.S., & Santos, I. (2013). Um desafio no cuidado em enfermagem: Prevenir úlceras de pressão no cliente. *Revista de Pesquisa: Cuidado Fundamental Online*, 5 (1), 3221-3228.
- Brassard, M. (1994). Qualidade. *Ferramentas para uma melhoria continua*. Rio de Janeiro: Quality Mark Ed.
- Brem, H., Nierman, D.M., & Nelson, J.E. (2002). Pressure ulcers in the chronically critically ill patient. *Crit Care Clin*, 18, 683-694.
- Brito, L. (2001). *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*. Coimbra: Quarteto.
- Brody, E. (1985). Parent care as a normative family stress. *The Gerontologist*, 26 (1), 19-29.
- Caldas, C.P. (2003). Envelhecimento com dependência: Responsabilidades e demandas da família. *Cadernos de Saúde Pública*, 19 (3), 773-781.
- Caliri, M.H.L., & Castilho, L.D. (2005). Úlcera de pressão e estado nutricional: Revisão de literatura. *Rev Bras Enferm.*, 58 (5), 597-601.
- Caliri, M.H.L., & Chayamiti, E.M.P.C. (2010). Úlcera por pressão em pacientes sob assistência domiciliária. *Acta Paulista de Enfermagem*, 23 (1), 29-34.
- Catania, K., Huang, C., James, P., Madison, M.M., & Ohr (2007). Wound wise: PUPPI: The pressure ulcer prevention protocol interventions. *American Journal of Nursing*, 107 (4), 44-52.
- Cervo A., & Bervian T. (1996). *Metodologia científica* (4ª ed). São Paulo: Editora Afiliada.
- CIE. Conselho Internacional de Enfermeiros (2002). *Classificação internacional para a Prática de Enfermagem CIPE/ICNP. Beta 2* (2ª ed.). Lisboa: APE.
- CIE. Conselho Internacional de Enfermeiros (2006). *Classificação internacional para a Prática de Enfermagem CIPE versão 1*. Lisboa: OE.
- CIE. Conselho Internacional de Enfermeiros (2011). *Classificação internacional para a Prática de Enfermagem CIPE versão 2*. Lisboa: OE.
- CIE. Conselho Internacional de Enfermeiros (2009). *Linhas de orientação para a elaboração de catálogos CIPE*. Lisboa: OE.
- Collière, M.F. (2003). *Cuidar... a primeira arte da vida* (2ª ed.). Loures: Lusociência.

- Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas. (2007). Requisitos uniformes para manuscritos a revistas médicas: Norma de vancouver. *Rev Port Clin Geral*, 23, 778-798.
- Consortium For Spinal Cord Medicine (2000). *Pressure ulcer prevention and treatment following spinal cord injury: a clinical practice guideline for health-care professionals*, 1-79
- Correia, F., & Dias, P. (2012). Avaliação nutricional em idosos dependentes: Escalas e rastreio nutricional. *Journal of Tissue Regeneration & Healing*, (1), 32-37.
- Costa, I.G. (2003). *Incidência de úlcera de pressão e fatores de risco relacionados em pacientes de um centro de terapia intensiva. Dissertação de mestrado em enfermagem fundamental*, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Brasil.
- Dealey, C. (1996). *Cuidando de feridas: Um guia para as enfermeiras*. São Paulo: Atheneu.
- Dealey, C. (2008). *Cuidando de feridas: Um guia para enfermeiras (3ª ed.)*. São Paulo: Atheneu.
- Declair, V. (2002). Escaras de decúbito: Prevenção e tratamento. *Revista Nursing*, 5 (53), 5-6.
- Decreto-Lei n.º 101/2006*, de 6 de junho. Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Diário da República, 109. Série I-A.
- DGS. (2004). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: Autor.
- DGS. (2011). *Escala de Braden: Versão adulto e pediátrica (Braden Q)*. Lisboa: Autor.
- Donini, L.M., Felice, M.R., Tagliacica, A., Bernardini, L., & Cannella, C. (2005). Nutritional status and evolution of pressurores in geriatric patients. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 9 (6), 446-454.
- Duarte, Y. A. O., & Diogo, M.J.D. (2000). *Atendimento domiciliar: Um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu.
- Duarte, Y.A., & Diogo, M.J.D. (2000). *Atendimento domiciliar: Um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu.
- EPUAP/NPUAP. European Pressure Ulcer Sdvisory Panel. (2009). *Prevenção das úlceras de pressão: Guia de consulta rápida*. Autor.
- Ermida, J.G. (1999). Processo de envelhecimento. In *O idoso: Problemas e realidade* (Cap. 3, pp. 41-50). Coimbra: Formasau.
- Fernandes, L.M., & Caliri, M.H.L. (2000). Úlcera de pressão em pacientes críticos hospitalizados: Uma revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 19 (2), 25-31.
- Ferreira, P., Miguéns, C. Gouveia, J., & Furtado, K. (2007). *Risco de desenvolvimento de úlceras de pressão: Implementação nacional da escala de Braden*. Loures: Lusociência.

- Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusociência.
- Fortin, M.-F., & Ducharme, F. (2003). Os estudos de tipo correlacional. In M.-F. Fortin, *O processo de investigação: Da concepção à realização* (3ª ed., pp. 173-182). Loures: Lusociência.
- Foster, P.C., & Bennett, A.M. (2000). Dorothea E. Orem. In J. B. George, *Teorias de enfermagem: Os fundamentos à prática profissional* (4ª ed., Cap.7, pp. 83-101). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Furtado C. (2005). Análise da evolução da utilização dos anticoagulantes e antitrombóticos em Portugal Continental entre 1999 e 2003. Lisboa: Observatório do Medicamento e Produtos de Saúde.
- Furtado, K., Flanagan, M., & Pina, E. (2001). *Prevenção e tratamento de úlceras*. Coimbra: Formasau.
- Gomes, F.S.L., & Magalhães, M.B.B. (2008). Úlcera por pressão. In E.L. Borges, S.R.C., Saar, V.L.A.N. Lima, F.S.L. Gomes, & M.B.B. Magalhães, *Feridas: Como tratar* (2ª ed., Cap. 11, pp. 89-113). Belo Horizonte: Coopmed.
- Gomes, F.S.L., Bastos, M.A.R., Matozinhos, F.P., Temponi, H.R., & Velásquez-Meléndez, G. (2010). Fatores associados à úlcera por pressão em pacientes internados nos Centros de Terapia Intensiva de Adultos. *Rev Esc Enferm USP*. 2010, 44 (4), 1070-1076.
- Gomes, L.M. (2008). Prefácio. In Grupo ICE. *Investigação Científica em Enfermagem, Enfermagem e úlceras de pressão: Da reflexão sobre a disciplina às evidências nos cuidados* (pp. 8-13). Angra do Heroísmo: Grupo ICE.
- Gonçalves, C. (2011). Conhecimentos dos prestadores de cuidados na prevenção de úlceras de pressão. *Faculdade de Ciências da Saúde. Universidade Fernando Pessoa*. Recuperado em 14 de janeiro, 2013, de http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2788/3/T_18673.pdf.
- Gouveia, J.C.F., Miguéns, C.I.M., Furtado, K.A.X., & Ferreira, P.L. (2004). Estudo comparativo entre a Escala de Braden e a Escala de Norton. In A.F.S. Amaral, C.A.A. Margato, D.C. Cabral, F.M.D. Henriques, J.M.P. Ferreira, & M.C. Carrajeta (Coords.), *Percursos de investigação* (pp. 87-95). Coimbra: Formasau.
- Grande, N. (2000). Ética e investigação. *Revista Investigação em Enfermagem*, (2), 49-53.
- Grelha, P. (2009). *Qualidade de vida dos cuidadores informais de idosos dependentes em contexto domiciliário*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Grupo ICE. *Investigação Científica em Enfermagem, Enfermagem e úlceras de pressão: Da reflexão sobre a disciplina às evidências nos cuidados*. Angra do Heroísmo: Autor.
- Guerra, I. (1994). *Introdução à metodologia de Projecto*. Lisboa. ISCTE
- Guillén Llera, F.G., & Molino Martin, J.P.M. (1994). *Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico*. Barcelona: Masson.

- Gunningberg, L., & Stotts, N. (2008). Tracking quality over time: What do pressure ulcer data show? *International Journal of Quality in Health Care*, 20 (4), 446-253.
- Hanson, S. (2001). *Enfermagem de cuidados de saúde à família* (2ª ed.). Loures: Lusociência.
- Hulsenboom, M.A. (2004). *Decubitus preventie door de jaren heen. (Prevention of pressure ulcers. A comparasion of the knowledge and used of preventive methods to prevent pressure ulcers, by nurses and health care givers)*. Maastricht: Universiteit Maastricht, Departament Health Care Studies/Section Nursing Science.
- Imaginário, C.I. (2004). *O idoso dependente em contexto familiar: Uma análise da visão da família e do cuidador informal*. Coimbra: Formasau.
- INE. (2003). *Antecedentes, metodologia e conceitos: Censos 2001* Lisboa: Autor.
- INE. (2011). *Censos 2011: Resultados provisórios*. Lisboa: Autor.
- INE. (1994). *Estatísticas demográficas*. Lisboa: Autor.
- INE. (2002). *Estatísticas demográficas 2000*. Lisboa: Autor.
- INE. Instituto Nacional de Estatística. (2012). *Censos 2011. Resultados definitivos*. Recuperado em 21-12-2012, de http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos2011_apresentacao
- Jesus, C.S., Silva, C.M.R.S., & Andrade, F.M.M. (2005). Alta clínica e continuidade de cuidados no domicílio. *Revista Sinais Vitais*, (59), 25-28.
- Jesus, E.H. (2005). Da importância da informação e dos sistemas de informação de Enfermagem. *Ordem dos Enfermeiros*, (19), 46-50.
- Johnson, M., Maas, M., & Moorhead, S. (2000). *Nursing outcomes classification – NOC* (2ª ed.). St. Louis: Mosby.
- Krasner, D., & Cuzzell, J. (2003). Úlceras de pressão. In P.P. Gogia, *Feridas: Tratamento e cicatrização* (Cap. 6, pp. 69-78). Rio de Janeiro: Revinter.
- Kroger, T. (2001). Comparative research on social care the state of the art: Soccare Project report 1, Brussels. European Commission.
- Lage, I. (2007a). Questões de género e cuidados familiares a idosos. *Nursing*, 17 (217), 40-43.
- Lage, I. (2007b). *Avaliação dos cuidados informais aos idosos. Estudo do impacte do cuidado no cuidador informal*. Dissertação de doutoramento em ciências de enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel, Porto.
- Landi, F., Onder, G., Russo, A., & Bernabei, R. (2007). Pressure ulcer and mobility in frail elderly people living in community. *Arch Gerontol Geriatr.*, 44 (1 Supl), 217-223.
- Lei n.º 111/2009*, de 16 de setembro. Proceda à primeira alteração ao estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril. Diário da República, 180. Série I.
- Lei n.º 48/90*, de 24 de agosto. Lei de Bases da Saúde. Diário da República, 195. Série I.

- Levenson, S. (2001). A assistência institucional de longo prazo. In J. Gallo, J. Busby-Whitehead, P. Rabins, R. Silliman, & J. Murphy, Reichel *assistência ao idoso: Aspectos clínicos do envelhecimento* (5ª ed., pp. 527-538.) Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Lima, F.D., Lebrão, M.L., & Duarte, Y.A.O. (2005). Contribuição dos arranjos domiciliares para o suprimento de demandas assistenciais dos idosos com comprometimento funcional em São Paulo. *Rev Panam Salud Publica*, 17 (5/6), 370-378.
- Lobosco, F. (2008). O enfermeiro atuando na prevenção das úlceras de pressão. *Rev Eletrônica Quadrimestr Enferm.*, 13, 1-15.
- Lyder, C., & Ayello, E. (2008). *Pressure ulcers: A patient safety issue*. In R. Hughes, *Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses*. Agency for Healthcare Research and Quality (US).
- Machado, P. (2011). *Gestão de recursos de enfermagem nos cuidados de saúde primários: Contributos para um discurso mais rigoroso*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- Manual de Utilização: Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE): Cuidados de saúde primários*. (2009). Matosinhos: [s.n.].
- Maroco, J. (2010). *Análise estatística com o PASW Statistics*. Pêro Pinheiro. ReportNumber.
- Martins, C.A. (2003). Valorizar a visitação domiciliária. *Revista Sinais Vitais*, (48), 8-16.
- Martins, M.M. (2002). *Uma crise acidental na família: O doente com AVC*. Coimbra: Formasau.
- Medeiros, A.B.F., Lopes, C.H.A.F., & Jorge, M.S.B. (2009). Análise da prevenção e tratamento das úlceras por pressão propostos por enfermeiros. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 43 (1), 223-228.
- Merriam-Webster's Collegiate Dictionary*. (1994). (10th ed.). Springfield: Merriam-Webster.
- Miranda, R., Perrotti, T., Bellinazzi, V., Nóbrega, T., Cendoroglo, M., & Neto, J. (2012). Hipertensão arterial no idoso: Peculiaridades na fisiopatologia, no diagnóstico e no tratamento. *Rev Bras Hipertensão*, 9 (3), 293-300.
- Missão para os Cuidados de Saúde Primários. (2007). *Equipa de cuidados continuados integrados: Orientações para a sua constituição nos centros de saúde*. Lisboa: Autor.
- Morison, M. (2004). *Prevenção e tratamento de úlceras de pressão*. Loures: Lusociência.
- National Pressure Ulcer Advisory Panel (2007). Conceito e classificação de úlcera por pressão: Atualização da NPUAP. *Revista Estima*, 5 (3), 43-44.
- Neri, A.L. (2000). *Qualidade de vida na velhice e atendimento domiciliário*. São Paulo: Atheneu.

- Nogueira, P.C., Caliri, M.H.L., & Santos, C.B. (2002). Fatores de risco e medidas preventivas para úlcera de pressão no lesado medular. Experiência da equipe de enfermagem do Hospital das Clínicas da FMRP-USP. *Medicina*, 35,14-23.
- Observatório Nacional da Diabetes. (2011). *Diabetes: Factos e números 2011. Relatório Relatório anual do Observatório Nacional da Diabetes Portugal*. Recuperado em 27 de dezembro, 2012, de http://www.portugal.gov.pt/media/463407/diabetes_2011.pdf.
- OE. (2007). *Sistema de informação em enfermagem (SIE): Princípios básicos da arquitectura e principais requisitos técnico - funcionais*. Lisboa: OE.
- OE. Ordem dos Enfermeiros. (2002). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual, enunciados descritivos*. Lisboa: Autor.
- OE. (2010). De que falamos quando se fala em “Enfermeiro de Família”? Lisboa: Autor.
- Ohnishi, M., Utyama, I.K.A., Silva, F.P., & Janene, S.M.A. (2001). *Feridas: Cuidados e condutas*. Eduel: Londrina.
- Olinto, M.T. (1998). Reflexões sobre o uso do conceito de gênero e/ou sexo na epidemiologia: Um exemplo nos modelos hierarquizados de análise. *Rev Bras Epidemiol*, 1 (2), 161-169.
- Paranhos , W.Y., & Santos, V.L.C.G. (1999). Avaliação de risco para úlceras de pressão por meio da escala de Braden, na língua portuguesa. *Rev Esc Enferm USP*, 3 (Esp), 191-206.
- Paranhos, W. (2003). Úlceras de pressão. In S. Jorge, & S. Dantas, *Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas* (pp. 287-298). São Paulo: Atheneu.
- Pereira, F. M. S. (2009). *Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros: Estudo empírico sobre um Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem*. Dissertação de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- Perissé, V. (2011). *Manual de lesões da divisão de enfermagem do Hospital Federal da Lagoa*. Rio de Janeiro: Hospital Federal da Lagoa.
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2005). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (4ª ed.). Lisboa: Sílabo.
- Petronilho, F.A.S. (2009). Produção de indicadores de qualidade: A enfermagem que queremos evidenciar. *Sinais Vitais*, (82), 36-44.
- Rangel, E.M.L., & Calili, M.H.L. (2006). Práticas de enfermeiros de um hospital geral sobre a prevenção de úlcera por pressão. *Rev Paul Enferm*. 25 (2), 96-101.
- Reys, L. (1996). A experimentação no homem. In L. Archer, J. Biscaia & W. Osswald (Cords.), *Bioética*. Lisboa: Editorial Verbo.
- Rezende, V. L., Derchain, S.M., Botega, N. J., & Vial, D. L. (2008). Revisão crítica dos instrumentos utilizados para avaliar aspectos emocionais, físicos e sociais do

- cuidador de pacientes com câncer na fase terminal da doença. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 51, 79-87.
- Ribeiro, P. (2007). *Metodologia de investigação em psicologia da saúde*. Lisboa: Ligis Editora.
- Ricarte, L.F (2009) *Sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes no concelho da Ribeira Grande*.
- Rice, R. (2004). *Prática de enfermagem nos cuidados domiciliários: Conceitos e aplicações*. Loures: Lusociência.
- Rijswijk, L., & Lyder, C. (2005). Pressure ulcer prevention and care: Implementing the revised guidance to surveyors for long-term care facilities. *Ostomy Wound Management*, 7-19.
- Rocha, A.B.L., Barros, S.M.O. (2007). Avaliação de risco para úlcera por pressão: Propriedades de medida da versão em português da escala de Waterlow. *Acta Paul Enferm.* 2 (20), 143-150.
- Rocha, M., Cunha, E., Dinis, A., & Coelho, C. (2006). *Feridas: Uma arte secular – avanços tecnológicos no tratamento de feridas* (2ª ed.). Coimbra: Minerva.
- Rodrigues, M.A. (2008). O caminho da enfermagem científica moderna. In Gupo ICE, *Enfermagem e úlceras por pressão: Da reflexão sobre a disciplina às evidências nos cuidados* (pp. 8-13). Angra do Heroísmo: Grupo ICE.
- Santos, J.A., & Brandão, E.S. (2006). Clientes com úlceras por pressão: Prevenção, avaliação e tratamento. In E.S. Brandão, & I. Santos, *Enfermagem em dermatologia: Cuidados técnico, dialógico e solidário* (pp. 257-279). Rio de Janeiro: Cultura Médica.
- Santos, J.A.R. (2002). Envelhecimento, actividade física e nutrição. *Horizonte: Revista de Educação Física e Desporto*, 18 (104), 21-25.
- Santos, L.L.R., Ferreira, L.M., & Netto, M.S. (1995). Úlcera por pressão. In L.M. Ferreira, *Manual de cirurgia plástica* (pp. 214-217). São Paulo: Atheneu.
- Santos, P. (2004). *O familiar cuidador em ambiente domiciliário*. Recuperado em 19 janeiro, 2013, de <http://cuidadoscontinuados.no.sapo.pt/tese/I_1.pdf>.
- Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. (2007). *Guía de práctica para la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión*. Andalucía: Autor.
- Simonetti, J.P, & Ferreira, J.C. (2008). Estratégias de coping desenvolvidas por cuidadores de idosos portadores de doença crônica. *Rev. Esc. Enferm.*, 42 (1), 19-25.
- Smith, L.N., Booth, N., Douglas, D., Robertson, W.R, Walker, A., & Durie M. (1995). A critical of “at risk” pressure sore assessment tools. *J Clin Nurs.*, 5 (3),153-159.
- Sousa, L., Figueiredo, D., & Cerqueira, M. (2006). *Envelhecer em família* (2a ed.). Lisboa: Ambar.
- Sousa, P.A. (2006). *Sistemas de partilha de informação de enfermagem entre contextos de cuidados de saúde: Um modelo explicativo*. Coimbra: Formasau.

- Souza, M.F. (2004). Algumas reflexões sobre o conhecimento em enfermagem. *Acta Paul Enferm*, 17 (4), 365-368.
- Stotts, N.A., & Hopf, H.W. (2005). Facilitating positive outcomes in older adults with wounds. *Nurs Clin North Am.*, 40 (2), 267-279
- Timby, B.K. (2007). *Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem* (8ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Torres, G., Reis, L., Reis, L., Fernandes, M., Alves, G., Sampaio, L., & Mascarenhas, C. (2009). Funcionalidade familiar de idosos dependentes residentes em domicílios. *Avaliação Psicológica*, 8 (3), 415-423.
- Trilla, J. (2004). Animação sociocultural: Teorias, programas e âmbitos. Lisboa: Instituto Piaget.
- Tsokos, M., Heinemann, A., & Püschel, K. (2000). Pressure sores: Epidemiology, medico-legal implications and forensic argumentation concerning causality. *Int J Legal Med*, 113 (5), 283-287.
- União Europeia (2000). *Saúde XXI – Programa operacional de saúde 2002-2006*. [S.l.]: Autor.
- Van Rijswijk, L. (1997). The language of wounds. In D. Krasner, & D. Kane (Eds.), *Chronic Wound care: A clinical source bok for health care professionals* (2nd ed.). Wayne: Health.
- Verdú Soriano, J. (2005). *Epidemiologia, prevenção e tratamento das úlceras por pressão*. Tese de doutoramento em Saúde Pública, Universidade de Alicante, Alicante, Espanha.
- Wada, A., Neto, N., & Ferreira, M. (2010). Úlceras por pressão. *Rev Med São Paulo*, 89 (3/4), 170-177.
- Wanderley, B., Pontes, F., Carlos, J., Pollyanna, K., Barradas, M., & Rodrigo, T. (s.d.). Eletroterapia em úlceras de pressão. Recuperado em 22 de março, 2013, de <http://www.wgate.com.br/fisioweb>.
- Werley, H., Devine, E., Zorn, C., Ryan, P., & Westra, B. (1991). The Nursing Minimum Data Set: Abstraction Tool for Standardized, Comparable, Essential Data, *AJPH*, 81 (4), 421-426.
- Wilkerson, F. (2004). *Prática de enfermagem nos cuidados domiciliários: Conceitos e aplicações: O utente idoso* (3ª ed.). Loures: Lusociência.
- World Health Organization. (2002). Home-based long-term care: Report of a WHO Study Group. Geneva: Autor.
- Xakellis, G.C., & Frantz, R. (1996). The cost of healing pressure ulcers across multiple health care settings. *Adv Wound Care*, 9, 18-22.

APÊNDICES

Apêndice A

Formulário

Grupo I – Caracterização geral dos utentes em programa de saúde dependentes

1. Idade: _____
2. Sexo: Masculino Feminino
3. Estado civil: Solteiro Casado Viúvo
Divorciado/separado Outro _____
4. Área geográfica: Murça Candedo Jou Fiolhoso Noura
5. Institucionalização: Sim Não

Grupo II – Dados sobre a documentação dos fenómenos

6. Programa de saúde: Dependentes Tratamento de feridas e úlceras
Saúde do idoso Diabético Hipertenso
Hipocoagulado
7. Fenómenos:
Úlcera de Pressão Sem registo
8. Status do diagnóstico:
 - 7.1. Risco de Úlcera de Pressão Sim Não Sem registo
 - 7.2 – Escala de Braden: Não Sim Condição física ____
Actividade ____
Humidade ____
Estado mental ____
Mobilidade ____
Nutrição ____ Total: (_____)
 - 7.3. Presença de Úlcera: Sim N° ()
 - Grau reduzido _____
 - Grau moderado _____
 - Grau elevado _____
 - Grau muito elevado _____

N°

8. Intervenções implementadas:

Intervenção1 _____
Intervenção2 _____
Intervenção3 _____
Intervenção4 _____
Intervenção5 _____
Intervenção6 _____
Intervenção7 _____
Intervenção8 _____
Intervenção9 _____
Intervenção10 _____

9. Local de identificação:

Domicílio Hospital Sem registo

Grupo III – Dados sobre caracterização do PC

10. Tem PC? Sim Não Sem registo

Se sim:

Sexo: Feminino Masculino

Parentesco: Filhos/filhas Genros/Noras Netas/Netos

Primos/tios Sem parentesco

Escolaridade: Analfabeto 1º ciclo 2º ciclo 3º ciclo

Ensino secundário Ensino superior

Situação Profissional: Activo Não Activo Sem registo

Nº

Apêndice B

Pedido de autorização para a recolha de dados à Comissão de Ética

etica

← [ícone] [ícone] [ícone] Mover para Caixa de Entrada [ícone] Mais ▾

Pedido de autorização para recolha de dados - projecto de dissertação [ícone] [ícone]

Catarina Cerdeira <catarinateresacerdeira@gmail.com> 01/02/12 [ícone] [ícone] [ícone]

para etica, amanciocarv, Amâncio ▾

Ex.mo Senhor Presidente da Comissão de **ética** da ARS Norte. junto envio pedido de autorização de recolha de dados para dissertação académica conducente ao grau de mestre.

Anexo projecto de dissertação, formulário de recolha de dados e ofício de pedido. Todos os documentos seguirão oportunamente por correio.

Atenciosamente,

Catarina Cerdeira

3 anexos — [Fazer a transferência de todos os anexos](#) (zipado para **Português** ▾)

- autorização Catarina.pdf**
61K [Visualizar](#) [Transferência](#)
- formulário catarina alterado 1.pdf**
95K [Visualizar](#) [Transferência](#)
- Projecto dissertação final catarina.pdf**
322K [Visualizar](#) [Transferência](#)

Apêndice C

Pedido de autorização para a recolha de dados ao Diretor Executivo do ACeS



gens Mapas Play YouTube Noticias Gmail Drive Calendário Mais -

Caixa de Entrada

Pedido de autorização para aplicação de estudo Caixa de Entrada x

Catarina Cerdeira <catarinateresacerdeira@gmail.com> 27/03/12 ☆

para dexecutivo.ace. ▾

Ex.mo Sr. Director executivo do ACES Douro 1 Marão e Douro norte, venho por este meio enviar pedido de autorização para recolha de dados no sistema de apoio à prática de enfermagem dos utentes em programa de saúde dependentes da UCSP de Murça, integrado no curso de Mestrado em enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Enfermagem de Vila Real.

Em anexo envio pedido

Atenciosamente,
Catarina Cerdeira

 **autorização catarina.doc**
24K [Visualizar](#) [Transferência](#)

Baptista da Fonseca <bfonseca.aces-douro1@srsvreal.min-saude.pt> 28/03/12 ☆

para mim ▾

Ex.ª Sr.ª Enf. Catarina Cerdeira

Relativamente ao solicitado sobre o assunto em título, tenho a informar que foi autorizado.

Cumprimentos,
Baptista da Fonseca

Apêndice D

Pedido de autorização para a aplicação do ao Diretor Executivo do ACeS

← [] [] [] [] [] [] Mais ▾ 57%

Pedido de autorização para aplicação de estudo [] Caixa de Entrada x [] [] []

 **Catarina Cerdeira** <catarinateresacerdeira@gmail.com> 27/03/12 ☆ [] []
para dexecutivo.ace. ▾

Ex.mo Sr. Director executivo do ACES Douro 1 Marão e Douro norte,
venho por este meio enviar pedido de autorização para recolha de dados
no sistema de apoio à prática de enfermagem dos utentes em programa de
saúde dependentes da UCSP de Murça, integrado no curso de Mestrado em
enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Enfermagem de Vila Real.

Em anexo envio pedido

Atenciosamente,
Catarina Cerdeira

 **autorização catarina.doc**
24K [Visualizar](#) [Transferência](#)

 **Baptista da Fonseca** <bfonseca.aces-douro1@srsvreal.min-saude.pt> 28/03/12 ☆ [] []
para mim ▾

Ex.º Sr.º Enf. Catarina Cerdeira

Relativamente ao solicitado sobre o assunto em titulo , tenho a informar que
foi autorizado.

Cumprimentos,
Baptista da Fonseca

Apêndice E

Pedido de autorização para a aplicação do à Comissão de Ética

← [ícone] [ícone] [ícone] [ícone] Mover para Caixa de Entrada [ícone] Mais ▾

Projeto de Investigação Caixa de Entrada x [ícone] [ícone]

 **etica** <etica@arsnorte.min-saude.pt> 19/07/12 ☆ [ícone] [ícone]
para mim ▾

Cara investigadora
Em anexo se envia o parecer da Comissão de **Ética** para a Saúde da ARS Norte IP., sobre o Estudo solicitado
P' Comissão de **Ética**
Deolinda Neves

 **Parecer 8-2012.pdf**
126K [Visualizar](#) [Transferência](#)

 Clique aqui para [Responder](#) ou [Encaminhar](#)

Apêndice F

Parecer da Comissão de Ética para aplicação do estudo



Ministério da Saúde



ARS NORTE

Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.

COMUNICAÇÃO INFORMAÇÃO PARECER Nº 001 DATA: 17 Jul 12

DE: Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte

PARA: Conselho Diretivo da ARS Norte

ASSUNTO: Parecer nº 8/2012

Levo ao conhecimento desse Conselho Diretivo o Parecer nº 8/2012 (sobre o estudo: "Fenómeno de enfermagem úlcera de pressão nos utentes em programa de saúde dependentes da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Murça"), aprovado na reunião do dia 19 de Junho de 2012, por unanimidade.

À Consideração Superior

Deolinda Neves
Assessora CES/UIC

2012/11/17

Rui Cernadas
Vice-Presidente do C. D.

2012/07/17



Ministério da Saúde



ARS NORTE

Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.

ll

Comissão de Ética para a Saúde
Administração Regional de Saúde do Norte, IP

PARECER Nº. 8/2012

Sobre o estudo – Fenómeno de enfermagem úlcera de pressão nos utentes em programa de saúde dependentes da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Murça

A – Relatório

1. A Comissão de Ética para a Saúde (CES) da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. (ARSN) iniciou a apreciação do Processo n.º T12, na sequência do pedido de parecer dirigido a esta Comissão pela Investigadora Catarina Teresa Costa Cerdeira, em 03.02.2012, aluna de Mestrado em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Enfermagem de Vila Real, da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, sobre o estudo "Fenómeno de enfermagem úlcera de pressão nos utentes em programa de saúde dependentes da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Murça".
2. Fazem parte do processo em análise os seguintes documentos: requerimento, projecto de investigação submetido à Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, formulário a aplicar, curriculum vitae da investigadora e autorização do responsável do ACES.
3. Trata-se de um estudo descritivo, correlacional e transversal de cariz quantitativo em que a população definida diz respeito aos utentes em programa de saúde dependentes (cerca de 260) da UCSP de Murça. O investigador não efetuará qualquer tipo de amostragem pelo que estudará a sua totalidade com os seguintes critérios de inclusão: ser utente da UCSPM e ter associado o programa de saúde dependentes no SAPE. Os dados serão recolhidos pelo investigador através da consulta de documentação no SAPE dos utentes que se encontrem em programa de saúde dependentes da UCSPM, que compilará os dados para o formulário, não havendo identificação do utente em nenhuma parte do mesmo, e não haverá qualquer contacto com o utente. O período de colheita de dados referido na metodologia (Fevereiro e Março de 2012) e no cronograma está ultrapassado, no entanto isto não poderá ser imputado às investigadoras.
4. O objetivo principal deste estudo é conhecer o fenómeno úlcera de pressão, nos utentes em programa de saúde dependentes da UCSP de Murça. Os objectivos secundários são: caracterizar os utentes em programa de saúde dependentes da UCSPM em termos

Rua de Santa Catarina, 1288
4000-447 Porto

Tel. 22 551 24 00
Fax 22 550 98 15

arsn@arsnorte.min-saude.pt
www.arsnorte.min-saude.pt

sociodemográficos, caracterizar os utentes em programa de saúde dependentes da UCSPM que apresentam o fenómeno de enfermagem úlcera de pressão, identificar a prevalência do fenómeno de enfermagem úlcera de pressão dos utentes em programa de saúde dependentes da UCSPM, analisar a integridade referencial de dados relacionada com o diagnóstico úlcera de pressão presente, analisar a integridade referencial de dados relacionada com o diagnóstico risco de úlcera de pressão, relacionar o fenómeno de enfermagem úlcera de pressão, com algumas variáveis independentes (sexo, idade, área geográfica, presença de risco de úlcera de pressão, número de úlceras e local de aparecimento) e avaliar a taxa de efetividade diagnóstica do risco de úlcera de pressão.

B – Identificação das questões com eventuais implicações éticas

1. Reconhece-se relevância e pertinência ao estudo e interesse prático nos resultados esperados
2. Trata-se de um estudo com procedimentos não invasivos, não incorrendo os participantes em riscos maiores do que aqueles a que estão sujeitos
3. A metodologia utilizada salvaguarda os direitos dos participantes, não havendo lugar a uso de modelo de consentimento informado.

C – Conclusões

1. Face ao exposto, a CES delibera que o estudo de investigação em causa pode ser aprovado sem restrições de natureza ética.

O relator, Maria Alzira Morais

Maria Alzira Morais

Aprovado em reunião do dia 19/6/2012 por unanimidade

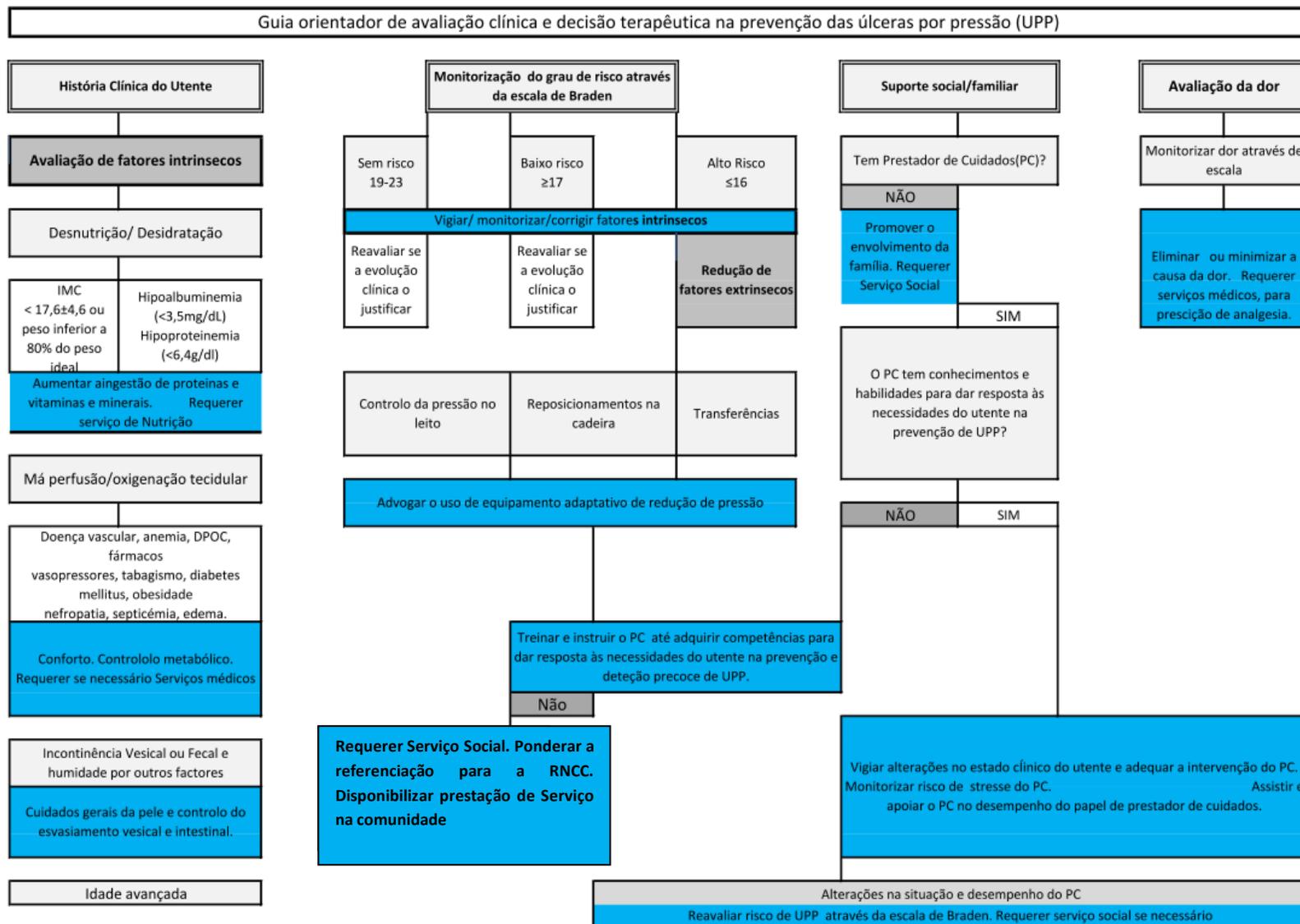
Alberto Pinto Hespanhol

Pinto Hespanhol

Presidente da Comissão de Ética para a Saúde da ARSN

Apêndice G

Guia orientador de avaliação clínica e decisão terapêutica na prevenção das UPP



DOCUMENTAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO SISTEMA DE APOIO À PRÁTICA DE ENFERMAGEM (SAPE)

ASSOCIAÇÃO DO UTENTE AO PROGRAMA DE SAÚDE DEPENDENTES

CIPE Versão β 2	DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	PROCEDIMENTO	FREQUÊNCIA DA VD
Eixo A: FOCO DE ATENÇÃO DE ENFERMAGEM	Conhecimentos do PC para prevenir UPP Não demonstrado	Ensinar o PC sobre condições de risco para a UPP	Cuidados gerais: Manter a pele limpa e seca (sem exsudados), utilizar agente de limpeza suave, evitar água quente e fricção, utilizar emoliente/hidratante com função de barreira, não utilizar massagem na prevenção de úlceras de pressão. Controlo do esvaziamento vesical/intestinal: Quando não for possível, limpeza imediata após evacuação, aplicação de agentes hidratantes barreira e fraldas altamente absorventes. Mobilização precoce (passiva/activa) Assistida/Activa. Lençóis sempre secos, sem vincos e sem restos alimentares.	
UPP "Inflamação ou ferida sobre as proeminências ósseas devido à compressão e fricção da pele entre o osso e a superfície subjacente, em que os estádios são graduados segundo a sua gravidade" (p.29)	Aprendizagem de Habilidades do PC para prevenir UPP Não demonstrado	Instruir o PC sobre técnica de posicionamento Treinar o PC sobre técnica de posicionamento	O treino acerca das técnicas correctas de posicionamento e uso de equipamentos deve, abranger todas as pessoas envolvidas nos cuidados são, incluindo o próprio indivíduo (quando é possível e apropriado) e PC. Controlo da pressão no leito: Decúbitos laterais de 30º (diminuição da pressão sobre o trocânter), cabeça da cama sempre inferior a 30º (diminuição da pressão sobre a região sacrococcígea), se o utente poder tolerar estas posições e a sua condição clínica o permitir. Uso de almofadas ou cunhas em espuma para evitar contacto directo das superfícies ósseas (joelhos), uso de almofadas ao nível da face posterior da perna para elevação dos calcanhares. Reposicionamentos de acordo com superfície de apoio (3/3H). Reposicionamentos na cadeira: O posicionamento na cadeira deve ter em conta a distribuição do peso, alinhamento postural e apoio dos pés. Sempre que possível, o utente deve ser instruído para realizar, a cada 15-20 minutos, transferência de peso através de push-up e/ou inclinações laterais do tronco. Caso não consiga efectuar redistribuição do peso, o utente não deverá permanecer na cadeira mais de 2 horas consecutivas. Transferências: Não arrastar o doente, devem ser usados dispositivos de elevação (elevador, trapézio), de rolamentos, ou lençóis de transferência.	
Eixo G PROBABILIDADE RISCO DE "Estima-se que um fenómeno de enfermagem indesejável ocorra numa determinada probabilidade" (p.130)	Baixo risco de UPP (escala de Braden ≥ 17) Alto risco de UPP (escala de Braden ≤ 16)	Monitorizar risco de UPP através da escala de Braden. Providenciar equipamento de alívio de pressão. Treinar o PC sobre equipamento de alívio de pressão	Intervir minimizando em cada subescala os factores determinantes do risco de UPP. Têm indicação para a utilização de equipamento de alívio de pressão utentes: Pontuação na escala de Braden <14; Que permanecem no leito pelo menos 20 horas/dia; Pontuação 1 na actividade física e mobilidade da escala de Braden. ESTÁTICOS: Redistribuição constante de pressão. ↑ Superfície de contacto com a pele, ↓ Força exercida por unidade de superfície. Exemplos: Colchão/cobertura/almofada para cadeira de espuma, gel/água e ar. Indicações: Utentes com risco para desenvolverem UPP e com UPP que podem ser facilmente reposicionado sem que se exerça pressão sobre a área ulcerada. DINÂMICOS: Redistribuição de pressão varia ciclicamente (uso de uma fonte de energia externa). Alternância periódica dos pontos de apoio de modo a reduzir a pressão cumulativa por área cutânea. Controlo da humidade e temperatura. Exemplos: Pressão alterna ("low-air-loss", "alternating air"), Células de ar com insuflação alternada, com células >10cm. Colchões/coberturas/almofadas de cadeira. Fluxo de ar aquecido em gel de silicone ("Air fluidized beds") Indicações: Utentes de alto risco para desenvolverem UPP. Utentes que não podem ser reposicionado sem que se exerça pressão sobre a área ulcerada. Aparecimento de novas UPP apesar das medidas preventivas e terapêuticas adequadas. UPP múltiplas grau III e IV. (Prescrição de ajuda técnica nível 1)	Na primeira Visita Domiciliária e semanalmente. Orientação da DGS nº17/2011 de 09/05/2011
	Vigiar a pele	Inspeccionar a pele regularmente quanto a zonas de rubor, do calor localizado, edema ou tumefacção (rigidez).		
	Vigiar sinais de úlcera de pressão	Evitar posicionar o utente sobre proeminências ósseas que apresentem eritema não branqueável. Não utilizar massagem na prevenção de úlceras de pressão. Não esfregar vigorosamente a pele que se encontra em risco de úlcera de pressão.		
	Monitorizar IMC.	IMC < 17,6±4,6 ou peso inferior a 80% do peso ideal. Avaliar a ingestão proteica. Considerar ENG quando a via oral não for eficaz. (requerer serviço de nutrição se necessário)		
	Monitorizar dor através de escala	Se presente a dor deve ser tratada eliminando ou controlando a fonte da dor. (requerter serviços médicos se necessário) Os profissionais não devem assumir que a dor não existe, pelo fato do utente não expressar ou não responder à dor. Efectuar o enunciado de diagnóstico DOR se presente		