

Aline Lourenço

**Atitudes dos enfermeiros na prevenção de úlceras por
pressão: determinantes.**



janeiro de 2019

Aline Lourenço

Atitudes dos enfermeiros na prevenção de úlceras por pressão: determinantes.

Relatório final realizado no âmbito do 6º curso de Mestrado para a candidatura ao grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica sob a orientação do Professor Doutor Olivério Ribeiro

janeiro de 2019



"Quanto mais aumenta nosso conhecimento, mais evidente fica nossa ignorância."

John F. Kennedy

Agradecimentos

Há-de sempre faltar alguém a quem agradecer, uma vez que as mãos a ajudar nesta causa foram muitas... aqui ficam os mais importantes:

Ao Professor Doutor Olivério Ribeiro, pela disponibilidade que demonstrou ao longo da realização de toda esta investigação.

À Administração do Hospital de Castelo Branco, que me disponibilizou a oportunidade de realizar o estudo nos vários serviços com os seus profissionais, e a todos esses, que contribuíram para alcançar o meu objetivo.

Aos meus colegas de serviço que me permitiram cumprir horários.

Ao enfermeiro Rui Macedo pela amizade e tempo que me disponibilizou durante os últimos quase dois anos.

Aos meus colegas de caminhada, Joana Santos, João Antunes e Soraia Campos por serem a minha companhia de gargalhadas como lufadas de ar fresco e os meus companheiros de conquistas.

À minha mãe e à minha irmã, sem vocês nada faria sentido.

Ao meu Pedro, meu suplemento extra nos dias em que a desmotivação veio ao de cima e as horas necessárias eram mais que as permitidas.

Um MUITO OBRIGADA a todos.

Resumo

Introdução: O risco de úlceras por pressão continua a ser um desafio permanente na vida dos profissionais de saúde, sendo os enfermeiros aqueles que mais intimamente estão ligados aos cuidados diretos aos utentes. Para evitar estas lesões é essencial investir na manutenção de uma atitude positiva perante a prevenção, dando especial destaque à importância do investimento na aquisição de conhecimentos através de formação constante.

Objetivo: O objetivo deste estudo consiste em identificar os determinantes que influenciam as atitudes dos enfermeiros perante a prevenção das úlceras por pressão.

Metodologia: Trata-se de um estudo observacional e descritivo correlacional. Os dados foram colhidos junto de 154 enfermeiros do Hospital Amato Lusitano sendo utilizado um questionário de caracterização sociodemográfica e profissional, o Instrumento de Avaliação de Conhecimentos acerca de Úlceras de Pressão e o Instrumento de Avaliação de Atitudes perante Úlceras de Pressão traduzidos e validados para a população portuguesa por Batista em 2012.

Resultados: A amostra é constituída maioritariamente por mulheres (77,9%) com idade média de 42,2 anos \pm 9,63. A média percentual dos conhecimentos dos enfermeiros inquiridos é de 53,6% e, das variáveis apresentadas, a idade ($p=0,006$), os anos de experiência ($p=0,008$) e a existência de colegas com formação no local de trabalho ($p=0,041$) influenciam o nível de conhecimentos. Em relação à atitude dos enfermeiros, a média percentual de atitude global obtida foi de 47,8%. As variáveis preditoras das atitudes foram a idade ($p=0,011$), as habilitações literárias ($p=0,028$), os anos de experiência ($p=0,012$) e formação prévia em úlceras por pressão ($p=0,040$).

Conclusões: A formação e aquisição de conhecimentos acerca de prevenção de úlceras por pressão por parte dos enfermeiros é identificada neste estudo como sendo essencial para manter uma atitude positiva sendo, entre os determinante identificados, o mais passível de ser modificado pelo que, face à prevalência atual deste tipo de lesão, o investimento das instituições em torná-la parte da rotina do exercício da profissão deve ser considerado imprescindível e emergente.

Palavras-chave: Úlceras por Pressão, atitudes, prevenção, enfermagem

Abstract

Introduction: The pressure ulcer risk remains a permanent challenge in the day life of health professionals, being nurses those who are closer to patient care. To avoid this injuries it's essential to invest in the maintenance of a positive attitude towards prevention, especially to the investment in the acquisition of knowledge trough constant education. The main goal of this study is to identify the determinants that influence nurses attitudes towards pressure ulcer prevention.

Methods: This is an observational and correlational descriptive study. Data were collected from 154 nurses of the Amato Lusitano Hospital being used a questionnaire of sociodemographic and professional characterization, the instrument to the evaluation of pressure ulcer knowledge and the instrument to the evaluation of attitudes towards pressure ulcers translated and validated to the Portuguese population by Batista (2012).

Results: The sample it's constituted majority by women (77,9%) with and average age of 42,2 years \pm 9,63. The percentage knowledges average of the inquired nurses is 53,6% and, from the presented variables, age ($p=0,006$), years of experience ($p=0,008$) and the presence of colleagues with formation in the work place ($p=0,041$) influence the level of knowledges. In concern to the nurses attitudes, the percentage average of global attitude obtained was 47,8%. The variable that predict attitudes were age ($p=0,011$), literary abilities ($p=0,028$), years of experience ($p=0,012$) and previous formation in pressure ulcers ($p=0,040$).

Conclusion: The education and the acquisition of knowledges about the prevention of pressure ulcers by nurses is identify in this study as essential to the maintenance of a positive attitude, being between all the identify determinants, the most modifiable, whereby, toward de prevalence of this injurie, the investment of institutions in becoming this a routine practice should be considered indispensable and emergent.

Keywords: Pressure ulcers, attitudes, prevention, nursing

Sumário	pág.
Resumo	vii
Abstract	ix
Lista de figuras	xiv
Lista de quadros	xvi
Lista de tabelas	xvii
Lista de siglas, abreviaturas e acrónimos	xix
Introdução	21
I – Enquadramento Teórico	2425
1 – Úlceras por Pressão	27
2 – Prevenção de Úlceras por Pressão	261
2.1 – Avaliação Estruturada do Risco e Fatores de Risco	Erro! Indicador não definido.
2.2 – Avaliação da Pele e Cuidados Preventivos	30
2.3 – Nutrição na Prevenção das Úlceras por Pressão	335
2.3.1 – Avaliação do estado nutricional e Planeamento de Cuidados	346
2.4 – Reposicionamento e Mobilização	35
3 – Doentes Particulares	383
4 – Administração Hospitalar e Protocolos de Prevenção	45
5 – Conhecimentos e Atitudes dos Enfermeiros na Prevenção das Úlceras por Pressão	35
6 – Fatores e barreiras à prevenção	355
II – Investigação Empírica	357
1 – Metodologia	35
1.1 – Métodos	35
1.2 – Participantes	351
1.2.1 – Caracterização Sociodemográfica da Amostra	61
1.3 – Instrumentos	353
1.4 – Procedimentos Formais e Éticos	355

1.5 – Análise de dados	356
2 – Resultados	35
2.1 – Análise descritiva	35
2.1.1 – Caracterização Profissional	35
2.1.2 – Caracterização de Contexto Geral	351
2.1.3 – Conhecimentos	352
2.1.4 – Atitudes	352
2.2 – Análise Inferencial	356
3 – Discussão	103
3.1 – Discussão Metodológica	3503
3.2 – Discussão de Resultados	3504
4 – Conclusões	3509
Referências bibliográficas	111
Anexos	119
Anexo A – Questionário de Avaliação de conhecimentos e atitudes na prevenção de úlceras por pressão	121
Anexo B – Respostas corretas do Instrumento de Avaliação de conhecimentos	133
Anexo C – Consentimento da utilização das escalas pela autora	139
Anexo D – Consentimento da aplicação do questionário no Hospital Amato Lusitano	143

Lista de figuras

pág.

Figura 1 - Algoritmo de Boas Práticas na prevenção de úlceras por pressão.....	35
Figura 2 - Esquema do Modelo Conceptual	44

Lista de quadros

	pág.
Quadro 1 - Fatores e questões correspondentes do Instrumento de Avaliação de Atitudes	65
Quadro 2 - Distribuição das respostas dos inquiridos em relação à área etiologia e desenvolvimento	73
Quadro 3 – Distribuição das respostas dos inquiridos em relação à área classificação e observação	74
Quadro 4 – Distribuição das respostas dos inquiridos em relação à área avaliação do risco	75
Quadro 5 – Distribuição das respostas dos inquiridos em relação à área nutrição	75
Quadro 6 – Distribuição das respostas dos inquiridos em relação à área medidas preventivas: redução da quantidade de pressão e forças de torção	76
Quadro 7 – Distribuição das respostas dos inquiridos em relação à área medidas preventivas: redução da duração de pressão e forças de torção	77
Quadro 8 – Relação entre a variável importância e as variáveis independentes	96
Quadro 9 – Regressão entre a variável importância e as variáveis independentes	97
Quadro 10 – Relação entre a variável responsabilidade e as variáveis independentes	98
Quadro 11 – Regressão entre a variável responsabilidade e as variáveis independentes	98
Quadro 12 – Relação entre a variável obstáculos e as variáveis independentes	99
Quadro 13 – Regressão múltipla entre a variável obstáculos e as variáveis independentes	100
Quadro 14 – Relação entre a variável confiança e as variáveis independentes	100
Quadro 15 – Regressão múltipla entre a variável confiança e as variáveis independentes	101
Quadro 16 – Relação entre a variável competências e as variáveis independentes	101
Quadro 17 – Relação entre a variável atitude global e as variáveis independentes	102
Quadro 18 – Relação entre a variável atitude global e a variável conhecimento	102

Lista de tabelas

	pág.
Tabela 1 –	Frequências relativas ao género 62
Tabela 2 –	Estatísticas relativas à Idade em função do género 62
Tabela 3 –	Caracterização sociodemográfica da amostra em função do género 63
Tabela 4 –	Frequências relativas às habilitações profissionais, exercício profissional noutro local, anos de experiência e formação em função do género 70
Tabela 5 –	Estatísticas relativas aos anos de experiência consoante o género 71
Tabela 6 –	Frequência relativamente à questão “Interesse no tema” 71
Tabela 7 –	Frequência de respostas acerca do exercício profissional junto de colegas com formação 72
Tabela 8 –	Estatísticas relativas à média de respostas corretas nas várias áreas de conhecimento 78
Tabela 9 –	Correlação de Pearson entre as sub-escalas do conhecimento 79
Tabela 10 –	Caracterização sociodemográfica e profissional da amostra em função do nível de conhecimentos 81
Tabela 11 –	Estatísticas relativas aos diversos fatores integrantes das atitudes 82
Tabela 12 –	Correlação de Pearson entre os fatores integrantes das atitudes 83
Tabela 13 –	Caracterização sociodemográfica e profissional da amostra em função da atitude 85
Tabela 14 –	Relação entre áreas de conhecimento e género 86
Tabela 15 –	Relação entre os grupos etários e as áreas de conhecimento 87
Tabela 16 –	Relação entre áreas de conhecimento e habilitações literárias 87
Tabela 17 –	Relação entre áreas de conhecimento e habilitações profissionais 88
Tabela 18 –	Relação entre áreas de conhecimento e exercício noutro local 88
Tabela 19 –	Relação entre os anos de experiência e as áreas de conhecimento 89
Tabela 20 –	Relação entre áreas de conhecimentos e formação 90
Tabela 21 –	Relação entre áreas de conhecimento e colegas com formação 90
Tabela 22 –	Relação entre áreas de conhecimento e interesse no tema 91
Tabela 23 –	Relação entre os fatores relativos às atitudes e o género 91
Tabela 24 –	Relação entre os grupos etários e os fatores relativos às atitudes 92
Tabela 25 –	Relação entre os fatores relativos às atitudes e as habilitações literárias 92
Tabela 26 –	Relação entre os fatores relativos às atitudes e às habilitações

	profissionais	93
Tabela 27 –	Relação entre os fatores relativos às atitudes e o exercício noutra local .	93
Tabela 28 –	Relação entre os anos de experiência e os fatores relativos às atitudes .	94
Tabela 29 –	Relação t para diferenças de médias entre os fatores relativos às atitudes e a formação	94
Tabela 30 –	Relação entre os fatores relativos às atitudes e a existência de colegas com formação	95
Tabela 31 –	Relação entre os fatores relativos às atitudes e o interesse no tema	95

Lista de siglas, abreviaturas e acrónimos

BAPEN	British Association for Parenteral and Enteral Nutrition
DGS	Direção Geral de Saúde
ELCOS	Sociedade de Feridas
HAL	Hospital Amato Lusitano
IMC	Índice de Massa Corporal
EPUAP	European Pressure Ulcer Advisory Panel
MST	Malnutrition Screening Tool
MNA	Mini Nutritional Assessment
MUST	Malnutrition Universal Screening Tool
NCOA	National Council of Aging
NPUAP	National Pressure Ulcer Advisory Panel
NRS – 2002	Nutrition Risk Screening 2002
PPPIA	Pan Pacific Pressure Injury Alliance
SGA	Subjective Global Assessment
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
ULSCB	Unidade Local de Saúde de Castelo Branco
UPP	Úlcera por pressão
Vs.	Versus

Introdução

As úlceras por pressão foram consideradas como as complicações mais dispendiosas e mais psicologicamente desgastantes desde o início do século XX (Nurul, Zewudu, Samsalu & Mehretie, 2015). A expectativa de vida prolongada pelo progresso da medicina aumentou o número de idosos com mais de 80 anos, colocando-os assim em maior risco de imobilidade e incapacidade. O avanço da investigação melhorou a compreensão dos distúrbios sistémicos (cardíacos, pulmonares, etc.), o que fez evoluir significativamente as doenças para estadios mais avançados.

Os dados epidemiológicos portugueses mais recentes dizem respeito aos cuidados hospitalares, onde a prevalência média de úlceras de pressão é de cerca de 11,5%. Estratificando por serviços específicos, como os serviços de Medicina Interna, a prevalência média sobe para 17,5% (DGS, 2016).

Tendo em conta que a idade é um fator de risco para o aparecimento das úlceras por pressão e considerando o aumento da esperança média de vida, é nestes doentes essencialmente que se deve investir na prevenção. A deteção precoce dos primeiros sinais de hiperémia da pele permite o reforço da implementação de estratégias preventivas e, como tal, a consciencialização de todos os profissionais de saúde que cuidam do doente é um fator decisivo para evitar o desenvolvimento da lesão.

Este tipo de ferida pode começar a desenvolver-se em qualquer contexto assistencial, incluindo num bloco operatório ou numa unidade de cuidados intensivos, e a avaliação do risco e da pele não devem ser descuradas, independentemente do serviço de internamento no qual o doente se encontre.

A escala de avaliação do risco mais recomendada em Portugal é a Escala de Braden (DGS, 2011). Sempre que possível e essencialmente quando se obtém num doente um risco elevado de úlcera, deve utilizar-se superfícies de apoio para reduzir e redistribuir a pressão. Estas existem em diversas formas (colchões, almofadas) e feitos de diversos materiais (ar, água, espuma).

Também a avaliação nutricional assume um papel bastante importante pois a desnutrição é um fator de risco e é frequente que esteja presente nesta faixa etária que é a mais existente em meio hospitalar. Existem várias escalas para o efeito, nomeadamente a Malnutrition Screening Tool – MST, que se baseia na pesquisa da perda de peso e perda de apetite (Fergusson, 1999), Mini Nutritional Assessment – MNA, que diferencia doentes com

idade igual ou superior a 65 anos que estejam desnutridos ou em risco de desnutrição daqueles que estão em condições de nutrição dentro do normal (Guigoz & Vellas, 1995), Malnutrition Universal Screening Tool – MUST, que avalia o estado nutricional do doente através da análise do Índice de Massa Corporal (IMC), perda de peso involuntária nos últimos 3 a 6 meses e redução presente da ingestão nutricional por doença grave (BAPEN, 2018); Subjective Global Assessment – SGA, que retira factos da história clínica do doente e da observação física do mesmo e Nutrition Risk Screening 2002 – NRS-2002, que para além dos componentes da avaliação nutricional presente na escala MUST, acrescenta uma classificação da doença presentemente existente como reflexo do aumento das necessidades nutricionais (Kondrup, Allison, Elia, Vellas & Plauth, 2003:417).

A ingestão de proteínas, hidratos de carbono, vitaminas e minerais e água permitem a regeneração celular e a manutenção de uma pele saudável. Outros fatores de risco de úlceras por pressão são as forças de cisalhamento, atrito, humidade, idade, terapêutica instituída e peso.

Para além do impacto na qualidade de vida das pessoas, este tipo de lesão é avaliado internacionalmente como evento adverso e representa um importante desafio para o cuidado em saúde por contribuir com o aumento da morbilidade, mortalidade, tempo e custos do tratamento de saúde e afetar elevado número de pessoas (Mazzo et al, 2018:2). Está na origem do aumento de dias de internamento e de readmissões hospitalares e, conseqüentemente, do aumento dos encargos para os serviços de saúde, razão pela qual é crucial a existência de protocolos de prevenção executáveis em todos os níveis de cuidados.

Reduzir a incidência destas lesões, quase sempre relacionada com o envelhecimento populacional e considerável aumento dos fatores de risco, desenrola-se como um desafio para os profissionais, desafio este que se torna ainda mais laborioso pela existência de barreiras que impedem uma prevenção adequada a nível dos serviços de saúde.

A formação contínua da equipa multiprofissional é fundamental para se atingir uma assistência qualificada e baseada na mais recente evidência e existem inúmeros estudos que provam claramente que a sua realização tem conseqüências positivas no nível de conhecimentos, na atitude e na conduta dos profissionais de saúde.

Apesar da prevenção ser uma responsabilidade multidisciplinar, é sobre o enfermeiro que recai o papel mais importante, uma vez que é um profissional qualificado que presta cuidados direta e sistematicamente ao doente e, como tal, desenvolveu-se o presente estudo quantitativo, observacional, descritivo-correlacional e transversal, intitulado Atitudes dos Enfermeiros na Prevenção das Úlceras por Pressão: estudo de alguns Determinantes.

A questão principal que se coloca é “Quais são os Determinantes que influenciam as atitudes dos enfermeiros face à Prevenção das Úlceras por Pressão?” e o objetivo geral é identificar quais os fatores que influenciam as Atitudes dos Enfermeiros na Prevenção das Úlceras por Pressão.

O estudo divide-se em duas partes. A primeira diz respeito ao Enquadramento Teórico, para o qual foi feita uma Revisão Integrativa da Literatura, subdividindo-se em vários temas particularmente importantes na problemática: úlceras por pressão, prevenção das úlceras por pressão, doentes particulares, administração hospitalar e protocolos de prevenção, conhecimento dos enfermeiros, atitudes dos enfermeiros perante a prevenção de úlceras por pressão e fatores/barreiras que influenciam as úlceras por Pressão.

A segunda parte refere-se à Investigação Empírica, na qual é apresentada a parte prática do estudo e inclui a metodologia, resultados, discussão e conclusão.

Parte – Enquadramento Teórico

1 – Úlceras por Pressão

A pele é um órgão essencial do corpo humano, que realiza funções de proteção, sensação, termorregulação, excreção, metabolismo e comunicação, estando exposta, diariamente a vários fatores irritantes, bem como a possíveis lesões físicas e mecânicas, pelo que deve ser frequentemente observada e cuidada pelos profissionais de saúde (Baranosky e Ayello, 2006).

Takahashi et. al (2010) definem pressão como a quantidade de força realizada perpendicularmente a uma superfície, por unidade de área.

As úlceras por pressão são as mais frequentes nas unidades de saúde e, de acordo com NPUAP, EPUAP & PPPIA (2014), têm lugar sobre proeminências ósseas e resultam da pressão ou de uma combinação entre esta e forças de torção. “A compressão do tecido sensível sobre a proeminência óssea resulta em subsequente redução do fluxo sanguíneo e isquemia do local, causando hipóxia dérmica, necrose, ruptura da epiderme e eventualmente contaminação bacteriana” (Campos, Chagas, Costa, França & Jansen, 2010).

Romanelli, Clark, Cherry, & Defloor, 2006 in Afonso, Afonso, Azevedo, Miranda & Alves (2014), defendem que as mesmas são causadas pela carga mecânica prolongada nos tecidos moles do corpo, os efeitos na microcirculação, a sua relação entre as forças externas aplicadas à pele e a resistência da mesma. O cisalhamento ocorre quando a pele fica aderente à superfície e o corpo desliza.

A 13 de Abril de 2016, O National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) veio decretar a alteração imediata da terminologia “úlceras por pressão” por “lesões por pressão”, alegando que a palavra lesão descreve mais corretamente o tipo de alteração cutânea, nomeadamente a da categoria 1, ruborização não branqueável, uma vez que ainda não existe propriamente uma úlcera. No entanto, a European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP), instituição Europeia congénere, que se dedica ao estudo e investigação das Úlceras por Pressão, defende a manutenção da palavra “Úlcera” em vez de “Lesão”, “uma vez que a primeira se associa a causa externa, agregando fatores intrínsecos aos indivíduos e convocando uma abordagem dirigida a danos da pele e mucosas, com a intensão de cicatrização, enquanto a segunda (lesão), tem uma abrangência muito mais genérica, relacionando-se com danos nos tecidos e órgãos, em geral” (ELCOS, 2016).

De acordo com NPUAP, EPUAP & Pan Pacific Pressure Injury Alliance – PPPIA (2014), a caracterização da úlcera divide-se da seguinte forma:

- Categoria/Grau 1: Eritema não branqueável – A pele mantém-se intacta, apresentando uma zona delimitada de rubor não branqueável. Geralmente ocorre sobre uma proeminência óssea e em pele de pigmentação escura pode não ser facilmente visível, sendo que a cor dessa região é apenas diferente da cor da pele da região circundante. Pode existir dor na região, encontrar-se mais dura, mais mole, mais quente ou mais fria do que a região circundante. Este tipo de lesão deve ser encarada como um sinal de risco de o utente vir a desenvolver outras lesões ou uma lesão de um grau superior;

- Categoria/Grau 2: Perda parcial da espessura da pele – Existe uma perda parcial da espessura da derme, superficial, cujo leito é vermelho-rosa, sem tecido desvitalizado. Pode ainda surgir como uma flictena aberta ou fechada com líquido seroso. Pode ser brilhante ou estar seca, não apresentando equimose (que geralmente representa lesão nos tecidos mais profundos). Esta categoria não deve ser utilizada para descrever fissuras, dermatites por incontinência, queimaduras por abrasão ou escoriações;

- Categoria/Grau 3: Perda total da espessura da pele – Existe perda total da espessura da pele. O tecido adiposo pode ser visível mas não está exposto músculo, osso ou tendão. Pode encontrar-se tecido desvitalizado embora não oculte a profundidade da ferida ou os tecidos afetados. Pode ser fistulizada ou cavitada e a sua profundidade varia consoante a localização da ferida, sendo que na asa do nariz, orelhas, região occipital ou maléolos pode ser bastante superficial, uma vez que não existe tecido subcutâneo e numa zona com muito tecido adiposo pode ser bastante profunda não sendo, ainda assim visível, osso, músculo ou tendão;

- Categoria/Grau 4: Perda total da espessura dos tecidos – Lesões em que houve perda total da espessura dos tecidos e existe exposição óssea, de músculo ou tendões. Pode existir tecido desvitalizado (húmido) ou necrose (seca) e geralmente são cavitadas e/ou fistulizadas. Tal como nas lesões de Categoria 3, a profundidade da ferida é variável, tornando possível a osteomielite caso atinja o músculo e/ou as estruturas de suporte (ou seja, fáscia, tendão ou cápsula articular). Tanto o osso como o músculo exposto são diretamente visíveis ou palpáveis.

- Não graduáveis/Inclassificáveis: Profundidade indeterminada – Houve perda total da espessura dos tecidos e o leito da ferida está preenchido por tecido desvitalizado (amarelo, acastanhado, cinzento, verde e/ou castanho) e/ou necrótico (amarelo escuro, castanho ou preto), o que torna impossível a categorização da lesão até que o mesmo seja removido e seja exposta a base da ferida e identificada a sua profundidade. Um tecido necrótico seco, sem flutuação ou eritema, aderente e intacto, serve de “penso biológico natural” e não deve ser removido.

- Suspeita de lesão nos tecidos profundos: Profundidade indeterminada – Surge uma área vermelha escura ou púrpura na pele intacta e descolorida ou flictena preenchida com sangue. São provocadas por pressão e/ou cisalhamento no tecido subcutâneo adjacente e a área pode estar rodeada por tecido mais firme, mole, húmido, frio ou quente que o tecido adjacente. Pode ser difícil de identificar em indivíduos de pele escura e evoluir para uma flictena de espessura fina sobre uma ferida de cor escura e acabar por desenvolver uma fina camada de tecido necrótico. A evolução pode ser bastante rápida, expondo outras camadas de tecido adicionais, mesmo que tratadas.

2 – Prevenção das Úlceras por Pressão

A inexistência de úlceras por pressão é um indicador de qualidade dos cuidados ao paciente tendo constituído ao longo do tempo, por esta e outras razões, uma preocupação para os cuidadores, nomeadamente em doentes que tenha fatores de risco presentes. No entanto, estima-se que cerca de 95% das úlceras de pressão são evitáveis através da identificação precoce do grau de risco, sendo esta fundamental no planeamento e implementação de medidas para a sua prevenção e tratamento (DGS, 2016).

A presença de úlcera por pressão dificulta a qualidade de vida e aumenta o tempo de internamento hospitalar com maior risco de infeção nosocomial e renal (Agrawal e Chauhan, 2012), outro motivo que desperta a preocupação de quem cuida de doentes de risco.

As actividades preventivas incluem a identificação e selecção dos clientes com risco e providenciar cuidados apropriados. Desta forma, a existência de protocolos para as práticas preventivas induz os profissionais para a sua implementação, permitindo uma actuação mais efectiva, facilitando também a multidisciplinaridade dos cuidados. Após a identificação do cliente em risco, devem ser planificadas, implementadas e avaliadas as intervenções apropriadas.

(Rodrigues, 2009)

Assim, torna-se emergente detetar os indivíduos vulneráveis, nomeadamente idosos em declínio de mobilidade, a fim de evitar a perda de integridade da pele e suas complicações, uma vez que os estudos relacionam portadores de úlcera por pressão com elevadas taxas na morbidade e mortalidade. (Aguiar, Soares, Caliri, Costa e Oliveira, 2012).

Ao longo do internamento do doente, a viabilidade, implementação e eficácia das medidas de prevenção de úlceras de pressão devem ser reavaliadas e documentadas sistematicamente, de modo a que quaisquer alterações necessárias possam ser feitas (Anders et al, 2010).

2.1 – Avaliação estruturada do risco e fatores de risco

A avaliação estruturada do risco deve ser realizada nas primeiras 8 horas após a admissão e deve ser repetida sempre que haja alterações na condição de saúde do doente e consoante a sua acuidade. É também essencial uma observação cuidada da pele de

modo a identificar possíveis novas lesões e documentar todas as avaliações do risco (NPUAP/EPUAP/PPPIA, 2014).

É imprescindível o conhecimento por parte dos profissionais de saúde da etiologia e fisiopatologia das úlceras por pressão para uma correta avaliação do risco de as desenvolver, garantindo o planeamento de cuidados direcionados e individualizados, assim como a seleção das opções terapêuticas adequadas para reduzir esses riscos e evitar o aparecimento das lesões.

A etiologia da úlcera por pressão provém de vários fatores, extrínsecos e intrínsecos. Anders, Heinemann, Leffmann, Leutenegger, Pröfener & Renteln-Kruse (2010) identificam a pressão exercida por um período de tempo excessivo a causa mais importante causa das úlceras por pressão. Fleck, (2012, in Afonso, Afonso, Azevedo, Miranda & Alves, 2014) corrobora esta ideia, afirmando que “a pressão é o principal responsável pela isquemia e necrose dos tecidos, pela aplicação desta força perpendicular (pressão) exercida pelo peso do indivíduo contra uma superfície de apoio”.

Para além destes, existem outros fatores extrínsecos como as “forças de fricção e cisalhamento e, como intrínsecos, idade avançada (>80 anos), sexo, limitação nas atividades de vida diária, incontinência urinária e ou anal, anemia, infeção e estado nutricional” (Campos, Chagas, Costa, França & Jansen, 2010).

Para Lobo (2008), a idade é um dos fatores mais relevantes na fisiopatogénese das úlceras por pressão, associada às alterações decorrentes do envelhecimento; a pele humana é composta pela epiderme, camada mais externa, e pela derme, camada mais interna. A junção dermoepidermal, zona da membrana basal, separa as duas camadas e liga-as, simultaneamente. À medida que a pele envelhece, a membrana basal enfraquece e a área de contacto entre as duas camadas reduz-se em 50%, aumentando o risco de lesão cutânea por separação traumática das mesmas.

O envelhecimento provoca ainda diminuição das camadas de gordura, elastina e colagénio e secreção das glândulas sebáceas e conseqüente secura da pele. Esta torna-se, então, menos eficaz contra a perda de água, abrasão e infeção, com uma regulação termal menos eficiente e menos sensível aos estímulos tácteis e de dor, fatores que também contribuem para o aumento do risco de lesão (Baranosky e Ayello, 2006).

Outros fatores de risco identificados são o nível de consciência e percepção sensorial reduzidos, história prévia de úlcera por pressão, alterações cognitivas, imobilidade e disfuncionalidade do sistema imunitário (Campos, Chagas, Costa, França & Jansen, 2010). Mais recentemente foi estudado o conceito de microclima, que é nada mais que aquilo que descreve a influência da temperatura, humidade da pele e a circulação do ar na interface entre a superfície de apoio e a pele (Wounds International, 2010).

O uso contínuo de determinada medicação é comum em grande parte dos idosos, o que pode ser outro contributo para o aparecimento de lesões. Como exemplo tem-se os antihipertensores que reduzem o fluxo sanguíneo e a perfusão tecidual, tornando os tecidos mais suscetíveis à pressão, e os sedativos, que aumentam o tempo de imobilidade do indivíduo, nomeadamente durante o sono (Lobo, 2008).

Um estudo com 50 doentes realizado por Campos, Chagas, Costa, França e Jansen (2010) num hospital universitário no Brasil verifica uma relação entre mudança de decúbito, nível de atividade e uso de fralda, presença de doenças mentais, neurológicas, anemia, uso de antibióticos, anti-inflamatórios e imunossuppressores e incidência de úlceras por pressão. Relativamente ao estado nutricional foi, no mesmo estudo, encontrada associação positiva entre pacientes com úlcera por pressão e baixos valores da área muscular do braço, circunferência do tríceps sural, pregas cutâneas tricipital e subescapular, hemoglobina, hematócrito e ainda leucocitose.

Para avaliar os fatores de risco presentes em cada indivíduo, é essencial incluir uma avaliação da atividade/mobilidade e a condição da pele, considerando que as limitações da mobilidade têm bastante impacto no risco de lesão. Como tal, os indivíduos acamados e/ou confinados a uma cadeira de rodas devem ser considerados como em risco de desenvolver úlceras por pressão, devendo ser-lhes realizada uma avaliação completa do risco para orientação de intervenções preventivas, sendo que a condição geral da pele deve sempre ser considerada aquando da avaliação do risco de lesão (NPUAP, EPUAP e PPIA, 2014). Sempre que um indivíduo apresente uma úlcera por pressão deve ser considerado em risco de desenvolver novas úlceras por pressão.

A avaliação do risco de desenvolver úlceras por pressão é em Portugal, segundo Orientação da Direção Geral de Saúde, realizada através da utilização da Escala de Braden.

“A Escala de Braden apresenta 6 subescalas: percepção sensorial, humidade, atividade, mobilidade, nutrição, fricção e forças de deslizamento. Cada uma destas subescalas avalia o estado do doente, atribuindo-lhe uma classificação entre 1 e 4 (exceção do último que é de 1 a 3), comparando o estado do doente com o enunciado da escala e atribuindo o respetivo valor. A soma do valor atribuído em cada uma destas subescalas irá traduzir-se numericamente num valor entre 6 e 23, que traduz o risco de desenvolvimento de UP. Estratifica-se assim o risco, categorizando-os em “alto risco de desenvolvimento de úlceras de pressão” quando o valor final é inferior a 16 e “baixo risco de desenvolvimento de úlcera de pressão” quando o valor é igual ou superior a 17”.

(DGS – Direção Geral de Saúde, 2011)

É importante que o enfermeiro que aplique a escala entenda o significado de cada subescala pois só assim é possível realizar uma avaliação adequada do risco de modo a ser possível realizar intervenções direcionadas ao seu valor.

A subescala percepção sensorial refere-se à capacidade de reação significativa do doente ao desconforto e pretende determinar se existe alguma alteração nesta percepção que o impeça de manifestar a sua queixa.

A subescala humidade pretende identificar o nível de exposição da pele à humidade, ou seja, o tempo que os tecidos estão expostos a este fator de risco.

A subescala atividade refere-se ao nível de atividade física do doente, ou seja, se este deambula ou, por outro lado, está confinado à cama ou apenas sentado.

A subescala mobilidade refere-se à capacidade que o doente tem em mudar de posição.

A subescala nutrição determina se o doente se alimenta em quantidade e qualidade suficientes para garantir as condições ideais para o não aparecimento de lesões.

A subescala fricção e forças de deslizamento, como o nome indica, está relacionada com a capacidade do doente se posicionar/ser posicionado com ou sem fricção ou deslizamento da pele.

(DGS – Direção Geral de Saúde, 2011)

2.2 – Avaliação da pele e cuidados preventivos

“A avaliação da pele e dos tecidos é importante para prevenir, classificar, diagnosticar e tratar úlceras por pressão” (NPUAP, EPUAP, PPPIA, 2014).

Deve fazer parte do rastreio de avaliação do risco de úlcera por pressão de cada indivíduo e deve ser realizado, em caso de risco presente, no prazo máximo após a admissão, sempre que é realizada uma avaliação do risco e de forma contínua (com base no contexto clínico e no grau de risco do indivíduo) e antes deste receber alta. Nestes casos deve, também, inspecionar-se a pele quanto a áreas de eritema e, caso esteja presente, diferenciá-lo quanto à causa e ao grau – branqueável ou não branqueável. (NPUAP, EPUAP, PPPIA, 2014).

Tendo em conta a importância da inspeção da pele na prevenção de úlceras por pressão é necessário formar os profissionais de saúde para que desenvolvam competências na avaliação da pele, utilizando técnicas de identificação de resposta ao branqueamento, calor local, edema e endurecimento. A avaliação da dor local também deve fazer parte da avaliação. (NPUAP, EPUAP, PPPIA, 2014)

Sempre que exista deterioração do estado geral do doente deve aumentar-se a frequência da avaliação da pele. A observação cuidada dos locais em que é mais frequente desenvolverem-se úlceras por pressão é essencial, como a região sacrococcígea, trocânteres, omoplata, região occipital, maléolos e calcâneos, mas também sobre tecidos

moles que sofram pressão contínua. Os pontos de maior pressão para o indivíduo deitado incluem o sacro, calcâneos e occipital e no doente na posição de sentado, o local que está sob maior pressão são as tuberosidades isquiáticas (Alves et al., 2013 in Afonso, Afonso, Azevedo, Miranda & Alves, 2014).

Sempre que seja possível, deve evitar-se posicionar o indivíduo sobre uma área corporal que esteja ruborizada ou em que esteja presente uma úlcera por pressão (NPUAP/EPUAP/PPPIA, 2014).

A incontinência é reconhecida como sendo um grande fator de risco associado ao aparecimento de úlceras por pressão, uma vez que a tolerância da pele à pressão é diminuída pelos produtos de eliminação, causando maceração e proliferação bacteriana. Pode aumentar o risco de rutura da pele da região nadegueira, região sagrada junto ao sulco nadegueiro e cóccix (Stephens & Bartley, 2018).

Para minimizar a exposição à humidade, a pele deve ser limpa no momento da eliminação com um agente de limpeza suave para diminuir a irritação e secar (Duncan, 2007 in Kerri, Roosen, Fulbrook & Nowicki, 2010). Este agente deve ter um pH balanceado com o pH da pele (NPUAP, 2016).

Água e sabão não devem ser usados, uma vez que eliminam os lípidos protetores presentes na camada da epiderme assim como os fatores naturalmente hidratantes, tornando-a mais vulnerável a lesões (Peters, 2006 in Roosen, Fulbrook & Nowicki, 2010).

A aplicação de creme barreira com zinco também não deve ser uma opção pois dificulta a inspeção da pele e satura os poros do dispositivo de absorção, mantendo os resíduos de eliminação diretamente em contato com a pele. Deve então ser aplicado na região perineal um creme com base aquosa que permita a absorção dos resíduos e mantenha a pele seca (Whiteley, 2007 in Roosen, Fulbrook & Nowicki, 2010). A aplicação desde creme hidratante deve ser realizada diariamente na pele após esta estar seca (NPUAP, 2016).

A formação dos profissionais de saúde relativamente ao uso correto dos dispositivos de absorção pode ajudar na redução do risco de lesão (Roosen, Fulbrook & Nowicki, 2010).

2.3 – Nutrição na prevenção das úlceras por pressão

Muitos são os estudos realizados na área da nutrição, considerada como um determinante essencial na prevenção de úlceras por pressão, salientando a “desnutrição, alterações da função imune, hipoalbuminemia, níveis baixos de hemoglobina bem como a

baixa aceitação dietética, como responsáveis por aumentar o risco para o desenvolvimento dessas lesões” (Serpa e Santos, 2008).

Estudos realizados com pacientes de alto risco e hospitalizados mostrou que 29% estavam desnutridos e, em quatro semanas, 17% desses desenvolveram úlceras por pressão; apenas 9% dos pacientes não desnutridos sofreram deste tipo de lesão (Blanc, Meier, Stocco, Roehrs, Crozeta & Barbosa, 2015 in Oliveira, Haack & Fortes, 2017).

Outras pesquisas afirmam que a desnutrição grave em termos proteicos e calóricos altera a regeneração tecidual, a reação inflamatória e a função imune, tornando os indivíduos mais propícios ao seu desenvolvimento (Serpa e Santos, 2008). Como tal, é essencial que sejam realizados um rastreio e uma avaliação do estado nutricional do doente o quanto antes, de modo a poder ser realizado um plano de cuidados relativo à alimentação dos doentes definidos como em risco de desenvolver úlceras por pressão.

2.3.1 – Avaliação do Estado Nutricional e Planeamento de Cuidados

O objetivo para que se atinja a qualidade máxima passa por todas as instituições de saúde sejam responsáveis pela identificação de indivíduos em risco de desnutrição e lhes providenciem suporte nutricional adequado (National Institute for Health and Care Excellence, 2016).

De acordo com a NPUAP, EPUAP & PPIA (2014) “O rastreio nutricional é o processo utilizado para identificar os indivíduos que necessitam de uma avaliação completa do seu estado nutricional devido às características que os colocam em potencial risco nutricional”. Este deve ser realizado no momento da admissão na unidade de saúde, sempre que ocorra uma alteração relevante da condição clínica do doente ou quando não se verifica evolução cicatricial favorável da úlcera por pressão.

O peso corporal tem sido identificado como importante componente de indicadores nutricionais e tem sido apontado como um fator relacionado ao desenvolvimento e gravidade das úlceras por pressão. O emagrecimento reduz a camada de gordura reduzindo a proteção (Serpa e Santos, 2008). É assim essencial que a variação de peso seja frequentemente monitorizada (NPUAP, 2016).

Má nutrição é definida como uma condição em que a deficiência de nutrientes como os hidratos de carbono, proteínas, vitaminas ou minerais resulta em alterações mensuráveis na composição física, funcionalidade ou resultados clínicos do indivíduo (National Institute for Health and Care Excellence, 2016).

De acordo com NCOA (2018), existem diversos instrumentos para avaliação do estado nutricional do doente sendo de referir:

- A Malnutrition Screening Tool (MST), escala realizada e validada por Ferguson em 1999, simples e rápida, baseando-se na pesquisa de perda de peso e perda de apetite;
- A Mini Nutritional Assessment (MNA), escala validada construída por Guigoz & Vellas em 1994, que permite identificar e diferenciar doentes com idade igual ou superior a 65 anos que estejam desnutridos ou em risco de desnutrição daqueles que estão em condições de nutrição dentro do normal (Guigoz & Vellas, 1995). Originalmente com 18 questões, hoje em dia possui 6 com respostas cujo valor varia entre 0 e 3. Quanto menor o valor total, mais provável que se encontre desnutrido;
- A Malnutrition Universal Screening Tool (MUST), escala validada e desenvolvida pelo Malnutrition Advisory Group, comité permanente da British Association for Parenteral and Enteral Nutrition (BAPEN) em 2003, avaliando o estado nutricional do doente através da análise do Índice de Massa Corporal (IMC), perda de peso involuntária nos últimos 3 a 6 meses e redução presente da ingestão nutricional por doença grave (BAPEN, 2018);
- A Subjective Global Assessment (SGA) – escala criada em 1987 por Detsky et. al., fazendo uma avaliação do estado nutricional do doente baseando-se em 5 perguntas acerca de factos da história clínica e na observação física do mesmo e retirando uma conclusão do estado nutricional que se divide em bem nutrido, moderadamente (ou suspeito de) malnutrido e severamente malnutrido;
- A Nutrition Risk Screening (NRS-2002) – escala que pretende identificar a presença de doentes mal desnutridos ou em risco de desnutrição em contexto hospitalar. Para além dos componentes da avaliação nutricional presente na escala MUST, acrescenta uma classificação da doença presentemente existente como reflexo do aumento das necessidades nutricionais incluindo quatro perguntas pré-teste para eliminar doentes com baixo risco de desnutrição e avaliando o nível de risco dos doentes que o apresentam com base na intensidade da alteração nutricional dos últimos três meses e na gravidade da doença atual (Kondrup, Allison, Elia, Vellas & Plauth, 2003).

A ingestão alimentar deve ser cuidadosamente planeada de modo a suprimir todas as necessidades nutricionais do doente. O seu estado clínico influencia este planeamento pois as suas necessidades irão variar consoante a patologia e o risco de úlcera por pressão aumenta, se estas não estiverem totalmente cobertas (Posthauer, Banks, Dorner & Schols, 2015).

Para além disso, fatores físicos, funcionais e psicossociais podem inibir a ingestão inadequada e conseqüente perda de peso e desnutrição. Deficiências cognitivas, disfagia, depressão, interações medicamentosas com os alimentos, distúrbios gastrointestinais e

dependência na alimentação são aspetos vitais a ter em conta no planeamento dos cuidados relativos à alimentação (Posthauer, Banks, Dorner & Schols, 2015).

Como tal, sempre que possível, o enfermeiro deve acompanhar a refeição do doente para estimular a ingestão oral de alimentos (NPUAP, 2016).

A dieta de que o doente necessita, quer em tipo, quer em quantidade deve ser periodicamente revista para assegurar que ainda se mantém adequada às necessidades do doente. Caso necessário pode recorrer-se a suplementos ou fortificantes nutricionais orais (Posthauer, Banks, Dorner & Schols, 2015). Essas fórmulas são compostas principalmente por proteína, zinco, vitamina C, arginina e glutamina (Oliveira, Haack & Fortes, 2017).

A energia é obtida através de macronutrientes, sendo eles os hidratos de carbono, as gorduras e as proteínas e promove o anabolismo, sendo ainda responsável pela síntese de colagénio. A fonte primária de energia a que o organismo recorre é os hidratos de carbono e as gorduras sendo estas últimas as mais ricas em energia (Posthauer, Banks, Dorner & Schols, 2015). Em doentes desnutridos ocorre um hipermetabolismo e é necessário um maior aporte de calorias para o compensar e a sua ingestão deve ser definida através da avaliação individual do estado nutricional de cada doente (Dorner, Posthauer & Thomas, 2009). Em termos gerais, o fornecimento recomendado de calorias varia entre 30 a 35 kcal/kg/dia (Oliveira, Haack & Fortes, 2017).

A carência de proteínas está intimamente ligada a alterações no processo de cicatrização: provoca alterações na angiogénese, na proliferação dos fibroblastos, na síntese e função do colagénio e na resposta do sistema imunitário (Lobo, 2008). Para além disso, a ingestão de uma alimentação rica em proteínas reduz a incidência de úlceras por pressão em doentes em risco de as desenvolver em 25%. (Crowe & Brockbank, 2009). É ainda especialmente importante em idosos devido às alterações metabólicas e perda de massa muscular decorrente da diminuição da atividade física destes doentes frágeis (Oliveira, Haack & Fortes, 2017). A quantidade recomendada varia consoante os autores; Wolfe and Miller (2008) in (Posthauer, Banks, Dorner & Schols, 2015) defendem a ingestão de 0,8mg/kg de proteína num adulto saudável com pele íntegra. Oliveira, Haack & Fortes (2017) aumenta este valor para 1,2 a 1,5 g/kg/dia.

A água é o principal constituinte celular servindo como meio de transporte aos nutrientes e intervindo nas reações metabólicas do organismo, pela que a ausência da sua ingestão pode alterar processos como a regulação da temperatura corporal ou o normal funcionamento dos órgãos (Padrão, Lopes, Lima e Graça, 2014). A desnutrição, quando associada a um estado de desidratação, torna-se um fator de risco bastante importante pois reduz a elasticidade da pele (Lobo, 2008). Esta redução aumenta o risco de rutura dos tecidos e de úlcera por pressão, uma vez que a elasticidade aumenta a resistência da pele. Embora a ingestão recomendada de água varie consoante o estado clínico do doente, os

valores de referência recomendados são de 1 mL/kcal ingerida. Consumos reforçados de proteína, febre, vômitos, diarreia, diaforese ou presença de úlceras por pressão implicam reforço hídrico inerente (Posthauer, Banks, Dorner & Schols, 2015).

Relativamente às vitaminas e minerais, a vitamina A e o complexo B existem em abundância nos alimentos; A vitamina C, é responsável por dar origem ao colagénio e pode ser obtida através da ingestão regular de vegetais e fruta, nomeadamente citrinos. A vitamina D é necessária para absorção intestinal de cálcio e o zinco estimula a ação dos neutrófilos, sendo que a sua carência aumenta a suscetibilidade à infeção e uma cicatrização retardada. É também cofator na produção de colagénio. O ferro é responsável pela produção do grupo heme, presente nas hemácias e consequente oxigenação celular (Lobo, 2008).

2.4 – Reposicionamento e mobilização

As medidas apropriadas a aplicar em cada doente dependem do perfil individual do mesmo; no entanto, há dois pilares comuns em que devem assentar os cuidados a todos eles: incentivar a mobilização ativa e reduzir a pressão através de posicionamentos frequentes (Anders et al., 2010). Se um doente não se puder mover por um período de tempo prolongado, a pressão aplicada externamente sobre as superfícies corporais mais proeminentes pode exceder a pressão capilar dentro do tecido, com consequente interrupção da circulação, hipoxia, dano tecidual e, finalmente, necrose. A duração crítica da isquémia que pode causar uma úlcera por pressão varia muito entre os indivíduos; como regra geral, situa-se entre 30 e 240 minutos (Anders et al., 2010). Se já existir já uma úlcera de pressão e o doente continuar a deitar-se ou a realizar pressão na área afetada, o fluxo sanguíneo esgota-se naqueles tecidos e não há envio de oxigénio ou nutrientes para a ferida, nem remoção de produtos residuais (Moore & Cowman, 2015).

Além da pressão externa, a tolerância individual do tecido à isquemia também desempenha um papel muito importante. Pacientes com doença arterial obstrutiva periférica apresentam maior risco de desenvolver úlceras de pressão com má cicatrização; presume-se que a razão é que tais pacientes têm um tempo de reperfusão tardio após a pressão externa inicial ter sido removida (Anders et al., 2010).

A NPUAP (2016) determina alguns cuidados que devem ser tomados quando do reposicionamento dos doentes. A posição lateral de 90° está contraindicada pelo aumento da pressão que é exercida sobre os tecidos, pelo que o indivíduo deve ser deitado em semidorsal a 30°, devendo o profissional usar a sua mão para garantir que a região sagrada

não se encontra sob pressão. Os doentes dependentes de mobilização sentados em cadeiras devem ser posicionados de hora em hora. Durante a noite, o intervalo entre posicionamentos deve ser alongado para permitir o sono do doente. Stephens & Bartley (2018) defendem também que os doentes não devem permanecer sentados por mais de duas horas, uma vez que o peso corporal se encontra a realizar pressão numa pequena área – a região nadequeira, mencionando ainda que os principais locais em que se desenvolvem lesões quando o doente se encontra sentado são: os calcanhares, cotovelos, nuca, omoplatas, atrás e entre os joelhos, nos ísquiones, e coluna vertebral, em caso de doentes muito emagrecidos.

Outros estudos recomendam que se deve elevar a cabeceira da cama até no máximo 30° limitando o tempo de cabeceira elevada em posição lateral, pois o corpo do doente tem tendência a escorregar, ocasionando fricção e cisalhamento, e devendo alternar-se entre decúbito lateral direito, dorsal e esquerdo. Caso o doente estiver sentado no leito, deve colocar-se a 30° na posição de semi-Fowler se o mesmo tolerar estas posições e a sua condição clínica permitir, não elevando a cabeceira em ângulo superior, de modo a evitar o aumento da pressão no sacro e no cóccix. Pacientes em ventilação mecânica e traqueostomizados com ventilação não invasiva são exceções, podendo elevar-se a cabeceira até 45° para prevenção de pneumonia associada ao ventilador (Olkoski & Assis, 2016).

Relativamente aos calcâneos, estes devem ser elevados de tal forma que o peso da perna seja distribuído ao longo da sua parte posterior, sem colocar pressão sobre o tendão de Aquiles e o joelho deve ter ligeira flexão. Deve usar-se uma almofada abaixo das pernas para elevar completamente os calcâneos e mantê-los flutuantes (Institute for Healthcare Improvement & EPUAP e NPUAP in Olkoski & Assis, 2016).

Uma vez que as úlceras por pressão são provocadas por forças de pressão e cisalhamento, a redução destes dois fatores possivelmente desencadeadores de uma lesão deve ser proporcionada. Isto pode ser possível através da utilização frequente de superfícies de apoio que devem ser escolhidas consoante o nível de imobilidade do doente, a exposição ao cisalhamento, humidade da pele, perfusão, tamanho do corpo e peso do indivíduo (NPUAP, 2016). Existem diversos mecanismos de alívio de pressão e cisalhamento, tais como a redistribuição do peso na máxima superfície corporal possível, alternância mecânica da pressão abaixo do corpo para redução da pressão aplicada ou combinando estas duas opções (Shi, Dumville & Cullum, 2018).

É possível dividir as superfícies de apoio consoante o nível tecnológico:

1. Superfícies de apoio “low-tech”

- Colchões tradicionais;

- Colchões ou coberturas de espuma alternativos (espuma enrolada ou em cubos), de gel, de fibra, de ar, de água ou pequenas “pérolas” – todos estes têm como objetivo redistribuir a pressão por todo o corpo e são, geralmente, de baixa pressão constante;
2. Superfícies de apoio “high-tech”
- Colchões/superfícies de pressão alterna – o doente encontra-se deitado sobre bolsas de ar que vão sequencialmente insuflando e desinsuflando, provocando o alívio de pressão. Podem possuir sensores de pressão incluídos;
 - Camas fluidizadas a ar: o ar aquecido circula através de finas pérolas de cerâmica cobertas por uma folha permeável; permite maior área de contato com o corpo do doente (baixa pressão constante);
 - Camas de baixa perda de ar: o doente encontra-se deitado sobre bolsas de ar pelas quais circula ar aquecido (baixa pressão constante).
3. Outras superfícies de apoio
- Camas articuladas, mecânica ou eletricamente – permitem a mobilização do doente e consequente alívio de pressão;
 - Sobreposições para a mesa cirúrgica – têm como objetivo redistribuir a pressão por todo o corpo;
 - Almofadas para cadeira de rodas que reduzem a pressões aumentando a área de superfície em contato ou almofadas de pressão alterna;
 - Almofadas de diferentes formatos para proteger as proeminências ósseas.

(McInnes et al, 2015; Shi, Dumville & Cullum, 2018).

Os colchões de espuma comuns utilizados a nível hospitalar não são adequados às necessidades dos doentes com alto risco de desenvolver úlceras por pressão. Devem ser privilegiados colchões de pressão alterna em vez de sobreposições com a mesma função (McInnes et al, 2015).

Segundo um estudo realizado por Shi, Dumville & Cullum (2018), superfícies de ar elétricas e superfícies de ar híbridas provavelmente reduzem a incidência de úlceras de pressão em 58% e 78%, respetivamente, em comparação com os colchões hospitalares padrão; no entanto, estas são menos confortáveis do que as tradicionais.

Relativamente às superfícies de apoio para cadeira de rodas, a escolha deve ser individualizada e é importante ser fornecida uma almofada que atenda às necessidades de proteção de cada tipo de pele por um profissional competente na área de modo a escolher o material mais adequado às características pessoais do doente (Brienza et al, 2010). Embora esta escolha deva ser tida em relação a todo o tipo de doente, é crucial para o conforto, função e manutenção da integridade da pele de doentes com maior risco de desenvolver úlcera por pressão. (Brienza et al, 2010).

O ajuste da cadeira de rodas é outro cuidado a ter pois caso isso não aconteça, pode resultar em má postura (por exemplo, rotação pélvica, obliquidade pélvica) com consequente aumento de pressão e indução de isquemia, acreditando-se que seja o principal fator que leva ao desenvolvimento de úlceras de pressão. Almofadas/cadeiras estáticas de espuma, gel, ar ou água, podem ser úteis redistribuindo a pressão nos pontos ósseos na área pélvica do indivíduo sentado, no entanto importa reter que as superfícies de apoio não substituem o posicionamento regular do doente (Brienza et al, 2010).

Existe outro tipo de úlcera por pressão não tão referenciado nem documentado, mas que ocorre frequentemente, principalmente em serviços em que os doentes estão mais instáveis. São as úlceras provocadas por dispositivos médicos e resultam da utilização de dispositivos para fins diagnósticos ou terapêuticos e devem ser classificadas pelo sistema comum de classificação de úlceras por pressão. No entanto, caso esta ocorra na membrana mucosa, devido à anatomia do tecido, não poderá ser classificada (NPUAP, 2016). Muitos tipos diferentes de dispositivos médicos têm sido identificados como causadores de danos por pressão (cateteres, tubos de oxigênio, tubulação do ventilador, colares cervicais semirrígidos), enfatizando-se, assim, a importância de vigiar a pele quanto a danos causados por pressão devidos aos mesmos (NPUAP, EPUAP & PPIA in Olkoski & Assis, 2016).

Terapêutica sedativa, encefalopatia, lesão neurológica e neuropatia grave podem impedir que o doente tenha consciência da pressão sobre as diferentes zonas do corpo e o impeçam de se movimentar para impedir a isquemia tecidual. O edema muitas vezes desenvolvido em doentes críticos faz aumentar a fragilidade da pele, aumentando consequentemente o risco de úlcera provocado pelos dispositivos médicos de que estes doentes frequentemente estão dependentes e a humidade faz aumentar em cinco vezes o atrito provocado pelos mesmos. (Black et al, 2010:359).

A NPUAP, EPUAP E PPIA (2014) recomendam, assim, inspecionar a pele sob e ao redor dos dispositivos médicos, pelo menos duas vezes por dia, para identificar sinais de úlcera por pressão no tecido circundante, fazendo avaliações mais frequentes em indivíduos vulneráveis a alterações de fluidos e/ou indivíduos com sinais de edema localizado/generalizado. Para além disso, o dispositivo médico deve ser de tamanho adequado à anatomia do doente, deve almofadar-se as zonas com mais proeminências ósseas e, consequentemente, com risco aumentado, remover ou mover os dispositivos, pelo menos uma vez por dia, para avaliar a pele, evitar sua colocação em locais de úlcera prévia ou atualmente existente e ter o cuidado de não deixar os dispositivos por baixo da pele do doente.

3 – Doentes Particulares

Como já foi referido no capítulo anterior há vários fatores num doente crítico que agravam o risco de desenvolver uma lesão causada por dispositivos médicos, nomeadamente a utilização de terapêutica sedativa, lesões neurológicas graves ou necessidade de sedação/curarização do doente. Logicamente isto vai impedir que o doente se aperceba da dor e se movimente para aliviar a pressão tecidual e é por isso que a atenção da equipa de enfermagem deve ser redobrada. O edema e a humidade podem também fazer aumentar a fragilidade da pele, aumentando conseqüentemente o risco de úlcera (Black et al, 2010). Também é constante que estes doentes sejam grandes utilizadores de dispositivos médicos, nomeadamente tubo orotraqueal máscara facial, sonda nasogástrica ou vesical e oximetria de pulso.

Cox & Roche (2015) realizaram uma pesquisa através da qual concluíram que a associação de vasopressina e noradrenalina fazem aumentar o risco de úlcera por pressão, pelo que a necessidade de mobilização aumenta e os reposicionamentos constantes devem ser priorizados. Tayyib, Coyer, & Lewis (2013) corroboram que a utilização de noradrenalina aumenta o risco de úlcera, acrescentando que isto se deve ao efeito vasoconstritor que a mesma provoca.

O doente cirúrgico é outro doente de risco, uma vez que o seu posicionamento para uma cirurgia depende de vários fatores, nomeadamente do tipo de cirurgia, preferência do cirurgião, necessidade de acesso ao doente por parte do anestesista e condição clínica do doente (Nilsson, 2018).

Tal como grande parte dos doentes críticos em Cuidados Intensivos, os doentes cirúrgicos não irão mover-se durante um certo período de tempo devido à sedação/anestesia, que também, por si só, podem provocar vasoconstrição com conseqüente diminuição da perfusão sanguínea, sendo que os doentes submetidos a anestesia epidural correm maior risco de desenvolverem lesões devido à pressão. Logicamente que o tempo de duração da cirurgia vai influenciar o tempo de isquemia tecidual e o risco de úlcera e, como tal, as organizações devem considerar o uso de dispositivos de alívio de pressão selecionados para pacientes de alto risco na sala de cirurgia, pois isso está associado a uma redução na incidência pós-operatória de úlceras por pressão. (McInnes et al, 2015).

Comorbilidades como a diabetes, hipertensão perioperatória, doenças respiratórias e vasculares foram identificadas como sendo fatores de risco para o desenvolvimento de úlceras por pressão no período intraoperatório (Nilsson, 2018). Engels *et al.* (2016)

identificaram, numa revisão sistemática da literatura, mais alguns fatores: incontinência, sépsis, tempo de cirurgia superior a 60 minutos e hipotermia.

A atenção redobrada na proteção das áreas vulneráveis, observação e assistência frequentes e mobilização precoces ajudam a reduzir o risco (Nilsson, 2018), sendo que o procedimento alternância de posicionamento deve ser realizado lentamente para favorecer a adaptação fisiológica uma vez que uma mudança abrupta da posição pode causar hipotensão severa devido a mudança súbita do fluxo circulatório (Miranda et al, 2016).

Relativamente aos doentes pediátricos, a evidência disponível em relação às úlceras por pressão é limitada e existem razões teóricas para se ter cuidado antes de extrapolar dados de adultos, uma vez que existem diferenças na composição corporal (sendo que esta se altera rapidamente com o crescimento), locais comuns de lesão por pressão e na associação com dispositivos médicos (Freundlich, 2017).

Em geral, os bebês têm menos músculos e mais gordura que os adultos, o que torna o tecido subcutâneo mais macio e mais suscetível à deformação perante a aplicação da mesma força.

Embora o sacro, nádegas e calcâneos sejam os mais prevalentes locais para lesões por pressão em adultos (VanGilder, Macfarlane & Meyer in Freundlich, 2017), os locais mais comuns de úlcera por pressão em doentes pediátricos num hospital de atendimento terciário foram as orelhas e occipital (Groeneveld et al in Freundlich, 2017). É então necessário proteger principalmente estas zonas com superfícies de apoio adequadas à anatomia do doente pediátrico.

4 – Administração Hospitalar e Protocolos de Prevenção

A alteração de medidas preventivas e a existência de protocolos definidos que partam da comunidade administrativa das unidades de saúde é uma batalha que continua a ser travada e é frequentemente um assunto deixado para segunda ordem por não haver consciência da gravidade que estas lesões podem trazer na qualidade de vida do doente e cuidadores. Ainda assim, é visível que as boas práticas são essenciais.

“(..). A ocorrência de incidentes de segurança durante a prestação de cuidados de saúde está intimamente ligada quer ao nível de cultura de segurança existente nas instituições que prestam estes cuidados, quer à sua organização, havendo evidência que demonstra que o risco de ocorrerem aumenta dez vezes nas instituições que negligenciam o investimento nas boas práticas de segurança dos cuidados de saúde. As consequências nefastas resultantes de incidentes ocorridos na prestação de cuidados de saúde têm repercussão humana, física e emocional, nos doentes e nas suas famílias, mas também têm repercussões estratégicas na reputação do SNS e na sua economia”

(Diário da República, 2015)

Segundo o que a própria DGS referiu em 2016, é necessário que as instituições realizem, de forma sistemática, a avaliação do risco, a prevenção e o tratamento das úlceras de pressão, de acordo com a realidade institucional, e que realizem auditorias internas para assegurar a melhoria contínua destas práticas. Os resultados destas auditorias devem ser reportados à Direção-Geral da Saúde, que deve proceder à revisão das orientações nacionais em vigor. É igualmente urgente implementar planos de gestão do tratamento da úlcera por pressão e de comunicação e educação quer ao doente quer ao cuidador. “De facto, as instituições prestadoras de cuidados de saúde devem ter sistemas e estruturas de governação para a prevenção e a gestão de úlceras por pressão, designadamente, a implementação de procedimentos e protocolos baseados na melhor evidência e a avaliação do risco e sistemas de notificação para identificar, investigar e atuar com prontidão para reduzir a frequência e a severidade das úlceras por pressão.” (DGS, 2016)

Os enfermeiros formam a grande maioria dos profissionais de saúde presentes nas instituições e é essencial que utilizem a melhor e mais atual prática baseada na evidência existente para garantir a excelência dos cuidados; tendo em conta que uma das barreiras que encontram passa pela estrutura organizacional, é importante rever modelos e protocolos

para melhorar os cuidados e a própria instituição (Flodgren, Rojas-Reyes, Cole & Foxcroft, 2012). Um estudo realizado em 2012 por Rogenski & Kurcgant numa unidade de Cuidados Intensivos de um Hospital no Brasil confirma que a existência de protocolos de avaliação de risco e prevenção são fundamentais no controlo da incidência de úlceras por pressão, uma vez que a incidência das mesmas naquele serviço reduziu de 41,02 para 23,1%, após a sua implementação. O mesmo aconteceu noutra Unidade de Cuidados Intensivos no Brasil em que, após a implementação de um protocolo de prevenção de úlceras por pressão, houve aumento do número de avaliações de risco de úlcera por pressão, de avaliações da pele e observação de proeminências ósseas, higienização dos doente, posicionamento da cabeceira até 30°, lateralização do corpo a 30°, elevação dos calcâneos, elevação do paciente do leito na movimentação, utilização de apoio para diminuir a pressão na região dorsal e proteção das proeminências ósseas a nível do joelho (Vasconcelos e Caliri, 2017).

Um estudo realizado por Dilie e Mengistu em 2015 em vários hospitais da Etiópia acrescenta que os enfermeiros que trabalham sem quaisquer diretrizes ou protocolos são menos propensos a aplicar ações preventivas em relação às úlceras por pressão.

Existem outras dificuldades ligadas à prevenção de úlceras por pressão na gestão das unidades de saúde e Navas-Torres y Cols in Homs-Romero (2018) estabelecem, através das suas pesquisas, uma relação entre estas e a falta de recursos materiais para a prevenção e ainda um rácio enfermeiro/paciente insuficiente para a prestação adequada de cuidados. Este é um problema frequentemente existente nas instituições, já que é comum que o enfermeiro não tenha ao seu dispor os materiais mais adequados para prevenir ou mesmo tratar as úlceras por pressão e o número de doentes com grau de dependência elevado que lhe é distribuído em cada turno é claramente incompatível com boas práticas de enfermagem.

Em 2015 foi realizada uma pesquisa por Nuru, Zewdu, Amsalu & Mehretie a 248 enfermeiros num hospital de Gondar, Etiópia acerca do conhecimento e práticas na prevenção das úlceras por pressão. Relativamente à parte administrativa concluiu-se que enfermeiros que estavam satisfeitos com a liderança em enfermagem estavam cerca de 2 vezes mais propensos a ter boas práticas de prevenção de úlcera de pressão quando comparado com aqueles que não o estavam. Por sua vez, em relação aos participantes que concordaram sobre a escassez de pessoal no trabalho era 93% menos provável que estes exercessem boas práticas do que inquiridos que discordaram sobre a escassez de pessoal.

O Hospital Amato Lusitano de Castelo Branco, local da realização deste estudo, dispõe de uma Comissão Interna de Prevenção e Tratamento de Feridas, um grupo institucional da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco (ULSCB) que se dedica à

prevenção e tratamento de feridas de difícil cicatrização e cuidados aos doentes ostomizados, cujo objetivo é implementar normas de procedimento de modo a uniformizar a prevenção e tratamento de feridas na ULSCB, promovendo o acesso à formação e atualização científica dos elementos constituintes da Comissão de Prevenção e Tratamento de feridas, a formação dos prestadores de cuidados na prevenção e tratamento de Feridas de difícil cicatrização, implementando sistemas de avaliação do risco de aparecimento de Feridas de difícil cicatrização e elaborando guias de boas práticas, de modo a uniformizar procedimentos e reduzir custos atendendo às guidelines mais recentes.

Precisamente para uniformizar procedimentos, foi elaborado por esta Comissão um Algoritmo de Boas Práticas na Prevenção de Úlceras por Pressão (Cf. Figura 1)

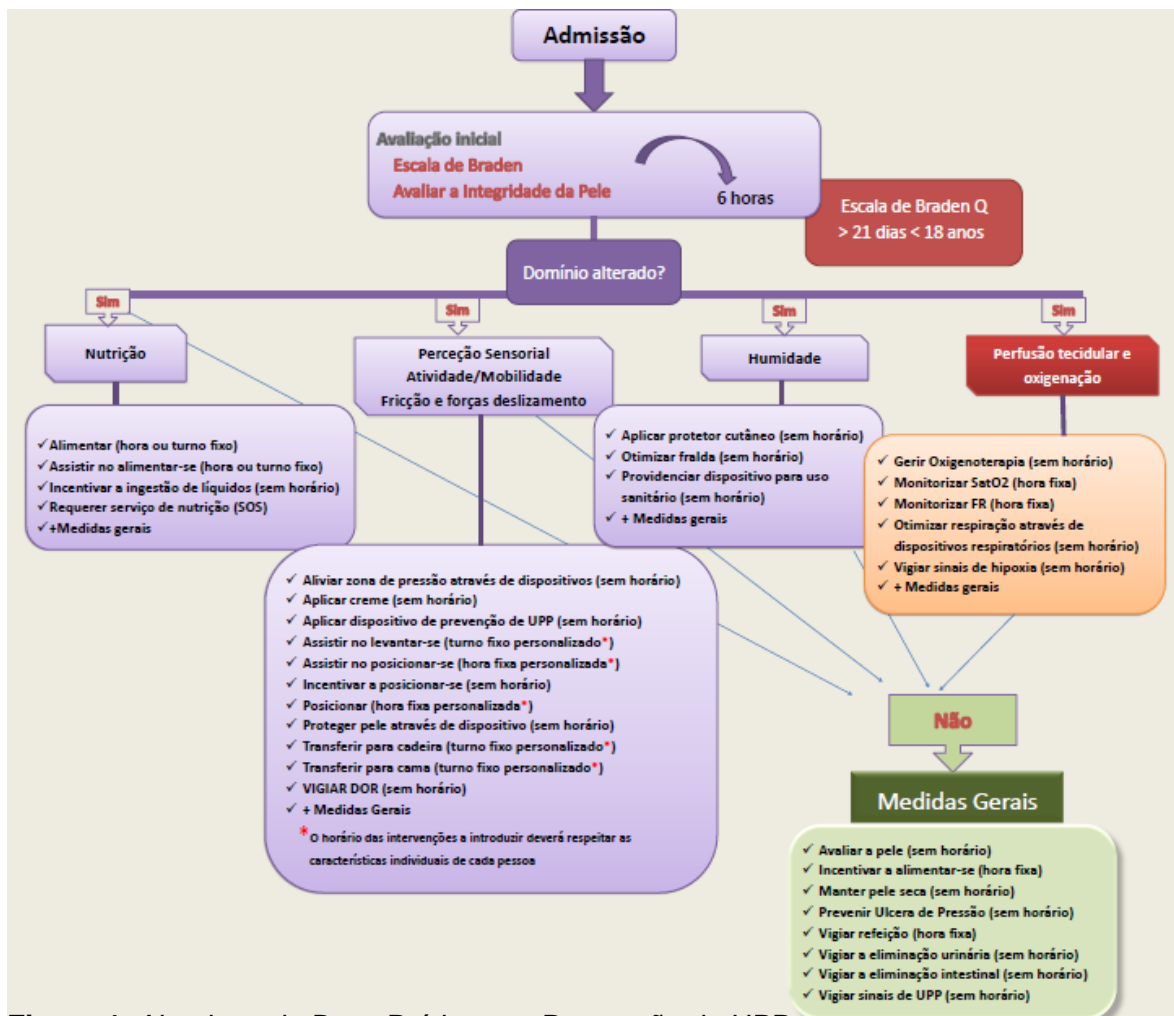


Figura 1: Algoritmo de Boas Práticas na Prevenção de UPP
Fonte: Comissão de Feridas, HAL

5 – Conhecimentos e atitudes dos enfermeiros na prevenção das úlceras por pressão

Para que exista um equilíbrio entre teoria e prática, a aquisição de conhecimentos atuais e a sua utilização nas decisões clínicas e competências práticas deve ser adotada como atitude contínua do profissional em todas as suas ações. Existem várias entidades com páginas informáticas que disponibilizam documentos como guidelines, estudos e artigos com informação atual e precisa para que seja possível exercer uma prática baseada na evidência, nomeadamente a NPUAP, EPUAP, PPPIA e ELCOS.

A formação é essencial em todas as equipas, uma vez que garante que todos os seus membros saibam como prevenir e tratar úlceras por pressão de acordo com a melhor evidência disponível e existem inúmeros estudos que demonstram a relação entre a formação e os níveis de conhecimento. A prática baseada na evidência permite então que sejam prestados ao doente cuidados de qualidade com conhecimentos obtidos em pesquisas recentes e certificadas (Stevens, 2013).

Beeckman, Defloor, Schoonoven & Vanderwee em 2011 realizaram uma pesquisa a um total de 553 de enfermeiros que responderam a ferramentas de avaliação de conhecimentos e atitudes em relação à prevenção de úlceras por pressão e obtiveram que apenas 23,5% desta amostra detinha valores de conhecimento superiores a 60%. Enfermeiros que tiveram formação adicional sobre prevenção de úlceras por pressão apresentaram maiores scores de conhecimento do que aquelas que não a frequentaram. Enfermeiros apenas com formação base também demonstraram deter menos conhecimentos que aqueles que frequentaram estudos posteriormente. No entanto, os enfermeiros dos serviços em que se obtiveram scores gerais de conhecimento mais elevados não apresentaram valores mais altos na aplicação de medidas preventivas de úlcera por pressão, o que pode significar que apesar dos profissionais possuírem um grau de conhecimento mais elevado, não compreendem a necessidade de agir de forma mais adequada na prática (Beeckman, Defloor, Schoonoven & Vanderwee, 2011). Por outro lado, Dilie e Mengistu, em 2015, na Etiópia identificou o inverso, destacando uma forte correlação entre o conhecimento e a prática de prevenção de úlcera por pressão: enfermeiros com menos conhecimento eram menos propensos a aplicar uma prática preventiva do que aqueles que possuíam mais conhecimento.

Um estudo realizado em 2010 por Miyazaki, Caliri & Santos num hospital universitário do Brasil, concluiu também que o conhecimento dos enfermeiros acerca da prevenção de úlceras por pressão era insuficiente uma vez que só acertaram em cerca de

79,4% dos itens questionados. O mesmo teste aplicado em dois hospitais americanos resultou numa média de 71,3% de acertos e o valor era maior em enfermeiros que tinham assistido a uma palestra ou realizado leituras de artigos sobre o assunto no último ano, o que mais uma vez retrata a importância da formação. Esta informação é corroborada por um estudo desenvolvido por Olkoski & Assis, 2016, que compara o comportamento dos enfermeiros relativamente à prevenção de úlceras por pressão antes e após uma campanha educativa verificou-se que existiram melhorias relativamente ao reposicionamento e lateralização dos doentes, elevação correta da cabeceira dos doentes, elevação dos calcâneos e utilização de almofadas. Conclui-se ainda que estes tinham sido os itens mais debatidos durante a ação de formação, o que faz prever que o ensino deve ser intensivo e sistemático relativo a todas as áreas da prevenção das úlceras por pressão.

Tavares et al (2014), desenvolvem uma investigação com 1068 enfermeiros portugueses, identificando-os como tendo baixos conhecimentos, sendo os indivíduos do sexo masculino quem tinha mais conhecimentos em relação às mulheres. Verificou-se, também, uma baixa correlação entre o conhecimento e a idade. Relativamente à atitude na prevenção, esta demonstrou-se positiva e identificou-se também uma baixa correlação entre esta e a idade.

Numa pesquisa de 2015 realizada por Nuru, Zewdu, Amsalu & Mehretie, conclui-se que 91,1% dos enfermeiros nunca tinha recebido formação acerca do tema e que 89,9% deles não estavam a utilizar quaisquer diretrizes existentes sobre avaliação e prevenção de riscos de úlcera de pressão. Mais da metade dos inquiridos (53,2%) não estavam satisfeitos com a liderança de enfermagem do hospital e 78,6% dos enfermeiros discordaram do tempo dado para cada atendimento ao paciente. Apesar de apenas 43,5% terem referido escassez de recursos, 88,3% concordou que as instalações e equipamentos eram inadequados às necessidades existentes. 54,4% tinham bons conhecimentos acerca de prevenção, no entanto, 51,6% assumiram ter más práticas. Uma conclusão interessante deste estudo foi que apesar de existir uma relação significativa entre mais anos de experiência, melhor formação e maior grau académico e um maior nível de conhecimentos acerca do tema, o mesmo não se verificou entre o nível de conhecimentos e a disponibilidade de acesso à informação, o que pode significar que apesar da informação estar ao nosso alcance no dia-a-dia, nem sempre estamos dispostos a informar-nos.

Tirgari, Mirshekari e Forouzi (2018) desenvolveram um estudo numa unidade de cuidados intensivos do Irão acerca de Úlceras por Pressão, tendo sido utilizado o mesmo Questionário que foi utilizado nesta Investigação. Concluíram que a categoria que apresentava melhores médias de conhecimento era a que dizia respeito à "Nutrição". As categorias etiologia e desenvolvimento e a classificação foram aquelas que obtiveram

médias mais baixas, revelando ainda os conhecimentos serem insuficientes. Das diversas categorias de conhecimento, houve uma relação significativa entre a classificação e observação e redução da duração da pressão com a atitude dos enfermeiros inquiridos. Revelaram-se ainda diferenças significativas entre o nível de conhecimento e a idade, as habilitações profissionais e a formação prévia em úlceras por pressão. O mesmo não se verificou em relação ao género, habilitações académicas e anos de experiência.

A formação deve então ser permanente e a construção do conhecimento faz-se no encontro, na interdisciplinaridade e na contextualização do aprendido e do vivido e é a deteção e o contato com os desconfortos experimentados no quotidiano do trabalho que permitem e estimulam para a mudança uma pessoa ou uma organização (Flores, Oliveira e Zocche, 2016).

Silva et al (2017) defendem que se deve incentivar os enfermeiros a realizar pesquisa logo desde o curso de Licenciatura em Enfermagem, uma vez que isso promove o desenvolvimento da sua visão acerca da investigação como alicerce para a sua prática profissional e lhe vai permitir desenvolver competências no processo de tomada de decisão com sustentação científica e a segurança para fundamentar as suas escolhas, assegurando uma prática baseada nas melhores evidências científicas. “A pesquisa em enfermagem exerce enorme influência sobre a prática profissional atual e futura da enfermagem, tornando-a componente essencial do processo educativo” (Tingen et al, 2009). Flores, Oliveira e Zocche (2016) corroboram esta opinião, acrescentando que durante o curso, o estudante de enfermagem deve obter competências suficientes para cuidar de indivíduos em risco de desenvolver UP ou que apresentem feridas instaladas durante a prática assistencial.

Como tal, torna-se fundamental desenvolver estratégias de ensino que enfoquem uma melhor qualificação e capacitação de futuros profissionais, visando a segurança e a qualidade dos cuidados oferecidos aos pacientes.

Existem diversas definições na literatura para atitude. No dicionário da Língua Portuguesa define-se como postura ou demonstração de uma intenção (2003-2019). Durante o exercício da profissão de enfermagem, as atitudes são extremamente importantes pois definem comportamentos que se refletem em vidas humanas.

Etafa, Argaw, Gemechu & Melese (2018) realizaram pesquisa em seis hospitais de Addis Ababa e chegaram à conclusão que a maioria dos enfermeiros apresentava uma atitude negativa em relação à prevenção de úlcera por pressão (52,2%). O nível académico dos enfermeiros e os anos de experiência não tiveram efeito significativo na atitude dos enfermeiros e aqueles que tinham recebido formação sobre úlceras por pressão e leram

artigos de pesquisa sobre o tema não obtiveram atitudes mais altas do que aqueles que não o fizeram. Beeckman, Defloor, Schoonoven & Vanderwee (2011) por sua vez, no seu estudo realizado na Bélgica, encontraram correlação positiva entre a atitude dos enfermeiros em relação à prioridade dada à prevenção, o score total de conhecimento e a aplicação de prevenção adequada, o que significava existir relação entre a atitude em relação à prevenção, o conhecimento e a prevenção propriamente dita. Islam (2010) na investigação realizada no Bangladesh, verificava uma correlação positiva entre as atitudes dos enfermeiros e a prática mas o mesmo já não acontecia entre o conhecimento e a atitude nem entre o conhecimento e a prática.

Na Jordânia foi aplicado um questionário por Habiballah (2018) a enfermeiros de Unidades de Cuidados Intensivos de 3 hospitais para investigar a atitude de enfermeiros em relação às úlceras por pressão e os achados sugerem que os enfermeiros têm, no global, atitudes positivas. Foram obtidas neste estudo diferenças estatísticas significativas entre os anos de experiência e a formação na área; os inquiridos com mais anos de experiência tinham atitudes mais positivas do que os menos experientes e aqueles que tinham formação na área tinham também uma atitude mais positiva que aqueles que não eram formados. Com a variável género também se verificaram diferenças significativas e eram as mulheres quem tinha atitudes mais positivas.

Num Centro Oncológico da Arábia Saudita verificou-se também pelos enfermeiros uma atitude positiva relativamente à prevenção: 77% considerava a prevenção prioritária ao tratamento. Apesar disso, 82% tinha pouco interesse no tema (Hamdan *et al.*, 2018).

Num estudo realizado por Kallman e Suserud em 2009 na Suécia verificou-se que 95% dos enfermeiros inquiridos se preocupava com a prevenção e que 94% considerava as Úlceras por Pressão evitáveis. 75% identificava o posicionamento como meio de prevenção, 67% as almofadas, 42% o alívio de pressão e, 40%, a nutrição. Aqueles que tinham realizado formação tinham mais conhecimentos que aqueles que não o fizeram. Também num Hospital na Turquia (Unver *et al.*, 2017) se verificou que o score médio de atitudes foi maior em enfermeiros que haviam participando em formações sobre úlceras por pressão do que naqueles que não o fizeram. A análise estatística das características dos enfermeiros revelou não existir diferença significativa entre o score médio de atitudes nem o género, as habilitações literárias, a idade ou os anos de experiência.

Em Espanha Homs-Romero (2018) questionou a 327 enfermeiras empregadas em hospitais, lares e centros de saúde se as úlceras por pressão eram evitáveis, ao que 98% responderam que sim e 61,4% consideraram-nas um efeito adverso grave.

No entanto, na capital da Etiópia, em 2018, Etafa et al, verificaram em 6 Hospitais Públicos, que mais de metade (52,2%) dos enfermeiros apresentavam uma atitude negativa. Referiam sentir que todos os seus pacientes se encontravam em risco de desenvolver úlceras por pressão e que o tratamento das lesões era prioritário à sua prevenção. Neste estudo verificava-se diferenças estatisticamente significativas entre o género e a atitude, sendo que os inquiridos do sexo masculino apresentavam uma atitude mais positiva que os do sexo feminino. 74,8% dos inquiridos apresentavam interesse no tema e a idade, as habilitações literárias e a formação não exerciam influência nas atitudes.

No Chipre, Charalambos et al (2018) evidenciou a importância dos conhecimentos na prevenção, identificando uma correlação positiva entre os conhecimentos e as atitudes. A idade foi observada também como um fator determinante – os inquiridos com idades iguais ou superiores a 29 tinham valores de atitudes superiores aos inquiridos mais novos. A correlação entre conhecimentos e atitudes indica que existe a possibilidade de, caso melhoramos os níveis de conhecimento através de programas educacionais, ser possível obter uma melhoria ainda maior nos níveis de atitudes. No entanto, Aslan e van Giersbergen, (2016) realizaram um estudo em Izmir na Turquia com 426 enfermeiros. O score médio das atitudes obtido foi de 84.12% e verificou-se não ter relação significativa com as variáveis idade, género, anos de experiência, nível educacional ou formação prévia em úlceras por pressão. Os enfermeiros que leram um instrumento tao simples como o "EPUAP and NPUAP Pressure Ulcer Treatment Quick Reference Guide" tinham médias de atitude significativamente mais altas do que aqueles que não leram.

6 – Fatores e barreiras à prevenção

Em relação às barreiras existentes à prevenção de úlceras por pressão, foram identificadas várias, num estudo realizado em 2014 por Mwebaza, Katende, Groves e Nankumbi em Uganda, em que os enfermeiros mencionam a falta de recursos materiais como superfícies de apoio, recursos humanos e consequente excesso de carga horária, acesso reduzido a informação acerca de úlceras por pressão, falta de colaboração por parte dos doentes e carência de formação durante o curso básico. Tubaishat, Aljezawi & Al Qadire haviam chegado, em 2013, aproximadamente às mesmas conclusões num estudo realizado em quatro hospitais da Jordânia: a falta de pessoal foi identificada como a principal barreira, seguida da falta de tempo. Foram ainda mencionadas a falta de colaboração por parte dos doentes, a falta de cooperação entre os diversos profissionais de saúde e a falta de satisfação no trabalho.

A pesquisa de Etafa et al (2018) em seis hospitais de Addis Ababa resultou mais uma vez na identificação de escassez de recursos / equipamentos (67,7%), excesso de carga de trabalho e formação inadequada como barreiras à prevenção eficaz e surgiu ainda o fator pessoal inadequado ao tipo de trabalho.

Silva et al (2017) refere que o baixo consumo de pesquisa do enfermeiro tem como um fator de origem a fragilidade para o posicionamento e autonomia da profissão perante a equipa multiprofissional de saúde, gerando incertezas, insegurança e desmotivação que acabam por fazê-lo desistir de realizar investigação.

No estudo anteriormente referido realizado por Hamdan et al, 2018 na Arábia Saudita, as principais barreiras à prevenção referidas foram a condição geral do doente (nomeadamente a existência de dor ou dispositivos externos) e falta de cooperação ou instabilidade por parte do doente. Referiram, também, a falta de tempo, de recursos humanos e equipamentos e a falta de responsabilidade legal pela segurança do doente.

No estudo realizado por Etafa et al na Etiópia em 2018, as barreiras identificadas foram a sobrecarga de trabalho, a falta de pessoal adequado, a escassez de equipamento preventivo, falta de formação, insatisfação no trabalho, existência de prioridades que não a prevenção e a falta de protocolos.

II Parte – Investigação Empírica

1 – Metodologia

Este capítulo tem em vista descrever os métodos, nomeadamente as questões de investigação colocadas, os objetivos predefinidos e as variáveis intervenientes. Pretende ainda definir os participantes, realizando-se uma caracterização sociodemográfica da amostra, os instrumentos utilizados no estudo relacionados com a caracterização sociodemográfica, profissional e de contexto geral, bem como as duas escalas de avaliação (Instrumento de Avaliação de Conhecimentos sobre Úlceras por Pressão e o Instrumento de Avaliação de Atitudes na Prevenção de Úlceras por Pressão).

Descrevemos ainda neste capítulo os procedimentos formais e éticos realizados e a análise de dados, assim como os testes estatísticos utilizados recorrendo-se ao programa estatístico SPSS 22.

1.1 – Métodos

Face aos dados existentes acerca da prevalência de úlceras por pressão e dada a observação que pude realizar durante o exercício dos ensinamentos clínicos relativos ao Curso de Mestrado, através da qual identifiquei alguma necessidade de formação minha e dos meus pares relativamente à prevenção de úlceras por pressão, reconheci como pertinente a realização deste estudo com a problemática “Atitudes dos Enfermeiros na Prevenção das Úlceras por pressão: determinantes” de modo a tentar identificar quais são as variáveis que influenciam as atitudes perante um ato tão importante como o de prevenir. Como tal, foi imprescindível determinar questões de investigação às quais fosse possível dar resposta ao longo do estudo:

- Quais os fatores que influenciam as Atitudes dos Enfermeiros na Prevenção das Úlceras por Pressão?
- Que conhecimentos possuem os enfermeiros acerca da Prevenção de Úlceras por Pressão?
- Que variáveis sociodemográficas influenciam as Atitudes dos Enfermeiros relativamente às Úlceras por Pressão?
- Que relação existe entre as variáveis profissionais e Atitudes dos Enfermeiros relativamente às Úlceras por Pressão?

- Qual o efeito do nível de conhecimento nas Atitudes dos Enfermeiros relativamente às Úlceras por Pressão?

Após a formulação das questões de investigação, delinear-se-iam objetivos de encontro às mesmas de modo a facilitar a resposta a essas inquietações:

- Identificar quais os fatores que influenciam as Atitudes dos Enfermeiros na Prevenção das Úlceras por Pressão;
- Determinar o nível de conhecimentos sobre Úlceras por Pressão dos enfermeiros a nível hospitalar;
- Identificar as variáveis sociodemográficas que influenciam as Atitudes dos Enfermeiros perante a Prevenção das Úlceras por Pressão;
- Analisar a relação das variáveis académicas com a atitude dos enfermeiros perante a prevenção de úlceras por pressão;
- Analisar a relação das variáveis profissionais com a atitude dos enfermeiros perante a prevenção de úlceras por pressão;
- Verificar o efeito do nível de conhecimentos sobre a atitude dos enfermeiros perante as úlceras por pressão.

Delineada a problemática, as questões de investigação e os objetivos, face aos mesmos, desenvolveu-se um estudo quantitativo centrado na “análise de factos e fenómenos observáveis e na medição/avaliação em variáveis comportamentais e/ou socioafectivas passíveis de serem medidas, comparadas e/ou relacionadas”, tal como referido por Coutinho (2013, p.26). É ainda um estudo observacional, descritivo-correlacional e transversal, já que não são manipuladas variáveis e pretende-se explicar os fenómenos e a relação entre eles, analisando os indivíduos num determinado momento (Coutinho, 2013, p.41).

Para visualização do modelo conceptual do estudo, desenvolveu-se o seguinte esquema base para sintetizar a relação entre as variáveis em estudo. (Cf. Figura 2)



Figura 2 – Esquema do Modelo Conceptual

1.2 – Participantes

Neste subcapítulo são definidos os participantes deste estudo e analisados os dados obtidos da primeira parte do questionário, permitindo a caracterização sociodemográfica da amostra.

1.2.1 – Caracterização Sociodemográfica da Amostra

A população escolhida para este estudo centrou-se nos enfermeiros do Hospital Amato Lusitano distribuídos pelos vários serviços, sendo que para obter a amostra foi utilizada a técnica de amostragem não probabilística por conveniência, uma vez que os elementos da população incluídos no estudo faziam parte de um conjunto definido com as mesmas características. Foi obtida através da participação dos enfermeiros que se disponibilizaram a participar no estudo, perfazendo um total de 154 questionários. Apesar de nem todos os enfermeiros exercerem funções em serviços relacionados diretamente ao tema abordado no questionário, considerou-se relevante avaliar o estado geral dos conhecimentos e atitudes na prevenção de Úlceras por Pressão de todos os enfermeiros, uma vez que o local de trabalho não é estanque e é necessário que existam competências desenvolvidas e saber atualizado por parte de toda a equipa de Enfermagem.

Após a colheita de dados realizada através da aplicação de questionários, procedeu-se à inserção dos mesmos no programa informático SPSS versão 22 – um software específico de tratamento de dados estatísticos – e realizou-se a sua análise, tendo os mesmos sido inseridos em tabelas para uma leitura simplificada.

Iniciando a caracterização da amostra recolhida, verificou-se que esta é maioritariamente constituída por mulheres com 77,9% elementos do género feminino e 22,1% do sexo masculino (Cf. Tabela 1).

Tabela 1 – Frequências relativas ao género

Género	N	%
Feminino	120	77,9
Masculino	34	22,1
Total	154	100,0

Analisando a idade dos inquiridos, a idade mínima dos enfermeiros questionados é de 23 anos e a máxima de 66. A média de idades global de 42,2 anos com um desvio padrão de 9,6287 e um coeficiente de variação de 4,38. As mulheres são, em média, mais velhas que os homens com 42,5 anos de idade média, enquanto que os homens apresentam apenas 40,9 anos de média de idade. (Cf. Tabela 2)

Tabela 2 – Estatísticas relativas à Idade em função do género

Género	Min	Max	M	D. P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Feminino	23	62	42,5	9,51	4,46	0,221	0,438
Masculino	25	66	40,9	10,06	4,06	0,403	0,788
Ambos	23	66	42,2	9,62	4,38	0,195	0,389

Para simplificar a análise dos dados foi agrupada a idade dos enfermeiros em grupos etários, tendo vindo a verificar-se que 39,6% dos inquiridos tem idade inferior a 40 anos, sendo que 47,1% dos homens e 37,5% das mulheres pertencem a este grupo. Apenas 24,2% das mulheres e 23,5% dos homens têm idades entre os 40 e os 45 anos, sendo o grupo com menos inquiridos, num total de 24,1%. 33,6% tem idade superior a 45 anos (Cf. Tabela 3).

Relativamente às Habilitações Literárias dos enfermeiros inquiridos, 83,2%, apresenta apenas Licenciatura. 83,3% das mulheres apresenta este grau académico, e o valor para o sexo masculino é de 82,4%; Cerca de 17 % das mulheres e 18% dos homens

apresentam, para além da Licenciatura, um Mestrado ou Doutoramento, perfazendo um total de 16,8% de enfermeiros com este grau académico (Cf. Tabela 3).

Os valores residuais obtidos pelo Teste de Qui Quadrado revelam não existir relação entre qualquer das variáveis e o género (Cf. Tabela 3).

Tabela 3 – Caracterização sociodemográfica da amostra em função do género

Grupo etário	Género		Feminino (1)		Masculino (2)		Total		Residuais	
	N	%	N	%	N	%	1	2		
< 40 anos	45	37,5	16	47,1	61	39,6	-1,0	1,0		
40 – 45 anos	29	24,2	8	23,5	37	24,1	0,1	-0,1		
> 45 anos	46	38,3	10	29,4	56	36,3	1	-0,1		
Habilitações académicas										
Licenciatura	100	83,3	28	82,4	128	83,2	0,1	-0,1		
Mestrado/Doutoramento	20	16,7	6	17,6	26	16,8	-0,1	0,1		

1.3 – Instrumentos

O instrumento de colheita de dados utilizado foi um questionário composto por três partes: uma primeira parte com questões para caracterização sociodemográfica, profissional e de contexto geral da amostra, a segunda parte com o Instrumento de Avaliação de Conhecimentos sobre Úlceras por Pressão e a terceira com o Instrumento de Avaliação de Atitudes perante Úlceras por Pressão:

Questões:

- **De Caracterização Sóciodemográfica** – Género, Idade e Habilitações Académicas;
- **De Caracterização Profissional** – Trabalho prévio noutra local, Tempo de experiência e Formação em Úlceras por Pressão;
- **De Contexto Geral:** Colegas com Formação em Úlceras por Pressão, Interesse no Tema.

Instrumento de Avaliação de Conhecimentos sobre Úlceras por Pressão (Anexo A)

Este Instrumento é composto por 29 questões de conhecimento (tendo, no entanto, sido removida a questão n. 7 por já não se encontrar de acordo com as novas atualizações de 2014) e divide-se em vários subtemas correspondentes às seguintes questões:

- Etiologia e desenvolvimento – Questões n.1, 2, 3, 4, 5, 12;
- Classificação e Observação – Questões n. 6, (7), 8, 9, 10, 11;
- Avaliação de Risco – Questões n.º 13 e 14;
- Nutrição – Questões n. 15 e 16;
 - Medidas preventivas: redução da quantidade de pressão e forças de torção – Questões n.º 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24;
 - Medidas preventivas: redução da duração da pressão e forças de torção – Questões n.º 25, 26, 27, 28, 29.

(Batista, 2012)

Instrumento de Avaliação de Atitudes perante Úlceras por Pressão (Anexo A)

A segunda é uma escala do tipo Likert, composta por 32 questões que permitem avaliar a atitude do inquirido e cujas respostas podem variar entre concordo bastante, concordo, discordo e discordo bastante.

O Instrumento de Avaliação de Atitudes perante Úlceras de Pressão está repartido em vários Fatores, sendo eles:

- Fator 1 (6 itens) – importância: atitudes que refletem a importância da intervenção dos enfermeiros, com base na evidência, na prevenção destas lesões;
- Fator 2 (5 itens) – responsabilidade: atitudes acerca da atribuição da responsabilização da prevenção;
- Fator 3: obstáculos/barreiras (4 itens) – atitudes acerca dos fatores que impedem uma prevenção eficaz;
- Fator 4: confiança na eficácia (3 itens) – atitudes que dizem respeito à importância e impacto de uma prevenção eficaz;
- Fator 5: competências pessoais (4 itens) – atitudes relativas às capacidades individuais na prevenção.

(Batista, 2012)

No quadro seguinte estão repartidas as várias questões pertencentes ao Instrumento de Avaliação de Atitudes, consoante o fator no qual se inserem:

Quadro 1 – Fatores e questões correspondentes do Instrumento de Avaliação de Atitudes

FATORES:				
Importância	Responsabilidade	Obstáculos	Confiança	Competências
QUESTÕES:				
<ul style="list-style-type: none"> - As Ups raramente são inconvenientes para os doentes. - O impacto da Ups nos doentes não deve ser exagerado. - É dedicada demasiada atenção às Ups. - O principal responsável pela prevenção de UPS é o médico assistente. - A informação adicional não melhora a prevenção de Ups. As úlceras de pressão quase nunca são evitáveis. 	<ul style="list-style-type: none"> - A administração deve desempenhar um papel importante no desenvolvimento de protocolos de prevenção de UPS. - A prevenção de UPS deve ser uma prioridade para os enfermeiros - A prevenção de UPS deveria ser uma prioridade. - Se os meus doentes desenvolverem uma UP, sinto que sou responsável pelo facto - A minha contribuição é importante para a prevenção de úlceras de pressão 	<ul style="list-style-type: none"> - Não tenho tempo disponível suficiente para prevenir de forma adequada as UPS. - A política da administração não tem impacto na prevenção de UPS. - A prevenção das Ups é alvo de demasiada atenção. Existem problemas mais importantes. - No caso doentes com elevada propensão para Ups, o desenvolvimento de uma UP é geralmente inevitável. 	<ul style="list-style-type: none"> - É importante aprender novas perspectivas sobre a prevenção de UPS. - Se existir uma boa prevenção, a maioria das Ups podem ser evitadas. - Muitas Ups podem ser evitadas se se utilizar um protocolo de prevenção 	<ul style="list-style-type: none"> - Sou capaz de prestar cuidados preventivos de UP adequados. - Tenho competências suficientes para implementar medidas preventivas de Ups. - A prevenção de UPS não é uma tarefa fácil; a este respeito, os outros prestadores de cuidados são mais capazes do que eu. - Sou incapaz de prestar cuidados preventivos adequados de úlceras de pressão

1.4 – Procedimentos formais e éticos

Para poder utilizar as escalas Pressure Ulcers Knowledge Assessment Tool (PUKAT) e Attitude Towards Pressure Ulcers Prevention Instrument (ApuP) – (Beekman et al 2010), traduzidas para português por Batista em 2012, foi necessário realizar um pedido de autorização a esta autora, que o validou (Anexo C). Para aplicar o instrumento de

colheita de dados à população escolhida foi submetido um pedido de autorização ao Conselho de Administração e à Comissão de Ética do Hospital Amato Lusitano de Castelo Branco (Anexo D), que foram concedidos. O questionário foi também avaliado pela responsável pela proteção de dados disponível na Instituição, que solicitou algumas mudanças nas questões acerca da caracterização da amostra.

1.5 – Análise de dados

O tratamento dos dados obtidos com o questionário foi efetuado com apoio do programa informático IBM SPSS Statistics 22, um software específico de tratamento de dados estatísticos. Neste estudo foram utilizados diversos testes estatísticos que passamos a resumir:

Testes de hipóteses Paramétricos

- Teste T para duas amostras independentes: aplicado entre duas amostras independentes, quando se pretendeu comparar a média de uma variável quantitativa com uma qualitativa;
- Análise de Variância (ANOVA): Utilizado quando se pretendeu calcular a média de uma variável quantitativa com dois ou mais grupos populacionais definidos por uma variável qualitativa.

Testes de hipóteses Não-Paramétricos

- Teste de independência do Qui-Quadrado: Recorreu-se a este teste quando se pretendia verificar se duas variáveis qualitativa nominais (ou tratadas como tal) eram independentes;
- Teste Mann-Whitney U: Utilizado para comparar a ordenação média de uma variável quantitativa com outra qualitativa;
- Teste Kruskal-Wallis H: Aplicou-se este teste para comparar a relação entre a ordenação média de uma variável com outra qualitativa ordinal;
- Correlação de Pearson: Foi utilizado para verificar se a relação entre duas variáveis quantitativas existia.

Os níveis de significância utilizados ao longo dos testes foram os seguintes:

- $p > 0,05$ – n.s;
- $p < 0,05$ – significativo;
- $p < 0,01$ – bastante significativo;
- $p < 0,001$ – altamente significativo

Foram omitidas as fontes por se tratar de um estudo transversal realizado na mesma amostra.

2 – Resultados

Ao longo desta investigação empírica recorreu-se à estatística descritiva para organizar, estruturar e resumir os dados, distribuindo os indivíduos tendo em conta a variável género, pelas demais variáveis consideradas. Esta análise é apresentada em quadros, apresentando os dados mais relevantes, de acordo com as questões de investigação e objetivos definidos, facilitando a sua compreensão.

2.1 – Análise descritiva

Neste subcapítulo irá dar-se relevância à caracterização profissional da amostra, nomeadamente às habilitações profissionais, experiência e realização de formação, à caracterização do contexto geral da amostra como o exercício profissional junto de colegas com formação e o interesse no tema, bem como aos dados obtidos a partir do Instrumento de Avaliação de Conhecimentos e do Instrumento de Avaliação de Atitudes na prevenção de úlceras por pressão.

2.1.1 – Caracterização Profissional

Relativamente às habilitações profissionais pode verificar-se, através da Tabela 4, que apenas 30,5% dos enfermeiros inquiridos realizaram formação de modo a obter um título de Habilitação Profissional para além da Licenciatura. 26 enfermeiros possuem uma especialidade, sendo 19 destes do sexo feminino e 7 do masculino; 15 enfermeiros são pós-graduados, com 12 mulheres e 3 homens a tirar esta formação; 6 enfermeiros possuem ambas as habilitações, partilhando a igualdade no género – 3 homens e 3 mulheres. Aplicou-se valores obtidos pelo Teste de Qui Quadrado com recurso à simulação de Mont Carlo para 10000 amostras com um intervalo de significância de 95% mostra-nos não existir relação entre as variáveis.

Em relação às frequências referentes ao exercício profissional noutra local demonstra que, da totalidade dos inquiridos, 85,8% das mulheres e 85,3% dos homens não estavam a exercer no seu primeiro local de trabalho, o que pode significar que grande parte dos enfermeiros deste estudo apresenta conhecimento diversificado para além da sua área

de competências atual (Cf.Tabela 4). Os valores obtidos pelo Teste de Qui Quadrado com recurso à simulação de Monte Carlo revelam não existir relação entre as variáveis.

Para uma melhor análise dos dados, os anos de experiência foram divididos em 3 grupos. O grupo que comporta mais inquiridos tem amplitude dos 15 aos 25 anos de experiência: 41,7% das mulheres e 38,2% dos homens pertencem a esta faixa etária, perfazendo um total de 40,9% dos inquiridos. O grupo com menos enfermeiros é o que engloba aqueles que têm mais de 25 anos de experiência, que corresponde a 27,3% do total (Cf.Tabela 4). A simulação de Monte Carlo reconhece novamente não existir relação entre as variáveis.

A realização de formação em prevenção de úlceras por pressão é um fator referido na bibliografia como determinante das atitudes na prevenção destas lesões, razão pela qual foi questionado aos inquiridos se tinham obtido conhecimentos nesta área. Podemos também analisar as frequências das respostas consoante o género na Tabela 4, verificando que 55,8% dos inquiridos do sexo feminino e 50% do sexo masculino não têm formação em prevenção de úlceras por pressão, resultando num total de 54,5% dos inquiridos sem formação. Dos 45,5% que possuem formação, 53 indivíduos são do sexo feminino e 17 do sexo masculino. Os valores residuais indicam que a variável não é preditora.

Tabela 4 – Frequências relativas às habilitações profissionais, exercício profissional noutra local, anos de experiência e formação em função do género

	Género		Feminino (1)		Masculino (2)		Total		Residuais	
	N	%	N	%	N	%	N	%	1	2
Habilitações Profissionais										
Pós-Graduação	12	35,3	3	23,1	15	9,7	0,8	-0,8		
Especialidade	19	55,9	7	53,8	26	16,9	0,1	-0,1		
Ambos	3	8,8	3	23,1	6	3,9	-1,3	1,3		
Exercício profissional noutra local										
Sim	103	85,8	29	85,3	132	85,7	0,1	-0,1		
Não	17	14,2	5	14,7	22	14,3	-0,1	0,1		
Anos de experiência										
< 15 anos	36	30	13	38,2	49	31,82	-0,9	0,9		
15 – 25 anos	50	41,7	13	38,2	63	40,91	0,4	-0,4		
> 25 anos	34	28,3	8	23,5	42	27,27	0,6	-0,6		
Formação										
Sim	53	44,2	17	50	70	45,45	-0,6	0,6		
Não	67	55,8	17	50	84	54,55	0,6	-0,6		

Na tabela 5 apresentam-se as estatísticas relativas aos anos de experiência consoante o género e através da sua análise pode afirmar-se que o tempo de experiência dos inquiridos varia entre 1 e 40 anos. A média global foi de 19,8 com um desvio padrão de 9,33. As mulheres têm, em média, mais anos de experiência (20,2), sendo que os homens se revelam um pouco menos experientes (18,3). Os dados variaram, no caso das mulheres, entre os 2 e os 40 anos, sendo que no caso dos homens estes valores oscilaram entre 1 e 38 anos.

Tabela 5 – Estatísticas relativas aos anos de experiência consoante o género

Género	Min.	Max.	M	D. P.	CV	Sk/erro	K/erro
Feminino	2	40	20,2	9,32	2,17	0,221	0,438
Masculino	1	38	18,3	9,33	1,97	0,403	0,788
Global	1	40	19,8	9,33	2,13	0,195	0,389

2.1.2 – Caracterização de Contexto Geral

Com o objetivo de perceber se o interesse no tema Úlceras por pressão tinha influência nas atitudes dos enfermeiros foi-lhes questionado se, no seu caso, o mesmo existia ou não, tendo-se obtido resposta positiva em 90% das respostas dos inquiridos do sexo feminino e em 91,2% das respostas do sexo masculino (Cf. Tabela 6), ou seja, os enfermeiros estão na sua globalidade despertados e interessados para este tema que é de extrema importância. Para verificar se existe relação entre as variáveis foi aplicado o Teste de Qui Quadrado com simulação de Monte Carlo e verificou-se que as variáveis não estão relacionadas entre si.

Tabela 6 – Frequência relativamente à questão “Interesse no tema”

Interesse no Tema	Género		Feminino		Masculino		Total		Residuais	
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Sim	108	90	31	91,2	139	90,23	-0,2	0,2		
Não	12	10	3	8,8	15	9,77	0,2	-0,2		
Total	120	100	34	100	154	100				

Outra das perguntas do questionário consistia em reportar a existência de colegas com formação em úlceras por pressão no local de trabalho. A esta questão, responderam

afirmativamente 117 enfermeiros e negativamente, 37. Em termos percentuais verifica-se assim que cerca de 76% dos enfermeiros tem colegas com formação nesta temática.

Tabela 7 – Frequência de respostas acerca do exercício profissional junto de colegas com formação

Colegas com formação	N	%
Sim	117	75,97
Não	37	24,03

2.1.3 – Conhecimentos

O nível de conhecimentos obtido no questionário aplicado aos enfermeiros desta amostra foi obtido através do Instrumento de Avaliação de Conhecimentos acerca de Úlceras de Pressão, subdividido em áreas de conhecimento. As Tabelas seguintes permitem verificar isoladamente quais foram as respostas corretas e incorretas em cada uma dessas áreas.

A primeira área de conhecimento a ser estudada através do questionário aplicado diz respeito à Etiologia e Desenvolvimento das Úlceras por Pressão. Através da análise das respostas obtidas pode afirmar-se que esta é uma área de Conhecimento na qual os enfermeiros precisam de mais formação, uma vez que o conhecimento acerca do modo como se formam as úlceras poderá, certamente, ajudar a reduzir os fatores de risco para que tal não aconteça com tanta frequência. A falta de oxigénio ainda não é identificada como um fator vital na formação das UP's e a definição de força de torção, recentemente introduzida no vocabulário referente ao tema, ainda não é totalmente conhecida (Cf. Quadro 2).

Quadro 2 – Distribuição das respostas dos inquiridos em relação à área “Etiologia e Desenvolvimento”

N.º	Questão	Resposta	N	%
1	Qual das afirmações está correta?	Uma falta de oxigénio provoca UP's*	29	18,8
		A má nutrição provoca UP's/ A humidade provoca UP's.	125	81,2
2	Doentes extremamente magros correm maior risco de desenvolver UP's do que doentes obesos	Correcto. A área de contacto envolvida é pequena e, portanto, a quantidade de pressão é superior.*	93	60,4
		Incorrecto. A pressão é menor porque o peso corporal desses pacientes é inferior ao peso corporal dos pacientes obesos / Incorrecto. O risco de desenvolvimento de uma perturbação vascular é maior nos pacientes obesos. O que aumenta o risco de desenvolver uma úlcera de pressão.	61	39,6
3	O que acontece quando um doente, sentado numa posição semi-sentada (60°), escorrega?	A força de torção aumenta quando a pele adere à superfície.*	42	27,3
		A pressão aumenta quando a pele adere à superfície / A pressão aumenta quando a pele adere à superfície.	112	72,7
4	Qual das afirmações está correcta	A força de torção ocorre quando o corpo desliza e a pele adere à superfície.*	60	39,0
		O sabão pode desidratar a pele e, portanto, aumenta o risco de úlceras de pressão / A humidade devida à urina, fezes ou drenagem de feridas provoca Ups.	94	61,0
5	Qual das afirmações está correcta	A perda de peso recente, que colocou um doente abaixo do seu peso ideal, aumenta o risco de Ups.*	135	87,7
		Doentes muito obesos que utilizem medicação para diminuir a circulação sanguínea periférica não correm risco de desenvolver úlceras de pressão / A má nutrição e a idade não têm impacto na tolerância dos tecidos quando o doente tem um peso normal.	19	12,3
12	Não existe relação entre as UP's e:	A hipertensão.*	120	78
		A idade. / A desidratação.	34	22

n) Frequência; %) Percentagem; *) Resposta Correta

A partir da observação da percentagem de respostas incorretas relativas à área “Classificação das Úlceras por Pressão” descritas no Quadro 3, verifica-se que a mesma levantou ainda muitas dúvidas aos enfermeiros que responderam a estas questões, nomeadamente em relação à profundidade e tecidos envolvidos em cada tipo de lesão. Pelo

contrário, a Observação e Inspeção das áreas de risco do doente foram mais facilmente identificadas pelos inquiridos, com percentagem de respostas corretas superior a 73% em todas as questões relacionadas com esta área.

Quadro 3 – Distribuição das respostas dos inquiridos em relação à área “Classificação e Observação”

Nº.	Questão	Resposta	N	%
6	Qual das afirmações está correta?	Uma Ups que se estenda até à fáscia é de categoria 3.*	54	33,1
		Uma UP que se estenda através da fáscia subjacente é uma UP de categoria 3 / Uma UP de categoria 3 é sempre precedida por uma UP de categoria 2.	100	64,9
8	Um paciente desenvolve uma flictena devido a mover continuamente o calcanhar em cima dos lençóis. Qual das seguintes afirmações está correcta?	A lesão cutânea não é uma UP.*	41	26,6
		A lesão cutânea é uma UP de categoria 1 / A lesão cutânea é uma UP de categoria 2.	113	73,4
9	Qual das afirmações está correcta?	Pode ocorrer fricção ou aplicação de força de torção ao mover um paciente na cama.*	113	73,4
		Uma lesão superficial, precedida por um eritema não branqueável deve-se provavelmente a uma lesão de fricção. / Uma úlcera geminada é provocada pela pressão e pela força de torção.	41	26,6
10	Numa posição sentada, é mais provável que as úlceras se desenvolvam:	Na área pélvica, cotovelo e calcanhar.*	126	81,8
		Joelho, tornozelo e anca. / Anca, ombro e calcanhar.	28	18,2
11	Qual das afirmações está correcta?	Os calcanhares de doentes deitados numa superfície que redistribua a pressão deveriam ser observados, no mínimo, uma vez por dia.*	38	75,3
		Todos os doentes que corram risco de desenvolver úlceras de pressão deveriam ser alvo de inspeção cutânea sistemática uma vez por semana. / A pele de doentes sentados numa cadeira, que não se possam mexer a si próprios, deveria ser inspeccionada a cada duas a três horas.	116	24,7

n) Frequência; %) Percentagem; *) Resposta Correta

Na área “Avaliação de Risco”, a percentagem de respostas a ambas as questões foi superior a 65%, não sendo a área que desperta mais preocupação por falta de conhecimentos dos inquiridos (Cf. Quadro 4).

Quadro 4 – Distribuição das respostas dos inquiridos em relação à área “Avaliação do Risco”

N.º	Questão	Resposta	N	%
13	Qual das afirmações está correta?	Uma escala de avaliação do risco poderá não prever com precisão o risco de desenvolver uma úlcera de pressão e deverá ser combinada com uma avaliação clínica.*	102	66,2
		As ferramentas de avaliação do risco identificam todos os doentes de alto risco que necessitam de prevenção. / A utilização de escalas de avaliação do risco reduz o custo da prevenção	52	33,8
14	Qual das afirmações está correta?	Um doente com um historial de Ups corre um risco maior de desenvolvimento de novas Ups.*	104	67,5
		O risco de desenvolvimento de Ups deve ser avaliado diariamente em todos os pacientes de enfermagem no domicílio. / Deve ser utilizados pensos de espuma para minimizar o risco de desenvolvimento de Ups..	50	32,5

n) Frequência; %) Percentagem; *) Resposta Correta

A Nutrição é a área em que os enfermeiros apresentam menos dúvidas, sendo apenas de realçar que ainda não é dada a importância devida ao posicionamento do doente e que esse ato é vital na prevenção (Cf. Quadro 5).

Quadro 5 – Distribuição das respostas dos inquiridos em relação à área “Nutrição”

N.º	Questão	Resposta	N	%
15	Qual das afirmações está correta?	A optimização da nutrição pode melhorar o estado físico geral dos doentes, o que pode contribuir para uma redução do risco de UP's.*	134	87
		A má nutrição provoca úlceras de pressão. / A utilização de suplementos nutricionais pode substituir medidas preventivas dispendiosas.	20	13
16	Os doentes com um mau estado nutricional apresentam um maior risco de desenvolvimento de úlceras de pressão porque	A má nutrição coincide frequentemente com outros factores, como actividade restrita e movimentos espontâneos limitados.*	81	52,6
		A deficiência de proteínas estimula o desenvolvimento de Ups. / A deficiência de vitaminas e de zinco estimula o desenvolvimento de Ups.	73	47,4

n) Frequência; %) Percentagem; *) Resposta Correta

As respostas às questões acerca das Medidas Preventivas encontram-se no Quadro 6. Aquelas que suscitaram mais dúvidas foram as que questionavam acerca do posicionamento do doente quer deitado quer sentado e da importância da elevação dos calcanhares.

Quadro 6 – Distribuição das respostas dos inquiridos em relação à área “Medidas preventivas: redução da quantidade de pressão e forças de torção”

N.º	Questão	Resposta	N	%
17	A posição sentada com a menor pressão de contacto entre o corpo e o assento é:	Uma posição sentada inclinada para trás, com ambas as pernas num apoio para pés.*	71	46,1
		Uma posição sentada direita, com ambos os pés num apoio para pés / Uma posição sentada direita, com ambos os pés no chão.	83	53,9
18	Que esquema de reposicionamento mais reduz o risco de úlcera de pressão?	Posição supina – lado em posição lateral de 30° - lado em posição lateral de 30° - posição supina.*	97	63,0
		Posição supina – lado em posição lateral de 90° - posição supina – posição lateral de 90° - posição supina. / Posição supina – lado em posição lateral de 30° - posição sentada – posição lateral de 30° - posição supina.	57	37,0
19	Qual das afirmações está correta?	Deve ensinar-se aos doentes capazes de mudar de posição, a alterarem a incidência do seu peso a cada 60 minutos, no mínimo, enquanto estiverem sentados numa cadeira.*	118	76,6
		Numa posição deitada lateral, o paciente deverá encontrar-se num ângulo de 90 graus com a cama. / As forças de torção afectam o sacro ao máximo quando a cabeceira da cama se encontra posicionada nos 30°.	36	23,4
20	Se um paciente estiver a escorregar numa cadeira, a magnitude da pressão no assento pode ser mais reduzida através de:	Uma almofada de ar espessa.*	20	13,0
		Uma almofada de espuma em forma de argola / Uma almofada de gel	134	87,0
21	Qual das afirmações está correcta?	Uma almofada de ar espessa deveria ser utilizada para pacientes incapazes de se sentar de forma estável na respectiva cadeira.*	21	13,6
		As almofadas em argola ou anel deveriam ser utilizadas para pacientes incapazes de se sentar de forma estável na respectiva cadeira. / Uma almofada de espuma visco-elástica deve ser utilizada para pacientes incapazes de se sentar de forma estável na respectiva cadeira	133	86,4
22	Num paciente em risco de desenvolver uma úlcera de pressão, um colchão de espuma visco-elástica.	Necessita de ser combinado com reposicionamento a cada 4 horas.*	54	35,1
		Reduz suficientemente a pressão e não necessita de ser combinado com reposicionamento / Necessita de ser combinado com reposicionamento a cada 2 horas.	100	64,9
23	Uma desvantagem de um colchão de água assenta em:	Os pequenos movimentos corporais espontâneos são reduzidos.*	112	72,7
		A força de torção nas nádegas aumenta. / A pressão nos calcanhares aumenta.	42	21,3
24	Quando um paciente está deitado num colchão de espuma redutor de pressão	A elevação dos calcanhares é importante.*	32	20,8
		A elevação dos calcanhares não é necessária. / Deve ser despistada a ocorrência de afundamento (bottoming out), pelo menos duas vezes por dia.	122	79,2

n) Frequência; %) Percentagem; *) Resposta Correta

Apesar do posicionamento dos doentes já ser considerado importante pelos inquiridos ainda não é considerado como essencial na prevenção das úlceras por pressão. Verifica-se mais uma vez que o tipo de material mais adequado atualmente também ainda não é facilmente identificado por todos os inquiridos (Cf. Quadro 7).

Quadro 7 – Distribuição das respostas dos inquiridos em relação à área “Medidas preventivas: redução da duração de pressão e forças de torção”

N.º	Questão	Resposta	N	%
25	Serão menos os pacientes a desenvolverem uma úlcera de pressão se...	Se mobilizarem os pacientes.*	77	50,0
		Forem providenciados suplementos alimentares. / As áreas em risco forem massajadas	77	50,0
27	Qual das afirmações está correcta?	Os doentes em risco que estejam deitados num colchão de espuma não redutor de pressão deverão ser reposicionados a cada duas horas.*	74	54,5
		Os doentes em risco que estejam deitados num colchão de ar alternado deveriam ser reposicionados a cada 4 horas. / Os doentes em risco, que estejam deitados num colchão de espuma viscoelástica deveriam ser reposicionados a cada 2 horas	70	45,5
28	Quando um paciente está deitado num colchão de ar de pressão alternada, a prevenção de úlceras de pressão nos calcanhares inclui:	Uma almofada sob as pernas elevando os calcanhares.*	74	48,1
		Nenhuma medida preventiva específica. / Uma almofada redutora da pressão sob os calcanhares.	80	51,9
29	Se um paciente acamado não puder ser reposicionado, a forma de prevenção de úlceras de pressão mais apropriada é:	Um colchão de ar de pressão alternada.*	115	74,7
		Um colchão de espuma de redistribuição de pressão. / Tratamento local das áreas de risco com pomada de óxido de zinco.	39	25,3

n) Frequência; %) Percentagem; *) Resposta Correta

As questões colocadas no questionário estão divididas por áreas de conhecimento e a Tabela 8 permite observar em quais existiram mais respostas corretas, percentualmente. A área em que os enfermeiros apresentaram mais conhecimentos é relativamente à Nutrição, com cerca de 69,8% de respostas corretas, sendo que o que apresentou mais lacunas se refere à Redução da quantidade de pressão com apenas de 46,3% de respostas

certas. Apesar desse facto, esta foi a única área de conhecimentos em que nenhum dos inquiridos errou a totalidade das respostas. Em todas as áreas há enfermeiros que responderam corretamente à totalidade das questões.

Tabela 8 – Estatísticas relativas à média de respostas corretas nas várias áreas de conhecimento

Áreas de Conhecimento	Min.	Max.	M	D. P.	CV	Sk/erro	K/erro
Etiologia	0	100	51,8	22,43	43,30	0,195	0,389
Classificação	0	100	48,3	19,09	39,52	0,195	0,389
Nutrição	0	100	69,8	32,54	46,62	0,195	0,389
Avaliação Risco	0	100	66,9	30,90	46,19	0,195	0,389
Redução quantidade pressão	12,5	100	46,3	16,66	35,99	0,195	0,389
Redução duração pressão	0	100	60,9	23,47	38,54	0,195	0,389
Conhecimentos	21,4	92,9	53,6	13,03	24,31	0,195	0,389

Ao ser efetuada uma matriz de correlação de Pearson entre as subescalas dos conhecimentos, verificamos que todas as correlações são positivas, o que nos permite afirmar que quanto mais elevados os conhecimentos numa subescala, maiores os conhecimentos na subescala com a qual se correlaciona. No entanto, não são significativas em todos os casos, as áreas Avaliação vs. Etiologia, Nutrição vs. Classificação, Redução da Quantidade de Pressão vs. Nutrição e Redução da Quantidade de Pressão vs. Avaliação não são explicativas (Cf. Tabela 9).

Com o conhecimento global as correlações são mais elevadas, oscilando entre ($r = 0.435$) com a avaliação e ($r = 0.690$) com a etiologia sendo a variabilidade de 18.90% e 47,61%, respetivamente. Entre a avaliação e a nutrição a relação é também altamente significativa ($p < 0,001$) (Cf. Tabela 9).

Tabela 9 – Correlação de Pearson entre as sub-escalas do conhecimento

	Etiologia	Classificação	Nutrição	Avaliação	Redução quantidade e pressão	Redução duração pressão
Classificação	0.300***					
Nutrição	0.218**	0,08 n.s.				
Avaliação	0.183 n.s.	0,259**	0,299***			
Redução quantidade pressão	0,251**	0,224**	0,820 n.s.	0,113n.s.		
Redução duração pressão	0,253**	0,181*	0,233**	0,231**	0,268**	
Conhecimentos	0.690 ***	0,571***	0,435***	0,473***	0,636***	0,641***

*** p < 0.001 ** p < 0.01 * p < 0.05 n. S. P > 0.05

Para uma melhor classificação dos conhecimentos, estes foram, através dos percentis 25 e 75, divididos em 3 Categorias: Conhecimentos Reduzidos (<46%), Moderados (46 a 60%) e Elevados (>60%). De seguida, com a utilização do Teste de Qui-Quadrado avaliou-se a existência de relação entre o nível de conhecimento e as diversas determinantes em estudo (Cf. Tabela 10).

Tanto os inquiridos com maior percentagem média de conhecimentos reduzidos (80%), como de conhecimentos moderados (74%) e igualmente de conhecimentos elevados (79,6%) são do sexo feminino. A partir dos valores dos resíduos ajustados conclui-se que não existe relação entre a variável género e o nível de conhecimento (Cf. Tabela 10).

Ao tentar verificar uma relação entre os conhecimentos e a idade, obteve-se que o grupo etário ao qual pertence a maior percentagem de inquiridos com conhecimentos reduzidos (46%) e moderados (40%) é o referente à idade superior a 45 anos. Os inquiridos com idade inferior a 40 anos são os que apresentam maior percentagem média na categoria dos conhecimentos elevados (48,1%). Os resíduos ajustados indicam que não existe associação entre a idade e o nível de conhecimentos (Cf. Tabela 10).

A maior percentagem de inquiridos em qualquer um dos três níveis de Conhecimento pertence aos enfermeiros com 15 a 25 anos de experiência. O teste aplicado mostra não existir relação entre a variável experiência e o nível de conhecimento (Cf. Tabela 10).

Através da mesma tabela podemos ainda inferir que 84% dos conhecimentos reduzidos e moderados e 81,5% dos conhecimentos elevados são detidos por enfermeiros que possuem Licenciatura. 16% dos conhecimentos reduzidos e moderados e 18,5% dos conhecimentos elevados são detidos por enfermeiros com mestrado ou doutoramento. Os

resíduos ajustados demonstram que, mais uma vez, não se pode associar o nível de Conhecimentos às habilitações literárias.

Em relação às habilitações Profissionais, os valores de percentagem médios mais elevados referentes às três categorias de conhecimentos foram obtidos pelos enfermeiros possuidores de uma especialidade, seguidos dos enfermeiros pós-graduados e, por fim, dos que possuem ambas as habilitações. Observando os resíduos ajustados verifica-se a independência entre as habilitações profissionais e o nível de conhecimentos (Cf. Tabela 10).

Conforme verificamos ainda na mesma tabela, 86% dos inquiridos detentores de conhecimentos reduzidos, 88% daqueles que possuem conhecimentos moderados e 83,3% dos que têm conhecimentos elevados já exerceram funções noutra serviço. O Teste de Qui-Quadrado revela que não existe relação entre as duas variáveis (Cf. Tabela 10).

Analisando o nível de conhecimentos consoante a existência de formação em úlceras por pressão, observa-se que 58% dos inquiridos com conhecimentos reduzidos, 72% dos que possuem conhecimentos moderados e 35,2% dos detentores de conhecimentos elevados não têm formação em úlceras por pressão. Os testes demonstram que a variável é explicativa e os valores residuais identificam estas diferenças entre os inquiridos com conhecimentos elevados que detêm formação na área e os inquiridos com conhecimentos moderados, mas sem formação (Cf. Tabela 10).

Pode ainda constatar-se que a frequência de enfermeiros com colegas com formação é igualmente elevada naqueles que apresentam conhecimentos reduzidos e moderados como naqueles que possuem conhecimentos elevados. Os valores residuais identificam relação entre os inquiridos com conhecimentos elevados e a existência de colegas com formação (Cf. Tabela 10).

Analisando a existência de interesse no tema úlceras por pressão verifica-se que tanto as percentagens dos inquiridos com conhecimentos reduzidos e moderados como as daqueles que apresentaram conhecimentos elevados se encontra bastante elevada quando relacionados com o interesse no tema. O Teste de Qui-Quadrado demonstra que não existe relação entre estas variáveis (Cf. Tabela 10).

Tabela 10 – Caracterização sociodemográfica e profissional da amostra em função do nível de conhecimentos

Género	Nível de Conhecimento	Conhecimentos Reduzidos		Conhecimentos Moderados		Conhecimentos Elevados		Total		Residuais		
		N	%	N	%			N	%	1	2	3
Feminino		40	80	37	74	43	79,6	120	77,9	0,4	-0,8	0,4
Masculino		10	20	13	26	11	20,4	34	22,1	-0,4	0,8	-0,4
Idade												
<40 anos		18	36	17	34	26	48,1	61	39,6	-0,6	-1,0	1,6
40-45 anos		9	18	13	26	15	27,8	37	24	-1,2	0,4	0,8
>45 anos		23	46	20	40	13	24,1	56	36,4	1,7	0,7	-2,3
Anos de experiência												
<15 anos		13	26	14	28	22	40,7	49	31,8	-1,1	-0,7	1,7
15-25 anos		20	40	19	38	24	44,4	63	40,9	-0,2	-0,5	0,7
>25 anos		17	34	17	34	8	14,8	42	27,3	1,3	1,3	-2,6
Hab. Literárias												
Licenciatura		42	84	42	84	44	81,5	128	83,1	0,2	0,2	-0,4
Mestrado/Doutoramento		8	16	8	16	10	18,5	26	16,9	-0,2	-0,2	0,4
Hab. Profissionais												
Pós-Graduação		3	27,3	3	21,4	9	40,9	15	31,9	-0,4	-1,0	1,2
Especialidade		7	63,6	9	64,3	10	45,5	26	55,3	0,6	0,8	-1,3
Ambas		1	9,1	2	14,3	3	13,6	6	12,8	-0,4	0,2	0,2
Exercício noutra local												
Sim		43	86	44	88	45	83,3	132	85,7	0,1	0,6	-0,6
Não		7	14	6	12	9	16,7	26	14,3	-0,1	-0,6	0,6
Formação												
Sim		21	42	14	28	35	64,8	70	45,5	-0,6	-3,0	3,5
Não		29	58	36	72	19	35,2	84	54,5	0,6	3,0	-3,5
Colegas com Formação												
Sim		36	72	34	68	47	87	117	76	-0,8	-1,6	2,4
Não		14	28	16	32	7	13	37	24	0,8	1,6	-2,4
Interesse no Tema												
Sim		42	84	46	92	51	94,4	139	90,3	-1,8	0,5	1,3
Não		8	16	4	8	3	5,6	15	8,7	1,8	-0,5	-1,3

2.1.4 – Atitudes

De modo a categorizar as atitudes em “Positivas” e “Negativas”, foi utilizada a Mediana da percentagem das respostas obtidas. Como tal, valores inferiores a 47 são inseridos na categoria “Atitude Positiva”; valores iguais ou superiores a 48 são categorizados como “Atitude Negativa”. Foram ainda eliminadas as questões 11, 17 e 18 por apresentar valor correlacional inferior a 0,20, segundo sugestão original do autor.

Na tabela seguinte, estão reportados os valores estatísticos relativamente aos fatores integrantes das atitudes. Verifica-se que a percentagem média de atitudes varia entre 21 e 100%. O fator no qual se verificou a média de atitudes mais positiva foi o fator Importância, com 21% de média de atitude e aquele em que se verificou atitude menos positiva foi em relação ao fator “Responsabilidade”, com 82%.

Tabela 11 – Estatísticas relativas aos diversos fatores integrantes das Atitudes

Fatores	Dados Estatísticos	Min.	Max.	M	D. P.	CV	Sk/erro	K/erro
Importância		0,0	77,78	21,0	12,47	59,38	0,195	0,389
Responsabilidade		22,22	100	82,0	15,36	18,73	0,195	0,389
Obstáculos		0,0	77,78	34,6	14,68	22,11	0,195	0,389
Confiança		44,44	100	79,1	13,14	16,61	0,195	0,389
Competências		8,33	75	48,6	10,47	21,54	0,195	0,389
Fator Global		29,82	73,68	47,8	6,11	12,78	0,195	0,389

Ao ser efetuada uma matriz de correlação de Pearson entre os vários fatores em que se subdividiram as atitudes, verificamos que as correlações são negativas entre: a variável importância e variáveis responsabilidade e confiança (altamente significativa), entre a variável responsabilidade e variável obstáculos (altamente significativa), entre a variável obstáculos e variável confiança (significativa) e entre a variável confiança e variável competências (não significativa). Isto significa que sempre que a atitude seja mais positiva numa das variáveis, vai ser menos positiva naquela com a qual se correlaciona e vice-versa. (Cf. Tabela 12).

Entre as restantes variáveis, a correlação é positiva, sendo que se apresenta altamente significativa entre as variáveis obstáculos e importância, confiança e responsabilidade e atitude global e importância, obstáculos e competências ($p < 0,001$) (Cf. Tabela 12).

Tabela 12 – Correlação de Pearson entre os fatores integrantes das atitudes

	Importância	Responsabilidade	Obstáculos	Confiança	Competências
Importância					
Responsabilidade	-0,383***				
Obstáculos	0,479***	-0,288***			
Confiança	-0,293***	0,392***	-0,230*		
Competências	0,210**	0,053n.s.	0,192*	-0,057n.s.	
Atitude Global	0,663***	0,188*	0,571***	0,195*	0,573***

*** p < 0.001 ** p < 0.01 * p < 0.05 n. S. P > 0.05

A tabela 13 demonstra o resultado da aplicação do Teste de Qui-Quadrado relativamente à atitude dos enfermeiros consoante diversas variáveis.

Em relação ao género, verifica-se que 79,2% dos inquiridos com atitude negativa e 76,8% daqueles que demonstraram uma atitude positiva são do sexo feminino. Ao sexo masculino correspondem percentagens de 20,8 e 23,2 respetivamente. Os valores dos resíduos ajustados verificam que as variáveis não são dependentes (Cf. Tabela 13).

Da totalidade dos inquiridos que demonstraram uma atitude negativa são os enfermeiros com menos de 40 anos a apresentar as percentagens mais elevadas com 38,9% seguidos dos enfermeiros com mais de 45 anos com 36,1% e, por fim, daqueles, cuja idade, varia entre 40 e 45 anos com 25%. Os resultados mantêm-se no domínio das atitudes positivas com 40,2% a corresponder a enfermeiros com menos de 40 anos, seguidos dos enfermeiros com mais de 45 anos com 36,6% e, por fim, daqueles cuja idade, varia entre 40 e 45 anos com 23,2%. Mais uma vez as variáveis não estão relacionadas entre si (Cf. Tabela 13).

Alguma bibliografia citada refere existir relação entre os anos de experiência e a atitude dos inquiridos na prevenção e outra, por outro lado, refere que a experiência não é explicativa. Como tal, considerou-se interessante verificar qual a situação nesta amostra. Obteve-se então que 38,9% dos enfermeiros com atitudes negativas tinham 15 a 25 anos de experiência seguidos dos enfermeiros com menos de 15 anos com 33,3% e, por fim, dos que exerceram por mais de 25 anos com 27,8%. Por sua vez, a atitude positiva é também maioritariamente representada pelos enfermeiros com 15 a 25 anos de experiência com uma percentagem de 42,7%, 30,5% apresentavam menos de 15 anos e os restantes 26,8% pertenciam ao grupo com mais de 25 anos de experiência. Os valores de resíduos ajustados demonstram que, nesta amostra, não existe relação entre a atitude e os anos de experiência (Cf. Tabela 13).

Os enfermeiros licenciados representam a grande maioria tanto dos enfermeiros com atitude negativa (81,7%) como daqueles com atitude positiva (84,7%), possivelmente porque grande parte dos inquiridos (83,1%) são possuidores apenas de Licenciatura. Pela tabela 13 podemos inferir que também não existe relação entre estas variáveis (Cf. Tabela 13).

Os enfermeiros com Especialidade representam mais de metade dos inquiridos com atitude negativa (62,1%). Os que melhor representam a atitude positiva são também os inquiridos pertencentes a este grupo, embora com uma percentagem menor (44,4%). Os enfermeiros que possuem uma Especialidade e uma Pós-Graduação representam a menor percentagem de ambas as atitudes com 12,5% para as atitudes negativas e 13% para as positivas. O resultado dos valores dos resíduos ajustados traduz que, uma vez mais, não existe relação entre as variáveis em estudo (Cf. Tabela 13).

O exercício noutra local foi outra variável a relacionar com a atitude, uma vez que a diversidade de locais de trabalho poderia ser uma influência na atitude dos enfermeiros na prevenção deste tipo de lesão. Verificou-se que, dos enfermeiros com Atitude Negativa, 81,9% já exerceram funções noutra serviço, sendo que a percentagem que se verifica para uma atitude positiva é ligeiramente superior com 89%. Analisando os resíduos ajustados na Tabela 12 conclui-se não existir relação entre as variáveis (Cf. Tabela 13).

A formação, segundo referido em diversos estudos bibliográficos, pode ser uma variável que também influencia a atitude dos enfermeiros. Com a colocação desta questão aos enfermeiros verificou-se que 55,6% dos enfermeiros com atitude negativa perante a prevenção de úlceras por pressão não possuía formação na área. No entanto, este valor é semelhante para os enfermeiros com atitude negativa com formação – 53,7%. Os valores residuais reportam que não existe relação entre as variáveis (Cf. Tabela 13).

Pretendeu-se verificar a influência de outra variável sobre as atitudes: a presença de colegas com formação no local de trabalho. Concluiu-se que tanto as pessoas questionadas cuja atitude se revelou positiva como aquelas em que se revelou negativa tinham colegas com formação no seu local de trabalho. Os resíduos ajustados revelam que a existência de colegas de trabalho próximos com formação em úlceras por pressão não influencia a atitude dos enfermeiros na prevenção (Cf. Tabela 13).

Através da Tabela 13 podemos observar que 88,9% dos enfermeiros que têm uma atitude negativa são interessados no tema e 11,1% não o são; Os enfermeiros com uma atitude positiva têm, quase na sua totalidade – 91,5% - interesse no tema, sendo que a aplicação do Teste de Qui-Quadrado traduz não existirem diferenças significativas entre estas duas variáveis.

Por fim, pretendeu-se verificar se a atitude e os conhecimentos estavam relacionados entre si: dos enfermeiros que revelaram apresentar uma atitude negativa perante a prevenção das úlceras por pressão, 38,9% possuíam conhecimentos Moderados e 31,9% conhecimentos elevados. 29,2% apresentavam conhecimentos reduzidos. Por sua vez, dos inquiridos com uma atitude positiva na prevenção, 37,8% apresentavam conhecimentos elevados, 35,4% conhecimentos reduzidos e 26,8% mostraram ter conhecimentos moderados. Mais uma vez o Teste de Qui-Quadrado revela não existirem diferenças significativas entre as variáveis (Cf. Tabela 13).

Tabela 13 – Caracterização sociodemográfica e profissional da amostra em função da atitude

Atitude	Negativa (1)		Positiva (2)		Total		Residuais	
	N	%	N	%	N	%	1	2
Género								
Feminino	57	79,2	63	76,8	120	77,9	0,3	-0,3
Masculino	15	20,8	19	23,2	34	22,1	-0,3	0,3
Idade								
<40 anos	28	38,9	33	40,2	61	39,6	-0,2	0,2
40-45 anos	18	25,0	19	23,2	37	24	0,3	-0,3
>45 anos	26	36,1	30	36,6	56	36,4	-0,1	0,1
Anos de experiência								
<15 anos	24	33,3	25	30,5	49	31,8	0,4	-0,4
15-25 anos	28	38,9	35	42,7	63	40,9	-0,5	0,5
>25 anos	20	27,8	22	26,8	42	27,3	0,1	-0,1
Hab. Literárias								
Licenciatura	61	81,7	67	84,7	128	83,1	0,5	-0,5
Mestrado/Doutoramento	11	15,3	18,3	20,8	26	16,9	-0,5	0,5
Hab. Profissionais								
Pós-Graduação	9	31,0	6	33,3	15	31,9	-0,2	0,2
Especialidade	18	62,1	8	44,4	26	55,3	1,2	-1,2
Ambas	2	12,5	4	13,0	6	12,8	-1,5	1,5
Exercício noutra local								
Sim	59	81,9	73	89,0	132	85,7	-1,3	1,3
Não	13	18,1	9	11,0	22	14,3	1,3	-1,3
Formação								
Sim	32	44,4	38	46,3	132	45,5	-0,2	0,2
Não	40	55,6	44	53,7	22	54,5	0,2	-0,2
Colegas com Formação								
Sim	57	79,2	60	73,2	117	76,0	0,9	-0,9
Não	15	20,8	22	26,8	37	24,0	-0,9	0,9
Interesse no Tema								
Sim	64	88,9	75	91,5	139	90,3	-0,5	0,5
Não	8	11,1	7	8,5	15	9,7	0,5	-0,5
Conhecimentos								
Conhecimentos Reduzidos	21	29,2	29	35,4	50	32,5	-0,8	0,8
Conhecimentos Moderados	28	38,9	22	26,8	50	32,5	1,6	-1,6
Conhecimentos Elevados	23	31,9	31	37,8	54	35,1	-0,8	0,8

2.2 – Análise inferencial

A análise inferencial permite-nos verificar a existência de relação entre as variáveis, ajudando-nos e chegar aos objetivos delineados e às questões de investigação definidas. Numa primeira parte iremos, com a ajuda de diversos testes estatísticos, verificar a existência de relação entre áreas de conhecimento e as diversas variáveis independentes: Posteriormente, faremos o mesmo com a variável dependente atitudes, terminando por tentar relacionar as duas variáveis: conhecimentos com atitudes.

Conhecimentos

De modo a perceber se havia relação entre o género e as áreas de conhecimento, foi aplicado o teste de Mann-Whitney, cujo valor de significância se encontra na Tabela. Através da sua análise pode observar-se que não existe relação entre o género e qualquer uma das áreas de conhecimento, uma vez que o valor de p é superior a 0,05 em todas elas (Cf. Tabela 14).

Tabela 14 – Relação entre áreas de conhecimento e género

Áreas de Conhecimento	Feminino	Masculino	UMW	p
	OM	OM		
Etiologia	50,5556	56,372,5	1744,5	0,187
Classificação	47,5	51,1765	1738	0,163
Nutrição	72,0833	61,7647	1746	0,154
Avaliação Risco	67,0833	66,1765	2039	0,996
Redução quantidade pressão	47,2917	43,0147	1598,5	0,470
Redução duração pressão	61,3333	59,4118	2029	0,960
Conhecimentos	53,7202	53,2563	1978	0,786

Para além do género, considerou-se interessante analisar a relação entre as áreas de conhecimento e a idade. Aplicando o Teste One Way Anova foi possível realizar esta análise, traduzindo-se a mesma na Tabela 15. Pode observar-se que todos os grupos etários tiveram médias mais elevadas em relação à área Avaliação de Risco e à Nutrição e que o grupo etário de idade superior a 45 anos verificou a média mais baixa de respostas corretas em todas as áreas de conhecimento. Através dos valores de significância obtidos,

verifica-se que existe uma relação entre a idade e as áreas Etiologia, Classificação, Avaliação do risco e Conhecimentos gerais. Esta relação ocorre entre os grupos etários de idade inferior a 40 anos e superior a 45 anos. Na avaliação do risco verificou-se diferença estatística entre grupos, mas o teste post hoc de Tukey indica que não existe significância dentro dos grupos.

Tabela 15 – Relação entre os grupos etários e as áreas de conhecimento

Área de Conhecimento	Grupo etário	<40 anos (1)		40-45 anos (2)		>45 anos (3)		f	p	Teste de Tukey (p)		
		M	D.P.	M	D.P.	M	D.P.			1/2	1/3	2/3
Etiologia		56,28	21,766	53,60	20,837	45,83	23,192	3,425	0,035	0,830	0,031	0,224
Classificação		53,12	18,933	47,57	18,470	43,57	18,726	3,821	0,024	0,333	0,018	0,574
Nutrição		69,67	29,267	77,03	30,264	65,18	36,828	1,486	0,229	0,523	0,735	0,200
Avaliação Risco		70,49	29,407	72,98	27,875	58,93	33,176	3,071	0,049	0,919	0,104	0,790
Redução quantidade pressão		46,31	18,589	50,00	16,138	43,97	14,497	1,467	0,234	0,537	0,728	0,204
Redução duração pressão		63,61	25,693	62,16	20,968	57,14	22,378	1,179	0,310	0,953	0,299	0,571
Conhecimentos		56,15	14,273	56,08	10,677	49,23	12,043	5,252	0,006	1,000	0,010	0,032

Pretendeu-se, ainda, saber qual a relação entre a média de conhecimento nas diferentes áreas e as habilitações literárias. O grupo Mestrado/Doutoramento apresentou melhores conhecimentos em todas as áreas de Conhecimento exceto na Nutrição e na Redução da Duração da Pressão, em que os Licenciados tiveram maior percentagem de respostas corretas. Foi realizado o Teste de Mann-Whitney, cujos valores se traduzem na Tabela 15 e através da mesma podemos identificar todos os valores de p como sendo superiores a 0,05, o que se traduz numa independência entre as Habilitações Literárias e as diversas áreas de Conhecimento (Cf. Tabela 16)

Tabela 16 – Relação entre áreas de conhecimento e habilitações literárias

Áreas de Conhecimento	Habilitações literárias	UMW	p	
	Licenciatura OM			Mestrado/Doutoramento OM
Etiologia	74,93	90,15	1335	0,104
Classificação	76,79	80,98	1573,5	0,643
Nutrição	77,75	76,27	1632	0,864
Avaliação Risco	75,16	89,00	1365	0,106
Redução quantidade pressão	76,01	84,85	1473	0,341
Redução duração pressão	78,37	73,23	1553	0,579
Conhecimentos	75,79	85,92	1445	0,289

Foi estabelecida uma comparação entre o nível de conhecimentos dos enfermeiros com Pós-Graduação com os enfermeiros especialistas e com aqueles que possuem ambas as habilitações e observou-se que os enfermeiros que possuem ambas as Habilitações têm conhecimentos mais elevados nas áreas Classificação, Nutrição, Avaliação de Risco e Redução da Quantidade da Pressão, sendo que os enfermeiros pós-graduados têm maior média de respostas corretas nas restantes áreas de Conhecimento. O Teste de Kruskal Wallis refere não existir diferenças significativas entre as variáveis (Cf. Tabela 17).

Tabela 17 – Relação entre áreas de conhecimento e habilitações profissionais

Áreas de Conhecimento	Habilitações profissionais	Pós-Graduação	Especialidade	Ambas	KW	p
		OM	OM	OM		
Etiologia		24,37	24,15	22,42	0,099	0,952
Classificação		25,93	21,35	30,67	3,021	0,221
Nutrição		22,80	24,46	25,00	0,222	0,895
Avaliação Risco		24,27	22,77	28,67	1,147	0,564
Redução quantidade pressão		22,77	24,40	25,33	0,220	0,896
Redução duração pressão		27,90	22,52	20,67	2,065	0,356
Conhecimentos		26,00	22,58	25,17	0,650	0,723

Pretendeu-se também verificar se os enfermeiros que já tinham exercido a profissão noutros serviços tinham maiores conhecimentos que aqueles que apenas tinham exercido funções no local onde trabalham atualmente. Os enfermeiros que já trabalharam noutros serviços demonstram maiores conhecimentos nas áreas Nutrição, Redução da Quantidade de Pressão e Redução da Duração da Pressão. Aqueles que nunca exerceram noutro local têm maiores conhecimentos nas restantes áreas. O Teste de Mann-Whitney reflete que também não existe relação entre as variáveis (Cf. Tabela 18).

Tabela 18 – Relação entre áreas de conhecimento e exercício noutro local

Áreas de Conhecimento	Exercício noutro local	Sim	Não	UMW	P
		OM	OM		
Etiologia		76,44	83,89	1311,5	0,457
Classificação		77,49	77,57	1450,5	0,993
Nutrição		78,48	71,64	1323	0,459
Avaliação Risco		76,06	86,14	1262	0,272
Redução quantidade pressão		77,73	76,11	1421,5	0,871
Redução duração pressão		78,72	70,20	1291,5	0,391
Conhecimentos		77,43	77,91	1443	0,963

Analisando a relação entre as áreas de conhecimento e os anos de experiência, pode observar-se que os enfermeiros com menos de 15 anos de experiência tiveram melhor média de respostas corretas em todas as áreas de conhecimento exceto na Nutrição e na Redução da Quantidade de Pressão, lugar ocupado pelos enfermeiros que possuem entre 15 a 25 anos de experiência. Os enfermeiros com mais de 25 anos de experiência, apesar de mais experientes demonstraram ser aqueles que possuem menos conhecimentos pois apresentaram uma menor percentagem média de respostas corretas em todas as áreas de Conhecimento. Através dos valores de significância obtidos a partir do Teste OneWay Anova, verifica-se que, de facto, existe uma relação entre os anos de experiência e as áreas Etiologia e Conhecimentos gerais. Esta relação ocorre entre o grupo com menos de 15 anos de experiência e o que tem mais de 25 anos. O Teste de Tukey verifica ainda que a relação entre os anos de experiência e os Conhecimentos gerais se verifica, também, entre o grupo dos 15 aos 25 anos de experiência e o grupo com mais de 25 anos de experiência. Embora o valor de p seja superior a 0,05 em relação à Classificação, o Teste de Tukey identifica uma relação nesta variável entre os inquiridos com menos de 15 anos e aqueles que possuem mais de 25 anos de experiência (Cf. Tabela 19).

Tabela 19 – Relação entre os anos de experiência e as áreas de conhecimento

Área de Experiência	<15 anos (1)		15-25 anos (2)		>25 anos (3)		f	p	Teste de Tukey (p)		
	M	D.P.	M	D.P.	M	D.P.			1/2	1/3	2/3
Etiologia	57,14	20,412	52,91	22,707	44,05	22,638	4,139	0,018	0,571	0,014	0,110
Classificação	53,06	19,387	47,94	19,119	43,33	17,623	3,035	0,051	0,329	0,040	0,439
Nutrição	67,35	29,845	75,40	29,612	64,29	38,707	1,688	0,188	0,395	0,895	0,201
Avaliação Risco	70,41	30,479	67,46	29,998	61,90	32,777	0,873	0,420	0,871	0,393	0,640
Redução quantidade pressão	45,41	17,805	48,81	16,607	43,75	15,184	1,281	0,281	0,532	0,884	0,281
Redução duração pressão	65,31	25,092	61,90	21,765	54,29	23,074	2,645	0,074	0,723	0,065	0,229
Conhecimentos	56,20	14,151	55,10	11,469	48,38	12,700	5,000	0,008	0,894	0,011	0,024

Uma vez que a formação é tão essencial na manutenção de conhecimentos atualizados para realizar cuidados de qualidade, decidiu verificar-se se a mesma interfere no nível de conhecimentos que os enfermeiros inquiridos possuem. Foi então realizado um teste T sendo que o valor de p determina que não existe relação entre a formação e qualquer uma das áreas de conhecimento (Cf. Tabela 20).

Tabela 20 – Relação entre médias entre áreas de conhecimentos e formação

Áreas de conhecimento	Formação		Sim		Não		Leven's p	t	p
	M	D.P.	M	D.P.	M	D.P.			
Etiologia	53,33	24,177	50,60	20,930	0,44	0,743	0,459		
Classificação	50,86	20,903	46,19	17,279	0,73	1,491	0,138		
Nutrição	67,86	30,735	71,43	34,085	0,178	-0,683	0,496		
Avaliação Risco	68,57	29,698	65,48	31,979	0,654	0,622	0,535		
Redução quantidade pressão	49,29	17,405	43,90	15,703	0,691	1,999	0,480		
Redução duração pressão	65,42	23,379	56,90	22,918	0,904	2,349	0,200		
Conhecimentos	56,07	14,547	51,57	11,312	0,18	2,110	0,370		

Procurou-se perceber se o facto de ter colegas com formação influenciaria o nível de conhecimentos dos enfermeiros inquiridos, tendo-se verificado através da aplicação do Teste de Mann-Whitney U, que o mesmo não acontece em nenhuma área de Conhecimento exceto no que diz respeito à Etiologia com valor de $p=0,041$ (Cf. Tabela 21).

Tabela 21 – Relação entre áreas de conhecimento e colegas com formação

Áreas de Conhecimento	Colegas com formação	Sim	Não	UMW	p
		OM	OM		
Etiologia		81,53	64,76	1693	0,041
Classificação		78,88	73,12	2002,5	0,467
Nutrição		76,79	79,74	2081,5	0,696
Avaliação Risco		77,39	77,85	2151,5	0,951
Redução quantidade pressão		77,43	77,73	2156	0,970
Redução duração pressão		79,92	69,85	1881,5	0,215
Conhecimentos		80,89	66,77	1767,5	0,092

Investigando a relação entre o fator “Interesse no Tema” e a média de respostas corretas nas diferentes áreas de conhecimento, foi utilizado o Teste de Mann-Whitney U, tendo-se obtidos valores de significância superiores a 0,05 em todas as áreas de conhecimento. Como tal, não existem diferenças significativas em relação às variáveis (Cf. Tabela 22).

Tabela 22 – Relação entre áreas de conhecimento e interesse no tema

Áreas de Conhecimento	Interesse no tema	Sim	Não	UMW	p
		OM	OM		
Etiologia		81,53	64,76	794	0,120
Classificação		78,88	73,12	865	0,467
Nutrição		76,79	79,74	949	0,526
Avaliação Risco		77,39	77,85	872,5	0,246
Redução quantidade pressão		77,43	77,73	860,5	0,252
Redução duração pressão		79,92	69,85	820,5	0,161
Conhecimentos		80,89	66,77	740,5	0,064

Atitudes

Dando lugar aos resultados obtidos em relação às Atitudes, pudemos verificar, através da aplicação do Teste de Mann-Withney U que a relação entre o género e a atitude dos enfermeiros na prevenção não existe, uma vez que o valor de significância não o verifica, sendo superior a 0,05 em todos os Fatores integrantes das Atitudes (Cf. Tabela 23).

Tabela 23 – Relação entre os fatores relativos às atitudes e o género

Fatores	Género	Feminino	Masculino	UMW	P
		OM	OM		
Importância		81,11	64,76	1607,0	0,057
Responsabilidade		75,78	83,57	1833,5	0,355
Obstáculos		77,88	76,15	1994,0	0,836
Confiança		77,41	77,82	2029,0	0,960
Competências		77,93	75,97	1988,0	0,814
Atitude global		79,53	70,37	1797,0	0,286

Através do Teste de Oneway Anova foi possível comparar-se as médias de atitudes consoante os grupos de idades inicialmente formados, assim como verificar-se a possível relação entre as mesmas variáveis. Na tabela 23 podemos observar que a média de atitudes mais positiva varia consoante os fatores apresentados sendo que é mais positiva em relação aos factores Importância e Obstáculos no grupo etário com idade inferior a 40 anos, nos factores Responsabilidade, Confiança e Atitude Global no grupo com idade superior a 45

anos e no fator Competências no grupo com idades entre os 40 e os 45 anos. A tabela permite, ainda, verificar que existe relação significativa entre a variável idade e o fator Responsabilidade, uma vez que o valor de p é inferior a 0,05 nestes mesmos fatores. O Teste de Tukey identifica esta relação explicável sobre este fator entre os grupos etários <40 anos e >45 anos (Cf. Tabela 24).

Tabela 24 – Relação entre os grupos etários e os fatores relativos às atitudes

Fatores	Grupo etário <40 anos (1)		40-45 anos (2)		>45 anos (3)		F	P	Teste de Tukey (p)		
	M	D.P.	M	D.P.	M	D.P.			1/2	1/3	2/3
Importância	19,49	14,33	20,87	9,479	22,81	12,698	1,003	0,369	0,861	0,336	0,751
Responsabilidade	85,06	13,591	84,38	13,214	77,18	17,397	4,622	0,011	0,974	0,014	0,064
Obstáculos	32,42	16,641	37,24	10,216	35,12	14,798	1,307	0,274	0,259	0,582	0,774
Confiança	81,24	12,429	79,28	12,873	76,59	13,842	1,856	0,160	0,752	0,136	0,595
Competências	49,73	10,427	47,07	7,662	48,36	12,042	0,759	0,470	0,446	0,762	0,830
Atitude global	48,00	6,161	48,22	4,043	47,21	7,161	0,375	0,688	0,984	0,767	0,718

Os valores de ordenação média das atitudes variaram consoante as habilitações literárias dos enfermeiros tendo no entanto sido negativas em todos os factores e para ambas as habilitações. Ainda assim, verificou-se menos negativa em relação à Responsabilidade nos enfermeiros com Licenciatura e em relação à Importância nos enfermeiros com Mestrado ou Doutoramento. A aplicação do Teste de U Mann-Whitney pretendia verificar a existência de relação entre as variáveis, sendo que a mesma é significativa com os fatores Responsabilidade e Obstáculos (Cf. Tabela 25).

Tabela 25 – Relação entre os fatores relativos às atitudes e as habilitações literárias

Fatores	Habilitações Literárias	Licenciatura	Mestrado/Doutoramento	UMW	p
		OM	OM		
Importância		80,28	63,83	1308,5	0,083
Responsabilidade		74,37	92,92	1263,0	0,047
Obstáculos		80,95	60,54	1223	0,028
Confiança		75,18	88,90	1367,5	0,138
Competências		75,53	87,19	1412,0	0,207
Atitude global		77,88	75,62	1615,0	0,812

Relativamente às habilitações profissionais, pode observar-se que a ordem média de atitudes se encontra positiva em todos os graus de habilitação e acerca de todos os fatores integrantes das atitudes. A ordem média mais positiva dos inquiridos pós-graduados foi em relação aos obstáculos à prevenção, a dos especialistas foi relativa à confiança e a dos que possuem ambas as habilitações foi a atitude global. Segundo o Teste de Kruskal-Wallis, não existe relação entre as Habilitações Profissionais e qualquer um dos fatores integrantes das atitudes ou da Atitude Global (Cf. Tabela 26).

Tabela 26 – Relação entre os fatores relativos às atitudes e às habilitações profissionais

Fatores	Habilitações Profissionais	Pós-Graduação	Especialidade	Ambas	KW	p
		OM	OM	OM		
Importância		22,77	25,27	21,58	0,543	0,762
Responsabilidade		25,63	23,98	20,00	0,766	0,682
Obstáculos		20,87	25,40	25,75	1,245	0,537
Confiança		24,07	23,62	25,50	0,100	0,951
Competências		25,70	24,44	17,83	1,611	0,447
Atitude global		25,53	25,96	16,67	2,317	0,314

Verificou-se que os enfermeiros que já exerceram a sua profissão noutros serviços têm uma atitude mais positiva em relação a todos os fatores excepto à confiança e às competências. O Teste de Mann-Whitney revela não existir relação entre estas variáveis (Cf. Tabela 27).

Tabela 27 – Relação entre os fatores relativos às atitudes e o exercício noutro local

Fatores	Exercício noutro local	Sim	Não	UMW	p
		OM	OM		
Importância		76,84	81,48	1364,5	0,648
Responsabilidade		76,18	85,43	1277,5	0,355
Obstáculos		75,52	89,39	1190,5	0,162
Confiança		77,74	76,05	1420,0	0,864
Competências		78,30	72,73	1347,0	0,574
Atitude global		76,17	85,45	1277,0	0,363

Procurou-se, também, determinar em que medida os anos de experiência influenciam os diversos fatores integrantes das atitudes. Os valores são explicativos

demonstrando que há diferenças significativas entre os grupos etários nos fatores Responsabilidade e Confiança. O Teste Post Hoc de Tukey demonstrou, em relação a ambas as dimensões, que essas diferenças se situam entre os inquiridos com menos de 15 anos de experiência e os que têm mais de 25 (Cf. Tabela 28).

Tabela 28 – Relação entre os anos de experiência e os fatores relativos às atitudes

Fatores	Anos de experiência		15-25 anos (2)		>25 anos (3)		f	p	Teste de Tukey (p)		
	<15 anos (1)		M	D.P.	M	D.P.			1/2	1/3	2/3
	M	D.P.									
Importância	19,05	15,002	21,43	10,120	22,75	13,318	1,011	0,366	0,589	0,351	0,861
Responsabilidade	85,49	13,265	82,72	14,635	76,98	17,593	3,696	0,027	0,601	0,022	0,140
Obstáculos	31,97	16,917	35,63	12,803	35,98	14,479	1,125	0,327	0,393	0,398	0,992
Confiança	82,77	12,435	79,19	12,699	74,60	13,505	4,574	0,012	0,312	0,008	0,176
Competências	49,83	10,824	48,15	9,400	47,82	11,649	0,511	0,601	0,679	0,634	0,986
Atitude global	48,12	6,747	48,09	4,055	46,87	7,752	0,623	0,538	1,000	0,595	0,576

Pretendeu-se determinar se os índices médios das atitudes eram discriminados pela formação prévia em úlceras por pressão. Os resultados apresentados na tabela 28 demonstram que tanto os inquiridos com formação como aqueles que não a possuíam apresentavam médias mais positivas em relação ao fator Importância e mais negativas em relação à Responsabilidade. O teste t indica-nos que a formação é explicativa apenas em relação aos Obstáculos (Cf. Tabela 29).

Tabela 29 – Relação entre os fatores relativos às atitudes e a formação

Fatores	Formação		Sim		Não		Leven's P	t	P
	M	D.P.	M	D.P.	M	D.P.			
Importância	19,44	13,132	22,35	12,129	0,826	-1,410	0,161		
Responsabilidade	84,28	14,092	80,16	16,186	0,332	1,691	0,093		
Obstáculos	31,90	14,272	36,77	14,734	0,929	-2,077	0,040		
Confiança	80,63	12,645	77,78	13,471	0,976	1,355	0,177		
Competências	49,52	10,606	47,82	10,358	0,975	1,005	0,317		
Atitude global	47,64	5,373	47,87	6,696	0,181	-0,232	0,817		

Pretendeu-se, também, perceber se existia relação entre a atitude e a existência de colegas com formação no local de trabalho. Verificou-se que, quer os enfermeiros que têm colegas com formação no serviço quer os que não têm, têm uma atitude negativa em

relação a todos os fatores. O Teste de Mann-Whitney revela não existir relação entre estas variáveis (Cf. Tabela 30).

Tabela 30 – Relação entre os fatores relativos às atitudes e a existência de colegas com formação

Fatores	Colegas com formação	Sim	Não	UMW	P
		OM	OM		
Importância		75,88	82,62	1975,0	0,418
Responsabilidade		75,15	84,92	1890,0	0,233
Obstáculos		80,42	68,27	1823,0	0,135
Confiança		77,04	78,95	2111,0	0,814
Competências		77,96	76,05	2111,0	0,814
Atitude global		77,63	77,08	2149,0	0,947

A título de curiosidade, incluiu-se mais uma variável no estudo e verificou-se que quer os enfermeiros cujo tema “Úlceras por Pressão” lhes desperta interesse quer aqueles a quem não desperta têm ambas atitudes negativas. Através da inclusão do Teste de Mann-Whitney verifica-se que o interesse no tema não é explicativo em relação a nenhuma das variáveis (Cf. Tabela 31).

Tabela 31 – Relação entre os fatores relativos às atitudes e o interesse no tema

Fatores	Interesse no tema	Sim	Não	UMW	P
		OM	OM		
Importância		75,32	97,67	740,0	0,063
Responsabilidade		79,67	57,43	741,5	0,059
Obstáculos		76,38	87,87	887,0	0,326
Confiança		79,71	57,00	735,0	0,052
Competências		76,27	88,90	871,5	0,279
Atitude global		77,14	80,80	993,0	0,761

Seguidamente são demonstrados os dados obtidos através da realização de correlações entre os diversos fatores das Atitudes e as diversas áreas do Conhecimento estudadas.

Relação entre as variáveis manifestas e as variáveis latentes relativas às atitudes

Para estudar a relação entre as variáveis sociodemográficas (idade e género), a variável de contexto profissional (tempo de experiência) e as variáveis relacionadas com os conhecimentos sobre úlceras por pressão (etiologia, classificação, nutrição, avaliação, redução da quantidade de pressão e redução da duração da pressão) com as variáveis latentes relacionadas com as atitudes sobre prevenção de úlceras por pressão efectuaram-se regressões lineares múltiplas univariadas tendo-se usado como método de estimação para a selecção das variáveis predictoras o método stepwise, recorrendo-se ao método de entrada quando não encontramos relação entre variáveis. O sexo foi transformado em variável muda atribuindo-se o código “zero” ao sexo masculino e “um” ao feminino, conforme recomendado por Marôco 2018.

Relação entre as variáveis manifestas e variável latente Importância atribuída à prevenção

No quadro 8 são apresentados os resultados da correlação entre a importância e as variáveis anteriormente referidas. Aferimos que o fator importância estabelece uma correlação negativa com todas as variáveis excepto o género, a experiência e a nutrição, apresentando significância estatística com a etiologia e a classificação e significância marginal com o género e a idade.

A análise do quadro 8 esclarece que os valores da correlação variaram em valores absolutos entre $r=0,022$ em relação à nutrição e $r=0,303$ na classificação.

Quadro 8 – Relação entre a variável importância e as variáveis independentes

	R	P
Idade	-0,107	0,094
Género	0,122	0,067
Experiência	0,095	0,120
Etiologia	-0,243	0,001
Classificação	-0,303	0,000
Nutrição	0,022	0,392
Avaliação	-0,110	0,087
Redução quantidade pressão	-0,145	0,037
Redução duração pressão	-0,135	0,047

Pela observação do quadro 9, aferimos que a classificação e a etiologia são as únicas variáveis predictoras da variável dependente dado que o valor de t é estatisticamente significativo. A classificação é a variável que apresenta o valor de Coeficiente padronizado Beta mais elevado e, portanto, a que exerce maior influência na variável dependente. Ambas as variáveis estabelecem uma correlação direta, permitindo-nos assim afirmar que

enfermeiros com atitudes mais conhecimentos em relação a classificação e etiologia de úlceras por pressão apresentam atitudes mais positivas em relação à importância da prevenção.

Utilizou-se o VIF (variance inflation factor) para diagnosticar a multicolaridade cujo valor foi semelhante em relação a ambas mais positivas em relação à importância da prevenção destas lesões. as variáveis (VIF = 1.099), concluindo-se pelos resultados que os fatores presentes no modelo não são colineares, uma vez que são inferiores a 5.0, conforme preconizado por Pestana & Gageiro (2014) (Cf. Quadro 9). As duas variáveis explicam em simultâneo no modelo 11,7% da variabilidade.

A equação da regressão para o modelo final seria obtido pela seguinte fórmula:

$$\text{Importância} = 34,074 + (-0,253 \text{ classificação}) + (-167 \text{ etiologia})$$

Quadro 9 – Regressão múltipla entre a variável importância e as variáveis independentes

R= 0,342 R ² = 0,117 R ² ajustado= 0,105 Erro padrão de estimativa= 12,03 F= 10,011 p=0,000					
Pesos de Regressão					
Variáveis Independentes	Coefficiente B	Coefficiente Beta	T	P	VIF
Constante	34,074				
Classificação	-0,253	0,241	-3,156	0,002	1,099
Etiologia	-0,167	0,190	-2,080	0,039	1,099

Relação entre as variáveis manifestas e variável latente responsabilidade atribuída à prevenção

Através da análise do quadro 10 referente à relação entre o fator responsabilidade e as variáveis independentes, verificou-se que existe uma correlação negativa entre este fator e as restantes variáveis excepto o género e a experiência. Esta relação é significativa com as variáveis idade, etiologia, classificação, avaliação e redução da duração da pressão. As correlações com o género e experiência são positivas sendo que com a experiência se verificaram altamente significativas (p=0,000).

Os valores variaram, em termos absolutos, entre 0,010 e 0,949.

Quadro 10- Relação entre a variável responsabilidade e as variáveis independentes

	R	p
Idade	-0,204	0,006
Gênero	0,069	0,198
Experiência	0,949	0,000
Etiologia	-0,186	0,010
Classificação	-0,173	0,016
Nutrição	-0,037	0,326
Avaliação	-0,145	0,036
Redução quantidade pressão	-0,010	0,451
Redução duração pressão	-0,149	0,033

Através do Quadro 11 aferimos que as variáveis classificação e idade têm poder explicativo na variável dependente, uma vez que o valor de t apresenta significância estatística. Analisando os coeficientes padronizados beta, verificamos que a classificação é a variável que apresenta maior valor preditivo, estabelecendo uma relação direta com a variável dependente. Por sua vez, a idade estabelece uma relação inversa.

O valor de VIF foi semelhante em relação a ambas as variáveis (VIF = 1.031), concluindo-se pelos resultados que os fatores presentes no modelo não são colineares, uma vez que são inferiores a 5.0 (Pestana & Gageiro, 2014). As duas variáveis explicam em simultâneo no modelo 8,9% da variabilidade.

A equação da regressão para o modelo final seria obtido pela seguinte fórmula:

$$\text{Responsabilidade} = 84,550 + (0,178 \text{ classificação}) + (-0,264 \text{ idade})$$

Quadro 11 – Regressão múltipla entre a variável responsabilidade e as variáveis independentes

R= 0,298 R²= 0,089 R² ajustado= 0,77 Erro padrão de estimativa= 14,75741 F= 7,377 p=0,001					
Pesos de Regressão					
Variáveis Independentes	Coeficiente B	Coeficiente Beta	T	P	VIF
Constante	84,550				
Classificação	0,178	0,221	2,807	0,006	1,031
Idade	-0,264	-0,165	-2,096	0,038	1,031

Relação entre as variáveis manifestas e variável latente Obstáculos à prevenção

Para a variável obstáculos verificou-se que existe uma correlação negativa com as variáveis etiologia, classificação, redução da quantidade de pressão e redução da duração da pressão. No entanto, esta relação é significativa apenas em relação a estas duas últimas variáveis. Por outro lado, estabelece uma correlação positiva com as restantes variáveis, sendo significativa apenas para a variável nutrição. Os valores correlacionais absolutos oscilaram entre 0,009 no género e 0,193 na nutrição (Quadro 12).

Quadro 12 – Relação entre a variável obstáculos e as variáveis independentes

	R	P
Idade	0,100	0,110
Género	0,009	0,456
Experiência	0,071	0,190
Etiologia	-0,088	0,140
Classificação	-0,104	0,100
Nutrição	0,146	0,035
Avaliação	0,010	0,451
Redução quantidade pressão	-0,193	0,008
Redução duração pressão	-0,155	0,027

Como pode verificar-se no Quadro 13, o valor de t apresenta significância estatística em ambas as variáveis, o que significa que ambas são preditoras da mesma. Aquela que exerce mais peso é a nutrição, que apresenta com a variável dependente uma correlação direta, sendo que os conhecimentos sobre redução da quantidade de pressão apresentam uma correlação inversa.

O valor de VIF foi semelhante em relação a ambas as variáveis (VIF = 1.007), e demonstra, mais uma vez, que os fatores presentes no modelo não são colineares. As variáveis independentes explicam 6,4% na variabilidade (Quadro 13).

Quadro 13 – Regressão múltipla entre a variável obstáculos e as variáveis independentes

R= 0,252 R ² = 0,064 R ² ajustado= 0,051 Erro padrão de estimativa= 14,29952 F= 5,141 p=0,007					
Pesos de Regressão					
Variáveis Independentes	Coefficiente B	Coefficiente Beta	T	P	VIF
Constante	62,151				
Redução quantidade pressão	-0,182	-0,206	-2,612	0,010	1,007
Nutrição	0,074	0,163	2,066	0,041	1,007

Relação entre as variáveis manifestas e variável latente confiança

Em relação à variável confiança verifica-se que a mesma estabelece uma relação negativa com as variáveis idade, género, experiência e avaliação, sendo significativa com a idade e a experiência. Por outro lado, estabelece uma correlação positiva com as restantes variáveis sendo, no entanto apenas significativa em relação à redução da duração da pressão. Os valores correlacionais absolutos oscilaram entre 0,014 no género e 0,257 na idade (Quadro 14).

Quadro 14- Relação entre a variável confiança e as variáveis independentes

	R	P
Idade	-0,257	0,001
Género	-0,014	0,443
Experiência	-0,232	0,002
Etiologia	0,090	0,132
Classificação	0,073	0,186
Nutrição	0,016	0,423
Avaliação	-0,108	0,091
Redução quantidade pressão	0,092	0,127
Redução duração pressão	0,156	0,026

A partir do quadro 15 concluímos que o valor de t apresenta significância estatística concluindo que a variável que entrou no modelo de regressão, tem poder explicativo na variável responsabilidade. Pelos coeficientes padronizados beta, verificamos que a idade

estabelece uma relação inversa com a variável dependente, podendo então afirmar-se que indivíduos mais novos apresentam atitudes mais positivas em relação à confiança.

O valor de VIF (1.000), demonstrou que o fator presente no modelo não é colinear, uma vez que é inferior a 5.0 (Pestana & Gageiro, 2007). Esta variável independente explica 6,6% na variabilidade (Quadro 15).

Quadro 15- Regressão múltipla entre a variável confiança e as variáveis independentes

R= 0,257 R ² = 0,066 R ² ajustado= 0,060 Erro padrão de estimativa= 12,73872 F= 10,730 p=0,001					
Pesos de Regressão					
Variáveis Independentes	Coeficiente B	Coeficiente Beta	T	p	VIF
Constante	93,855				
Idade	-0,350	-0,257	-3,276	0,001	1,000

Relação entre as variáveis manifestas e variável latente Competências na prevenção

A variável competências na prevenção estabelece correlação negativa com as variáveis idade, experiência, classificação, avaliação, redução na quantidade de pressão e redução na duração da pressão, não sendo, no entanto, significativa com nenhuma das variáveis. Os valores correlacionais oscilaram entre 0,022 na redução da quantidade da pressão e 0,430 na experiência (Quadro 16).

Não foram identificadas variáveis independentes predictoras em relação às competências, o que se verificou substituindo o método stepwise pelo método de entrada.

Quadro 16- Relação entre a variável competências e as variáveis independentes

	R	P
Idade	-0,071	0,191
Género	0,028	0,364
Experiência	-0,430	0,296
Etiologia	0,077	0,172
Classificação	-0,034	0,339
Nutrição	0,122	0,066
Avaliação	-0,086	0,144
Redução quantidade pressão	-0,022	0,394
Redução duração pressão	-0,106	0,096

Relação entre as variáveis manifestas e variável latente Atitude Global perante a prevenção

A variável atitude global estabelece correlação negativa com todas as variáveis excepto com o género e a nutrição, não apresentando significância estatística com nenhuma delas. Os valores correlacionais absolutos oscilaram entre 0,053 no género e 0,127 na classificação (Quadro 17).

Não foram identificadas variáveis independentes predictoras em relação às competências, o que se verificou substituindo o método stepwise pelo método de entrada.

Quadro 17 – Relação entre a variável atitude global e as variáveis idade, género, experiência, e as áreas de conhecimento

	R	P
Idade	-0,086	0,146
Género	0,053	0,257
Experiência	-0,078	0,167
Etiologia	-0,057	0,241
Classificação	-0,127	0,058
Nutrição	0,093	0,127
Avaliação	-0,124	0,063
Redução quantidade pressão	-0,083	0,154
Redução duração pressão	-0,071	0,190

Relação entre a variável manifesta conhecimento e variável latente atitude Global perante a prevenção

Através da correlação realizada entre a atitude global e os conhecimentos verificamos que esta é negativa e moderadamente significativa (Quadro 18)

Quadro 18 – Relação entre a variável atitude global e a variável conhecimento

	Atitude global	Conhecimentos
Conhecimentos	-0,112	0,001

*** p < 0.001 ** p < 0.01 * p < 0.05 n. S. P > 0.05

3 – Discussão

Este capítulo divide-se em discussão metodológica, na qual serão identificados quais os principais obstáculos à realização deste estudo e o motivo dos mesmos (assim como sugestões à sua melhoria) e em discussão de resultados na qual, finalmente concluída a apresentação e análise dos resultados obtidos, bem como o respetivo tratamento estatístico, se inicia a sua discussão, confrontando, sempre que seja possível, os resultados obtidos com o quadro conceptual que os suportou e com os objetivos inicialmente definidos.

3.1 – Discussão metodológica

A necessidade de realizar um estudo rigoroso que identificasse as determinantes das atitudes manifestadas perante a prevenção de úlceras por pressão incumbiu-nos da tarefa de recolher dados junto daqueles que de mais perto olham os doentes, no sentido mais amplo da palavra. Como tal, foi necessário escolher um instrumento de dados que nos permitisse identificar os determinantes que achámos mais pertinentes. Aqui surgiu a primeira dificuldade, uma vez que a colheita dos dados demográficos pretendidos foi impedida pela necessidade de manter a proteção de dados – como exemplo, identificando a idade do enfermeiro não nos foi possível questioná-lo sobre o local onde exerce funções, uma vez que a junção das duas respostas facilmente identificaria o inquirido. Como tal, algumas variáveis tiveram que ser retiradas do objetivo inicial. A aplicação do questionário a todos os enfermeiros do hospital sem identificação do serviço onde exerce funções pode também trazer inconvenientes, uma vez que enfermeiros que não cuidam diretamente de doentes no internamento podem ter conhecimentos diferentes daqueles em que o foco de atenção é o cuidado direto ao doente, o que pode alterar as conclusões do estudo.

A segunda dificuldade surgiu quando tivemos que optar por utilizar o Instrumento de Avaliação de Conhecimentos e o Instrumento de Avaliação de Atitudes. Por um lado porque o Instrumento de Avaliação de Conhecimentos se desenrola como uma espécie de “teste” e, por outra, porque a dimensão do questionário com a inclusão de ambas as escalas se tornou bastante extensa. Como consequência, foi mais difícil obter enfermeiros voluntários para o seu preenchimento e um processo de amostragem não probabilístico por conveniência pode acarretar vieses nos resultados finais. Como sugestão de melhoria, considera-se que deveria ter-se aplicado um questionário mais reduzido para ser possível aumentar o número da amostra.

Apesar das dificuldades e limitações, considera-se que as opções metodológicas foram as mais corretas e que pode advir algum conhecimento da realização deste estudo, nomeadamente a compreensão das atitudes na prevenção destas lesões.

3.2 – Discussão de resultados

Começando pela caracterização da amostra, esta é composta por 154 enfermeiros, 120 do sexo feminino (77,9%) e 34 do sexo masculino (22,1%). A sua idade varia entre os 23 e os 66 anos de idade, com uma média de 42,2 anos e um desvio padrão de 9,62 e um coeficiente de variação de 4,38%, o que indica uma baixa dispersão em torno da média.

Em relação às Habilitações Literárias, 83,2% dos enfermeiros é licenciado e os restantes 16,8% possuem um Mestrado ou Doutoramento. Relativamente às habilitações profissionais, apenas 30,5% dos enfermeiros inquiridos realizaram formação para além da Licenciatura. Destes, 16,9% são pós-graduados, 9,7% tiraram uma especialidade e 3,9% possuem ambas as habilitações.

A percentagem de enfermeiros que trabalhou previamente noutro local é de 85,7% (85,8% das mulheres e 85,3% dos homens) e o tempo de experiência varia entre 1 e 40 anos, com uma média de 19,8 anos, um desvio padrão de 9,33 e um coeficiente de variação de 2,13%. As mulheres têm, em média, mais anos de experiência (20,3 anos), sendo que os homens se revelam um pouco menos experientes (18,4 anos).

Em relação à formação, 44,2% das mulheres e 50% dos homens têm formação, resultando num total de 45,45% dos inquiridos com formação.

Verificou-se ainda que 90% dos indivíduos do sexo feminino e 91,2% do sexo masculino têm interesse no tema “Úlceras por Pressão”, sendo 90,2% na totalidade e, por fim, 76% dos enfermeiros têm colegas com formação em Úlceras por Pressão a exercer funções perto de si.

Os resultados da aplicação do Instrumento de Avaliação de Conhecimentos acerca de úlceras de pressão presente no questionário aplicado, obtiveram valores médios de conhecimento dos enfermeiros inquiridos de 53,6%, ou seja, conhecimentos moderados.

Existem vários estudos que defendem a existência de baixos conhecimentos na profissão. Beeckman, Defloor, Schoonoven & Vanderwee em 2011 realizaram uma pesquisa a um total de 553 enfermeiros que responderam a ferramentas de avaliação de

conhecimentos e atitudes em relação à prevenção de úlceras por pressão e obtiveram que apenas 23,5% desta amostra detinha valores de conhecimento superiores a 60%. Tavares et al, em 2014, desenvolveu uma investigação com 1068 enfermeiros portugueses, identificando-os também como tendo baixos conhecimentos.

Outra pesquisa, desta vez realizada por Miyazaki, Caliri & Santos em 2010 num hospital universitário do Brasil, concluiu também que o conhecimento dos enfermeiros acerca da prevenção de úlceras por pressão era insuficiente embora tendo ainda assim acertado em cerca de 79,4% dos itens questionados. O mesmo teste aplicado em dois hospitais americanos resultou numa média de 71,3% de acertos e o valor era maior em enfermeiros que tinham assistido a uma palestra ou realizado leituras de artigos sobre o assunto no último ano. A formação e o conhecimento estão intimamente ligados, o que é corroborado no estudo de Beeckman, et al em 2011, no qual se verificou que enfermeiros que tiveram formação adicional sobre prevenção de úlceras por pressão apresentaram maiores scores de conhecimento do que aquelas que não a frequentaram. Outro estudo a retirar conclusões semelhantes, desta vez aquele que havia sido realizado por Miyazaki, Caliri & Santos em 2010 verificou que o valor de respostas corretas era maior em enfermeiros que tinham assistido a uma palestra ou realizado leituras de artigos sobre o assunto no último ano. Olkoski & Assis, 2016, que compara o comportamento dos enfermeiros relativamente à prevenção de úlceras por pressão antes e após uma campanha educativa verificou-se que existiram melhorias relativamente ao reposicionamento e lateralização dos doentes, elevação correta da cabeceira dos doentes, elevação dos calcâneos e utilização de almofadas.

Tirgari, Mirshekari e Forouzi desenvolveram em 2018 um estudo numa unidade de cuidados intensivos do Irão utilizando o mesmo Instrumento de Avaliação de Conhecimentos que o presente neste estudo, revelando os conhecimentos como insuficientes. Concluíram que a categoria que apresentava melhores médias de conhecimento era a que dizia respeito à “Nutrição” e as categorias Etiologia e Desenvolvimento e a Classificação foram aquelas que obtiveram médias mais baixas. O mesmo se verificou no estudo por nós realizado, com as médias de conhecimento mais elevadas na categoria nutrição (69,8%) e as mais baixas na classificação (48,3%) e na etiologia (51,8%). Revelaram-se ainda, no mesmo estudo, diferenças significativas entre o nível de conhecimento e a idade, as habilitações profissionais e a formação prévia em úlceras por pressão. No estudo por nós realizado, identificou-se apenas a idade ($p=0,006$) e o tempo de experiência ($p=0,008$) como variáveis preditoras. A existência de colegas com formação revelou influenciar os conhecimentos acerca da etiologia das úlceras por pressão ($p=0,041$). Ao invés do nosso, o estudo de

Tavares et al (2014) evidencia também independência entre as variáveis conhecimento e idade.

Ao contrário da conclusão obtida no atual estudo, no qual, após aplicação do teste de Mann-Whitney não se verificaram diferenças significativas entre o nível de conhecimentos e o género, Tavares et al (2014) identifica os indivíduos do sexo masculino como tendo mais conhecimentos que os do sexo feminino.

Em relação à atitude dos enfermeiros, antes de mais é importante reforçar que o Instrumento de Avaliação de Atitudes associa melhores atitudes a scores mais baixos obtidos, sendo que, conseqüentemente, as percentagens médias obtidas representam atitudes mais positivas quanto mais reduzidas forem. O mesmo não se passa com os estudos apresentados na revisão bibliográfica, pelo que foi essencial precaução adicional na análise e comparação entre os mesmos.

A média global de atitudes obtida no nosso estudo foi de 47,8%, sendo categorizada imediatamente entre a atitude positiva e a atitude negativa. As mulheres representam 79,2% das atitudes negativas e 76,8% das positivas e os enfermeiros com idade inferior a 40 anos representam 38,9% das atitudes negativas e 40,2% das positivas. A Licenciatura e a Especialidade foram as habilitações académicas e profissionais que melhor representaram ambos os tipos de atitude, assim como o facto de ter exercido funções noutra serviço. Os enfermeiros sem formação representaram 55,6% das atitudes negativas e 53,7% das positivas assim como ter a presença de colegas com formação, que representa 79,2% das atitudes negativas e 73,2% das positivas; ter interesse no tema – 88,9 e 91,5%, respetivamente. Os enfermeiros com conhecimentos moderados representam a maior fatia da atitude negativa e os conhecimentos elevados a da atitude positiva.

O fator em que os inquiridos apresentaram uma atitude média mais positiva foi acerca da importância da prevenção (21,0%) e a atitude média mais negativa foi identificada acerca da responsabilidade na prevenção (82,0%).

Em 2018, na Jordânia, foi aplicado um questionário por Habiballah a enfermeiros de Unidades de Cuidados Intensivos de 3 hospitais para investigar a atitude de enfermeiros em relação às úlceras por pressão e os achados sugerem que os enfermeiros têm, no global, atitudes positivas. Aslan e van Giersbergen (2016) publicaram uma pesquisa realizada em Izmir na Turquia com 426 enfermeiros e foi obtido um score médio das atitudes com 84.12% de média de atitudes.

A atitude positiva manteve-se em mais algumas pesquisas, nomeadamente num Centro Oncológico da Arábia Saudita, verificando-se também pelos enfermeiros uma atitude

média de 77% que considerava a prevenção prioritária ao tratamento e em 2009 na Suécia, Kallman e Suserud verificaram-se que 95% dos enfermeiros inquiridos se preocupava com a prevenção e que 94% considerava as úlceras por pressão evitáveis. Em Espanha Homs-Romero (2018) questionou a 327 enfermeiras empregadas em hospitais, lares e centros de saúde se as úlceras por pressão eram evitáveis, ao que 98% responderam que sim e 61,4% consideraram-nas um efeito adverso grave.

No entanto, a atitude positiva não é geral, sendo que na capital da Etiópia, em 2018, Etafa et al verificaram, em 6 Hospitais Públicos, que mais de metade (52,2%) dos enfermeiros apresentavam uma atitude negativa. Este estudo verificava independência entre a atitude e o nível académico, o tempo de experiência e a formação. Por outro lado, o estudo de Habiballah (2018) verificou diferenças estatísticas significativas entre os anos de experiência e a formação na área; os inquiridos com mais anos de experiência tinham atitudes mais positivas do que os menos experientes e aqueles que tinham formação na área tinham também uma atitude mais positiva que aqueles que não eram formados. Para além disso, verificou também a existência de relação entre o nível de atitude e o género – as mulheres tinham atitudes mais positivas. No nosso estudo o género não foi determinante mas os anos de experiência identificaram-se como variável preditora sobre os fatores responsabilidade ($p=0,027$) e confiança ($p=0,012$), existindo ainda significância estatística entre o nível médio de atitudes em relação ao fator obstáculos e a existência de formação prévia em úlceras por pressão ($p=0,040$), o que vai de encontro ao estudo de Habiballah.

A investigação de Islam (2010) no Bangladesh, verificava uma correlação positiva entre as atitudes dos enfermeiros e a prática mas o mesmo já não acontecia entre o conhecimento e a atitude nem entre o conhecimento e a prática. O mesmo acontece no nosso estudo que demonstra não existirem diferenças significativas entre as atitudes e o nível de conhecimento.

Beeckman, Defloor, Schoonoven & Vanderwee (2011) no seu estudo realizado na Bélgica, encontraram correlação positiva entre a atitude dos enfermeiros em relação à prioridade dada à prevenção e o score total de conhecimento. Kallman e Suserud em 2009 na Suécia acrescentam que identificaram enfermeiros que tinham realizado formação como tendo mais conhecimentos que aqueles que não o fizeram e Charalambos et al (2018) evidenciou também a importância dos conhecimentos na prevenção, identificando uma correlação positiva entre os conhecimentos e as atitudes numa pesquisa realizada no Chipre. Unver et al, (2017) num estudo num Hospital da Turquia corrobora a influência do conhecimento no nível de atitudes observando que este foi maior em enfermeiros que haviam participado em formações sobre úlceras por pressão do que naqueles que não o fizeram. A análise estatística das características dos enfermeiros revelou ainda não existir

diferença significativa entre o score médio de atitudes nem o género, as habilitações literárias, os anos de experiência ou a idade. Esta última variável foi identificada por Charalambos et al (2018) como um fator determinante – os inquiridos com idades iguais ou superiores a 29 tinham valores de atitudes superiores aos inquiridos mais novos. No nosso estudo a idade revelou-se como variável preditora, mostrando diferenças significativas com o fator responsabilidade ($p=0,011$) assim como as habilitações literárias, relacionando-se com a responsabilidade ($p=0,047$) e os obstáculos ($p=0,028$).

Embora Hamdan et al, (2018) tenha verificado na Arábia Saudita pouco interesse no tema úlceras por pressão em enfermeiros com atitude positiva, Etafa (2018) verificou na Etiópia que apesar do interesse no tema, os enfermeiros apresentavam atitudes negativas. A nossa investigação verificou que o interesse no tema não estabelecia relação significativa com as atitudes.

Por fim, o estudo de Aslan e Giersbergen (2015) cujo score médio das atitudes obtido foi de 84.12% verificou não ter relação significativa com as variáveis idade, género, anos de experiência, nível educacional ou formação prévia em úlceras por pressão concluiu, também, que os enfermeiros que leram um instrumento tao simples como o "EPUAP and NPUAP Pressure Ulcer Treatment Quick Reference Guide" tinham médias de atitude significativamente mais altas do que aqueles que não o fizeram.

4 – Conclusões

Terminada a discussão dos resultados resta evidenciar as principais conclusões que se atingiram com esta investigação e reforçar os aspetos positivos e negativos da mesma.

Pretendia-se, inicialmente, responder às seguintes questões de investigação:

- Quais os fatores que influenciam as atitudes dos enfermeiros na prevenção das úlceras por pressão?
- Que conhecimentos possuem os enfermeiros acerca da prevenção de úlceras por pressão?
- Que variáveis sociodemográficas influenciam as atitudes dos enfermeiros relativamente às úlceras por pressão?
- Que relação existe entre as variáveis profissionais e atitudes dos enfermeiros relativamente às úlceras por pressão?
- Qual o efeito do nível de conhecimento nas atitudes dos enfermeiros relativamente às úlceras por pressão?

No final do estudo pode afirmar-se que a todas as questões foram dadas respostas, que podem ser demonstradas através dos resultados obtidos.

A amostra é representada em 77,9% por mulheres. A média de idades é de 42,2 anos e 83,2% dos inquiridos possuem uma licenciatura. 16,9% possuem especialidade e 85,7% já exerceram a profissão noutra local que não o atual. 40,9% têm entre 15 e 25 anos de experiência sendo a média de 19,8 anos. Embora 90,2% tenha interesse no tema, 54,5% dos inquiridos nunca teve formação em prevenção de úlceras por pressão. 76,0% tem colegas com formação na área.

Relativamente aos conhecimentos, a área em que a média é mais elevada é a nutrição (69,8%) e a menos elevada é acerca da classificação (48,3%) e a média de conhecimento global é de 53,6%, sendo considerado um conhecimento moderado.

As atitudes mais positivas destacam-se a nível do fator importância (21%) e as mais negativas acerca da responsabilidade (82%) e média de atitudes global é de 47,8%, estando no limiar entre a atitude positiva e a atitude negativa.

Segundo os resultados desta investigação, as variáveis que influenciam os conhecimentos são a idade, o tempo de experiência profissional e a existência de colegas com formação. As atitudes são influenciadas pela responsabilidade, habilitações literárias, anos de experiência profissional e formação.

Relativamente às condicionantes do estudo, foram sobretudo ao nível da aplicação dos questionários, uma vez que pela sua dimensão e complexidade do seu preenchimento, nomeadamente em relação à escala de Avaliação de Conhecimentos acerca de Úlceras por Pressão, foi mais difícil obter voluntários para o seu preenchimento. Para além disso, em todos os serviços existiam enfermeiros com baixa médica, licença de maternidade ou de férias.

A vantagem da execução do estudo, para além da realização pessoal e profissional, é também o facto de se ter tomado consciência que existem determinantes que influenciam as atitudes dos enfermeiros ao prevenir diariamente as úlceras por pressão que estão ao nosso alcance modificar, nomeadamente as habilitações literárias mas principalmente a formação. É emergente que se utilizem os recursos disponíveis nas Unidades de Saúde para realizar formação em serviço e desenvolvimento de protocolos que orientem o comportamento dos enfermeiros e restante equipa.

A própria administração hospitalar deve estar desperta para a importância e o peso orçamental que este problema tem ao nível das instituições embora seja do conhecimento geral que muitas vezes não existe a noção de que custa menos “prevenir que remediar” e que o material de realização de penso é bastante mais caro do que o material para prevenção. As comissões hospitalares são outro trunfo que pode ser utilizado e, sempre que existentes, devem ser incentivadas a realizar formações regulares nos serviços para que os conhecimentos se mantenham consoante as linhas de orientação mais recentes e melhores níveis de evidência possível.

Referências bibliográficas

- Afonso, C.; Afonso, G.; Azevedo, M.; Miranda, M. & Alves, P. (2014). *Prevenção e Tratamento de Feridas – Da Evidência à Prática*. Primeira Edição, HARTMANN. ISBN 978-989-20-5133-84
- Agrawal, K., Chauhan, N. (2012). Pressure ulcers: Back to basics. *Indian Journal of Plastic Surgery*, 45 (2), 244-254
- Aguiar, E. S. S., Soares, M. J. G. O., Caliri, M. H. L., Costa, M. M. L., Oliveira S. H. S. (2012). *Acta Paul Enferm* 25 (1), 94-100
- Anders, J., Heinemann, A., Leffmann, C., Leutenegger M., Pröfener, F. & Renteln-Kruse, W. (May, 2010). Decubitus Ulcers: Pathophysiology and Primary Prevention. *Dtsch Arztebl Int.* 107(21): 371–382. Doi 10.3238/arztebl.2010.0371
- Aslan, A. & Giersbergen, M. Y. (2016). Nurses' attitudes towards pressure ulcer prevention in Turkey *Journal of Tissue Viability*, 25(1), 66-73 Acedido em [https://www.clinicalkey.com/#!/content/playContent/1-s2.0/S0965206X15000923?returnurl=https:%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS09 5206X15000923%3Fshowall%3Dtrue&referrer=](https://www.clinicalkey.com/#!/content/playContent/1-s2.0/S0965206X15000923?returnurl=https:%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS09%206X15000923%3Fshowall%3Dtrue&referrer=)
- atitude* in Dicionário infopédia da Língua Portuguesa. Porto: Porto Editora, 2003-2019. Acedido em <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/atitude>
- BAPEN (2016). Introducing 'MUST'. Acedido em <http://www.bapen.org.uk/screening-and-must/must/introducing-must>
- Baranoski, S. & Ayello, E. A. (2006). *O essencial sobre o tratamento de Feridas: Princípios práticos*. Ed. Lusodidacta. Lisboa
- Beeckman, D., Defloor, T., Schoonhoven, L. & Vanderwee K. (2011). Knowledge and Attitudes of Nurses on Pressure Ulcer Prevention: A Cross-Sectional Multicenter Study in Belgian Hospitals. *Sigma*. Doi: 10.1111/j.1741-6787.2011.00217.x
- Black, J. M., Cuddigan, J. E., Walko, M. A., Didier, L. A., Lander, M. J., Kelpie, M. R. (2010). Medical device related pressure ulcer in hospitalized patients. *International Wound Journal*, 7, 358-365.
- Brienza, D., Kelsey, S., Karg, P., Allegretti, A., Olson, M., Schmeler, M., Zanca, J., Geyes, M. J., Kusturiss, M., & Holm, M. (Dez., 2010). A Randomized Clinical Trial on

Preventing Pressure Ulcers with Wheelchair Seat Cushions. *J Am Geriatr* 58(12), 2308–2314. Doi: 10.1111/j.1532-5415.2010.03168.x

Campos, S. F., Chagas, A. C. P., Costa, A. B. P., França, R. E. M. & Jansen, A. K. (Set./Out., 2010). Fatores associados ao desenvolvimento de úlceras de pressão: o impacto da nutrição. *Rev. Nutr., Campinas*, 23(5):703-714

Charalambos, C., Koulouri, A., Vasilopoulos, Z. R. A., Vasiliou M. K. M. (October, 2018). Knowledge and attitudes of nurses in a major public hospital in Cyprus towards pressure ulcer prevention. *Journal of Tissue Viability*. Doi: 10.1016/j.jtv.2018.10.005.

Coutinho, C.P. (May., 2013). Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática. 2ª Edição. Coimbra: Edições Almedina

Crowe T. & Brockbank C. (2009), Nutrition therapy in the prevention and treatment of pressure ulcers, *Wound Practice and Research*, 17 (2)

DGS (2016). Úlceras de pressão. Acedido em <https://www.dgs.pt/ms/8/pagina.aspx?codigoms=5521&back=1&codigono=001100150176AAAAAAAAAAAA>

Diário da República, 2.ª série — N.º 28 — 10 de fevereiro de 2015

Dilie, A. A. & Mengistu D. (2015) Assessment of Nurses' Knowledge, Attitude, and Perceived Barriers to Expressed Pressure Ulcer Prevention Practice in Addis Ababa Government Hospitals. *Advances in Nursing*. 2015. doi.org/10.1155/2015/796927

ELCOS (2016). Posição da ELCOS-Sociedade Portuguesa de Feridas, relativamente à substituição da expressão “Úlcera por Pressão” por “Lesão por Pressão”. Acedido em http://sociedadeferidas.pt/documentos/Posicao_da_ELCOS.pdf

Engels, D., Austin, M., Mcnichol, L., Fencil, J. (Feb., 2016). Pressure Ulcers: Factors Contributing to Their Development in the OR. *AORN journal*, 103(3):271-281

Etafa, W., Argaw, Z., Gemechu, E. & Melese, B. (2018). Nurses' attitude and perceived barriers, to pressure ulcer prevention. *BMC Nursing*. 17, 14. doi: 10.1186/s12912-018-0282-2

- Freundlich, K. (April, 2017). Pressure Injuries in Medically Complex Children: A Review. *Children (Basel)*; 4(4): 25. doi: 10.3390/children4040025
- Flores, G. E., Oliveira, D. L. L & Zocche, D. A. A. (Mai/Ago., 2016). Educação permanente no contexto hospitalar: a experiência que ressignifica o cuidado em enfermagem. *Trab. Educ. Saúde*. 14(2), 487-504
- Foldgren, G., Rojas-Reyes, M. X., Cole, N., Foxcroft, D. R. (2012). Effectiveness of organisational infrastructures to promote evidence-based nursing practice. Acedido em <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD002212.pub2/full>
- Guigoz, Y. and Vellas, B. (1995) Test d'évaluation de l'état nutritionnel de la personne agée: Le Mini Nutritional Assessment (MNA). *Médecine Hygiène*, 53, 1965-1969
- Habiballah, L. (2018) Attitudes of intensive care nurses towards pressure ulcer prevention. *Clinical Nursing Studies*. 6 (3). doi: /10.5430/cns.v6n3p1
- Hidalgo, P. L. P.; Fernández, F. P. G.; Torres, M. C. R.; García, M. C. & Medina, I. M. L. (2007), Conocimientos y creencias de las enfermeras sobre el cuidado de las Úlceras por presión: revision sistemática de la literatura, *Gerokomos*; 18 (4)
- Hamdan, A. B., Javison, S., Tamani, J., Sashidharan, S., Yahya, O. A. & Hamoudi, B. (December, 2018). Oncology Nurses' Beliefs, Attitudes, Perceived Barriers towards Pressure Ulcer Prevention, *Journal of Health Education Research & Development*. 6, 4
- Homs-Romero, E., Guimil, J. A. E., Rodríguez, M. T. L., Lombardo, F. C., Pérez, M. C., Asensio, M. L. P., Jiménez, A. F., Candell, E. F., Camblor, M. R. (2018). Percepción de los profesionales sanitarios sobre la gravedad de las úlceras por presión como evento adverso. *Gerokomos*, 29(1), 39-44
- International review (2010). Pressure ulcer prevention: pressure, shear, friction and microclimate in context. A consensus document. London: Wounds International
- Islam, S. S. (January, 2010). Nurses' Knowledge, Attitude, and Practice Regarding Pressure Ulcer Prevention for Hospitalized Patients at Rajshahi Medical College Hospital in Bangladesh. Acedido em https://www.researchgate.net/publication/312289999_Nurses'_Knowledge_Attitude_and_Practice_Regarding_Pressure_Ulcer_Prevention_for_Hospitalized_Patie

nts_at_Rajshahi_Medical_College_Hospital_in_Bangladesh_Thesis_Title_Nurses'_Knowledge_Attitude_and_Practice

- Jaul E. & Menzel J. (2014). Pressure Ulcers in the Elderly, as a Public Health Problem. *J Gen Practice* 2, 174. Doi: 10.4172/2329-9126.1000174
- Kallman, U., & Suserud, B. (2009). Knowledge, attitudes and practice among nursing staff concerning pressure ulcer prevention and treatment – a survey in a Swedish healthcare setting. *Scand J Caring Sci*, 23, 334–341
- Kondrup, J., Allison, S.P., Elia, M., Vellas, B. & Plauth, M. (2003). SPECIAL ARTICLE – ESPEN Guidelines for Nutrition Screening. *Clinical Nutrition* 22(4): 415–421. Doi:10.1016/S0261-5614(03)00098-0
- Lobo, A. (2008). Factores de riesgo en el desarrollo de úlceras de presión y sus implicaciones en la calidad de vida. *REV. BRAS. GERIATR. GERONTOL.*, 11(3):405-418
- Malnutrition Universal Screening Tool. (2003). BAPEN. Acedido em <http://www.bapen.org.uk/images/pdfs/must/portuguese/must-toolkit.pdf>
- Marôco, J. (2018). Análise Estatística com o SPSS Statistics (7ª ed.). Pêro Pinheiro: ReportNumber
- Mazzo A., Miranda F. B. G., Meska M. H. G., Bianchini A., Bernardes R.M., Pereira Junior G. A. (2018). Ensino de prevenção e tratamento de lesão por pressão utilizando simulação. *Esc Anna Nery*, 22(1)
- McInnes, E., Jammali-Blasi, A., Bell-Syer, S. E. M, Dumville, J. C., Middleton, V. & Cullum, N. (2015). Support surfaces for pressure ulcer prevention. Cochrane Wounds Group. Doi 10.1002/14651858.CD001735.pub5
- Miranda, A.B.; Fogaça, A.R.; Rizzetto, M. & Lopes, L.C.C. (Jan./Mar., 2016). Surgical positioning: nursing care in the transoperative period. *Rev. SOBECC*, 21(1): 52-58
- Miyazaki, M. W., Caliri, M. H. L. & Santos, C. B. (Nov.-dez., 2010). Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre prevenção da úlcera por pressão. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 18(6)
- MNA – Mini Nutritional Assessment (sd). Nestlé Nutrition Institute. Acedido em http://www.mna-elderly.com/mna_forms.html
- Moore, Z. E. H, Cowman, S. (2015). Repositioning for treating pressure ulcers. Cochrane Wounds Group. Doi: 10.1002/14651858.CD006898.pub4

- Mwebaza, I., G Katende, G., Groves, S & Nankumbi, J. (2014) Nurses' Knowledge, Practices, and Barriers in Care of Patients with Pressure Ulcers in a Ugandan Teaching Hospital. *Nursing Research and Practice*, 2014. doi: 10.1155/2014/973602
- NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL, EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL & PAN PACIFIC PRESSURE INJURY ALLIANCE (2014). Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. Osborne Park, Western Australia: Emily Haesler Cambridge Media. ISBN-13: 978-0-9579343-6-8
- National Institute for Health and Care Excellence (November, 2012). Nutrition support in adults.
- Nilsson, U. (June, 2018). Intraoperative Positioning of Patients Under General Anesthesia and the Risk of Postoperative Pain and Pressure Ulcers. *Journal of perianesthesia nursing: official journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses / American Society of PeriAnesthesia Nurses* 28(3):137-143
- NPUAP (April, 2016). Pressure Injury Stages. Acedido em <http://www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/npuap-pressure-injury-stages/>
- Nuru, N.; Zewdu, F.; Amsalu, S. & Mehretie, Y. (2015). Knowledge and practice of nurses towards prevention of pressure ulcer and associated factors in Gondar University Hospital, Northwest Ethiopia. *BMC Nursing* 14, 34. Doi:10.1186/s12912-015-0076-8
- Oliveira, K. D. L., Haack, A. & Fortes, R. C.(July/aug., 2017). Nutritional therapy in the treatment of pressure injuries: a systematic review. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 20(4). Doi: 10.1590/1981-22562017020.160195
- Olkoski, E. & Assis, G. M. (2016). Aplicação de medidas de prevenção para úlceras por pressão pela equipe de enfermagem antes e após uma campanha educativa. *Esc Anna Nery*, 20(2):363-369
- Padrão, P., Lopes, A., Lima, R.M. & Graça, P. (2014). Hidratação adequada em meio escolar. DGS. Acedido em https://nutrimento.pt/activeapp/wp-content/uploads/2015/03/documento_hidrata%C3%A7%C3%A3o-em-meio-escolar_digital.pdf

- Panagiotopoulou K & Kerr S.M. (2002). Pressure area care: an exploration of reek nurses' knowledge and practice. *J Adv Nurs*; 40 (3): 285-96
- Pancorbo, P.L. & García F.P. (2002). Estimación del coste económico de la prevención de úlceras por presión en una unidad hospitalaria. *Gerokomos*, 13, 164-71
- Pestana, M. H., Gageiro, J. N. (2014). Análise de dados para Ciências Sociais: a complementariedade do SPSS (6º ed.). Lisboa: Sílabo
- Posthauer, M. E., Banks, M., Dorner, B. & Schols, J. M. G. A. (April, 2015). The Role of Nutrition for Pressure Ulcer Management: National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel, and Pan Pacific Pressure Injury Alliance White Paper. *Advances in skin and wound care*. 28(4), 175-188. Acedido em <https://cme.lww.com/files/TheRoleofNutritionforPressureUlcerManagementNationalPressureUlcerAdvisoryPanelEuropeanPressureUlcerAdvisoryPanelandPanPacificPressureInjuryAllianceWhitePaper-1426768197512.pdf>
- Pressure Injury Prevention Points. (2016). NPUAP. Acedido em <http://www.npuap.org/wp-content/uploads/2016/04/Pressure-Injury-Prevention-Points-2016.pdf>
- Rodrigues, A. (2009). Factores influenciadores dos cuidados de enfermagem na prevenção de úlceras por pressão no serviço domiciliário (Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto). Acedido em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20163/2/dissertao%20alexandre%20Rodrigues.pdf>
- Rogenski, N. M. B. & Kurcgant, P. (Mar-Abr, 2012). Incidência de úlceras por pressão após a implementação de um protocolo de prevenção. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 20(2). Acedido em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n2/pt_16
- Roosen, K., Fulbrook, P. & Nowicki, T. (2010) Pressure injury prevention: continence, skin hygiene and nutrition management. *Australian Nursing Journal*. 18(2). Acedido em https://www.researchgate.net/publication/46412217_Pressure_injury_prevention_continence_skin_hygiene_and_nutrition_management
- Sebba T.S.; Diba M. & Santos, V.L.C.G (2007). Fatores de risco para o desenvolvimento de úlceras por pressão em idosos institucionalizados. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15 (5)
- Serpa, L.F & Santos, V.L.C.G. (2008). Desnutrição como fator de risco para o desenvolvimento de úlceras por pressão. *Acta Paul Enferm*; 21(2), 367-9

- Shi, C., Dumville, J. C., Cullum (2018). Support surfaces for pressure ulcer prevention: A network meta-analysis. *pJournal Plos*. doi.org/10.1371/journal.pone.0192707
- Silva, I.R.; Leite, J. L.; Trevizan, M. A. Silva, T. P. & José, S.A.P. (2017), Conexões entre pesquisa e assistência: desafios emergentes para a ciência, inovação e a tecnologia na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, 26(4). Doi:10.1590/0104-07072017002470016
- Stephens, M. & Bartley, C. A. (February, 2018). Understanding the association between pressure ulcers and sitting in adults what does it mean for me and my carers? *Seating guidelines for people, carers and health & social care professional*. 27(1): 59-73. 10.1016/j.jtv.2017.09.004
- Spruce, L. (January, 2017). Back to Basics: Preventing Perioperative Pressure Injuries. *AORN Journal*, 105 (1): 92-99. doi: 10.1016/j.aorn.2016.10.018
- Stevens, K., (May, 2013). The Impact of Evidence-Based Practice in Nursing and the Next Big Ideas. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing* 18 (2), 4. Acedido em: <http://ojin.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol-18-2013/No2-May-2013/Impact-of-Evidence-Based-Practice.html>
- Tavares, J. P. A., Silva, A. L., Sá-Couto, P., Boltz, M., Capezuti, E. (2014). Portuguese nurses' knowledge of and attitudes toward hospitalized older adults. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. Doi: 10.1111/scs.12124
- Tayyib, N., Coyer, F. & Lewis, P. (2013). Pressure ulcers in the adult intensive care unit: a literature review of patient risk factors and risk assessment scales. *Journal of Nursing Education and Practice*, 3(11)
- Tingen, M. S., Burnett, A. H., Murchison, R. B. & Zhu, H., (Mar., 2009). The Importance of Nursing Research. *J Nurs Educ*. 48(3), 167–170. Acedido em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3677814/>
- Tirgari, B., Mirshekari, L., Forouzi, M. F.(Abril, 2018). Pressure Injury Prevention: Knowledge and Attitudes of Iranian Intensive Care Nurses. *Advances in Skin & Wound Care*. Acedido em <http://kmu.ac.ir/Images/UserFiles/1010/file/tir%20Pressure%20Injury%20Prevention.pdf>
- Tubaishat A., M. Aljezawi & M. Al Qadire (September, 2013). Nurses' attitudes and perceived barriers to pressure ulcer prevention in Jordan. *Journal of Wound Care*. 22(9):490-7. Doi: 10.12968/jowc.2013.22.9.490

- Ünver, S., Findik, U. Y., Özkan Z. K. & Sürücü C (2017) Attitudes of surgical nurses towards pressure ulcer prevention. *Journal of Tissue Viability*. 26(4), 277-281 Acedido em [https://www.clinicalkey.com/#!/content/playContent/1-s2.0-S0965206X17300049?returnurl=https:%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS09 5206X17300049%3Fshowall%3Dtrue&referrer=](https://www.clinicalkey.com/#!/content/playContent/1-s2.0-S0965206X17300049?returnurl=https:%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS09%206X17300049%3Fshowall%3Dtrue&referrer=)
- Vanderboch T., Montoye C., Satwicz M., Durkee K. & Boyland, B. (1996). Predictive validity of the Braden scale and nurse perception in identifying pressure ulcer risk. *Applied Nursing Research* 9(2), 80–86
- Vasconcelos, J. M. B, & Caliri, M. H. L. (2017). Ações de enfermagem antes e após um protocolo de prevenção de lesões por pressão em terapia intensiva. *Esc Anna Nery*, 21(1). DOI: 10.5935/1414-8145.20170001
- Young, H. M.; Bakewell-Sachs, S. & Sarna, L. (May/June, 2017). Nursing Practice, Research and Education in the West: The Best Is Yet to Come. *Nursing Research*, 66 (3): 262–270. Doi: 10.1097/NNR.0000000000000218

Anexo A – Questionário de Avaliação de conhecimentos e atitudes na prevenção de úlceras
por pressão

**Escola Superior de Saúde de Viseu
6º Curso de Mestrado em Médico-Cirúrgica
Aline Marques Lourenço
2018**

**“Atitudes dos enfermeiros na prevenção das úlceras por
pressão: determinantes”**

QUESTIONÁRIO

Caro/a colega:

No âmbito da conclusão do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica estou a realizar uma dissertação acerca do tema “Atitudes dos Enfermeiros na prevenção de úlceras por pressão: determinantes”. Para tal, peço a sua colaboração na realização deste questionário, que durará cerca de 10 minutos. A sua opinião é importante.

O questionário divide-se em 3 partes: A caracterização sociodemográfica, académica e profissional do participante, os seus conhecimentos e as suas atitudes relativamente à prevenção das úlceras por pressão.

Se tiver alguma dúvida, questione-me, por favor.

Desde já, muito obrigada pela sua colaboração.

**Aline Marques Lourenço
6º Curso de Mestrado em
Enfermagem Médico-Cirúrgica
Contactos:
Tlm.: 966490638
E-mail: alinesuica@hotmail.com**

PARTE 1

Assinale com (x) a opção correta.

3.29 Género:

- Feminino
- Masculino

1.2 Idade: _____

1.3 Habilitações académicas:

- Bacharelato
- Licenciatura
- Pós-Graduação
- Especialidade
- Mestrado
- Doutoramento

1.4 Trabalhou previamente noutro local?

- Sim
- Não

1.4.1 Se sim, indique os serviços onde já exerceu funções (indique, por favor, todos, incluindo o actual):

- Medicina
- Cirurgia
- Nefrologia/Diálise
- Urologia
- Cardiologia
- Oftalmologia
- Dermatologia
- Obstetrícia
- Ginecologia
- Pneumologia
- Pediatria
- Gastreenterologia
- Cuidados de Saúde Primários
- Outro/os _____

1.5 Experiência profissional (em anos): _____

1.6 Frequentou algum de curso de formação em úlceras de pressão?

- Sim
- Não

1.6.1 Se sim, qual foi a duração da Formação:

- ___ Horas
- Não sabe

1.7 Tem colegas de serviço com formação em úlceras de pressão?

- Sim
- Não

1.8 O tema relativo às úlceras de pressão é do seu interesse?

- Sim
- Não

PARTE 2

Pressure Ulcers Knowledge Assessment Tool (PUKAT) – (Beeckman, Vanderwee, Demarre, Paquay, Hecke & Defloor, 2010b)

Instrumento de Avaliação de Conhecimentos acerca de Úlceras por Pressão (Traduzido por Batista, 2012)

Assinale com x a opção que considerar correta.

3.1. Qual das afirmações está correta?

- A má nutrição provoca úlceras de pressão
- Uma falta de oxigénio provoca úlceras de pressão
- A humidade provoca úlceras de pressão

3.29. Doentes extremamente magros correm maior risco de desenvolver úlceras de pressão do que pacientes obesos.

- Correto. A área de contacto envolvida é pequena e, portanto, a quantidade de pressão é superior.
- Incorreto. A pressão é menor porque o peso corporal desses pacientes é inferior ao peso corporal dos pacientes obesos.
- Incorreto. O risco de desenvolvimento de uma perturbação vascular é maior nos pacientes obesos. O que aumenta o risco de desenvolver uma úlcera de pressão

3.3. O que acontece quando um doente, sentado numa posição semi-sentada (60°), escorrega?

- A pressão aumenta quando a pele adere à superfície.
- A fricção aumenta quando a pele adere à superfície.
- A força de torção aumenta quando a pele adere à superfície

3.4. Qual das afirmações está correta?

- O sabão pode desidratar a pele e, portanto, aumenta o risco de úlceras de pressão
- A humidade devida à urina, fezes ou drenagem de feridas provoca úlceras de pressão
- A força de torção ocorre quando o corpo desliza e a pele adere à superfície

3.5. Qual das afirmações está correta?

- A perda de peso recente, que colocou um doente abaixo do seu peso ideal, aumenta o risco de úlceras de pressão
- Doentes muito obesos que utilizem medicação para diminuir a circulação sanguínea periférica não correm risco de desenvolver úlceras de pressão

- A má nutrição e a idade não têm impacto na tolerância dos tecidos quando o doente tem um peso normal

3.6. Qual das afirmações está correta?

- Uma úlcera de pressão que se estenda até à fáscia é uma úlcera de pressão de categoria 3
- Uma úlcera de pressão que se estenda através da fáscia subjacente é uma úlcera de pressão de categoria 3
- Uma úlcera de pressão de categoria 3 é sempre precedida por uma úlcera de pressão de categoria 2

3.7. Qual das afirmações está correta?

- Uma flictena no calcanhar de um paciente é sempre uma úlcera de pressão de categoria 2
- Todas as categorias (1, 2, 3 e 4) de úlceras de pressão envolvem perda de camadas cutâneas
- Quando ocorre necrose, trata-se de uma úlcera de pressão de categoria 3 ou 4

3.8. Um doente desenvolve uma flictena devido a mover continuamente o calcanhar em cima dos lençóis. Qual das seguintes afirmações está correta?

- A lesão cutânea é uma úlcera de pressão de categoria 1
- A lesão cutânea é uma úlcera de pressão de categoria 2
- A lesão cutânea não é uma úlcera de pressão

3.9. Qual das afirmações está correta?

- Pode ocorrer fricção ou aplicação de força de torção ao mover um paciente na cama
- Uma lesão superficial, precedida por um eritema não branqueável deve-se provavelmente a uma lesão de fricção
- Uma úlcera geminada é provocada pela pressão e pela força de torção

3.10. Numa posição sentada, é mais provável que as úlceras se desenvolvam:

- Na área pélvica, cotovelo e calcanhar
- Joelho, tornozelo e anca
- Anca, ombro e calcanhar

3.11. Qual das afirmações está correta?

- Todos os doentes que corram risco de desenvolver úlceras de pressão deveriam ser alvo de inspeção cutânea sistemática uma vez por semana
- A pele de doentes sentados numa cadeira, que não se possam mexer a si próprios, deveria ser inspecionada a cada duas a três horas.
- Os calcanhares de doentes deitados numa superfície que redistribua a pressão deveriam ser observados, no mínimo, uma vez por dia

3.12. NÃO existe uma relação entre o risco de úlcera de pressão e:

- A idade
- A desidratação
- A hipertensão

3.13. Qual das afirmações está correta?

- As ferramentas de avaliação do risco identificam todos os doentes de alto risco que necessitam de prevenção
- A utilização de escalas de avaliação do risco reduz o custo da prevenção
- Uma escala de avaliação do risco poderá não prever com precisão o risco de desenvolver uma úlcera de pressão e deverá ser combinada com uma avaliação clínica

3.14. Qual das afirmações está correta?

- O risco de desenvolvimento de úlceras de pressão deve ser avaliado diariamente em todos os pacientes de enfermagem no domicílio
- Devem ser utilizados pensos de espuma para minimizar o risco de desenvolvimento de úlceras de pressão
- Um doente com um historial de úlceras de pressão corre um risco maior de desenvolvimento de novas úlceras de pressão
-

3.15. Qual das afirmações está correta?

- A má nutrição provoca úlceras de pressão
- A utilização de suplementos nutricionais pode substituir medidas preventivas dispendiosas
- A otimização da nutrição pode melhorar o estado físico geral dos doentes, o que pode contribuir para uma redução do risco de úlceras de pressão

3.16. Os doentes com um mau estado nutricional apresentam um maior risco de desenvolvimento de úlceras de pressão porque:

- A má nutrição coincide frequentemente com outros fatores, como atividade restrita e movimentos espontâneos limitados
- A deficiência de proteínas estimula o desenvolvimento de úlceras de pressão
- A deficiência de vitaminas e de zinco estimula o desenvolvimento de úlceras de pressão

3.17. A posição sentada com a menor pressão de contacto entre o corpo e o assento é:

- Uma posição sentada direita, com ambos os pés num apoio para pés
- Uma posição sentada direita, com ambos os pés no chão
- Uma posição sentada inclinada para trás, com ambas as pernas num apoio para pés

3.18. Que esquema de reposicionamento mais reduz o risco de úlcera de pressão?

- Posição supina – lado em posição lateral de 90° - posição supina – posição lateral de 90° - posição supina -...
- Posição supina – lado em posição lateral de 30° - lado em posição lateral de 30° - posição supina - ...
- Posição supina – lado em posição lateral de 30° - posição sentada – posição lateral de 30° - posição supina -...

3.19. Qual das afirmações está correta?

- Deve ensinar-se aos doentes capazes de mudar de posição, a alterarem a incidência do seu peso a cada 60 minutos, no mínimo, enquanto estiverem sentados numa cadeira.
- Numa posição deitada lateral, o paciente deverá encontrar-se num ângulo de 90 graus com a cama

- As forças de torção afetam o sacro ao máximo quando a cabeceira da cama se encontra posicionada nos 30°

3.20. Se um doente estiver a escorregar numa cadeira, a magnitude da pressão no assento pode ser mais reduzida através de:

- Uma almofada de ar espessa
- Uma almofada de espuma em forma de argola
- Uma almofada de gel

3.21. Qual das afirmações está correta?

- As almofadas em argola ou anel deveriam ser utilizadas para pacientes incapazes de se sentar de forma estável na respetiva cadeira
- Uma almofada de ar espessa deveria ser utilizada para pacientes incapazes de se sentar de forma estável na respetiva cadeira
- Uma almofada de espuma viscoelástica deve ser utilizada para pacientes incapazes de se sentar de forma estável na respetiva cadeira

3.22. Num doente com risco de desenvolver uma úlcera de pressão, um colchão de espuma viscoelástica...

- Reduz suficientemente a pressão e não necessita de ser combinado com reposicionamento
- Necessita de ser combinado com reposicionamento a cada 2 horas
- Necessita de ser combinado com reposicionamento a cada 4 horas

3.23. Uma desvantagem de um colchão de água assenta em:

- A força de torção nas nádegas aumenta
- A pressão nos calcanhares aumenta
- Os pequenos movimentos corporais espontâneos são reduzidos

3.24. Quando um doente está deitado num colchão de espuma redutor de pressão:

- A elevação dos calcanhares não é necessária
- A elevação dos calcanhares é importante
- Deve ser despistada a ocorrência de afundamento (bottoming out), pelo menos duas vezes por dia

3.25. O reposicionamento é um método preventivo preciso porque...

- A magnitude da pressão e da força de torção serão reduzidas
- A quantidade e duração da pressão e da força de torção serão reduzidas
- A duração da pressão e da força de torção serão reduzidas

3.26. Serão menos os doentes a desenvolverem uma úlcera de pressão se...

- Forem providenciados suplementos alimentares
- As áreas em risco forem massajadas
- Se mobilizarem os pacientes

3.27. Qual das seguintes afirmações está correta?

- Os doentes em risco que estejam deitados num colchão de espuma não redutor de pressão deverão ser reposicionados a cada duas horas
- Os doentes em risco que estejam deitados num colchão de ar alternado deveriam ser reposicionados a cada 4 horas

- Os doentes em risco, que estejam deitados num colchão de espuma visco-elástica deveriam ser reposicionados a cada 2 horas

3.28. Quando um doente está deitado num colchão de ar de pressão alternada, a prevenção de úlceras de pressão nos calcanhares inclui:

- Nenhuma medida preventiva específica
- Uma almofada redutora da pressão sob os calcanhares
- Uma almofada sob as pernas elevando os calcanhares

3.29. Se um doente acamado não puder ser reposicionado, a forma de prevenção de úlceras de pressão mais apropriada é:

- Um colchão de espuma de redistribuição de pressão
- Um colchão de ar de pressão alternada
- Tratamento local das áreas de risco com pomada de óxido de zinco

PARTE 3

Attitude Towards Pressure Ulcers Prevention Instrument (ApuP) – (Beekman, Defloor, Demarre, Hecke & Vanderwee, 2010a)

Instrumento de Avaliação de Atitudes perante Úlceras por Pressão (traduzido por Batista, 2012)

Assinale com x na opinião que mais se adequa à sua.

<i>A minha opinião é que:</i>	<i>Concordo Bastante ++</i>	<i>Concordo o +</i>	<i>Discordo o -</i>	<i>Discordo Bastante o --</i>
2.1. Os doentes podem morrer devido a uma úlcera de pressão.	()	()	()	()
2.2. Cada úlcera de pressão é uma úlcera a mais.	()	()	()	()
2.3. As úlceras de pressão raramente são inconvenientes para os doentes.	()	()	()	()
2.4. O impacto das úlceras de pressão nos doentes não deve ser exagerado.	()	()	()	()
2.5. Uma prevenção adequada das úlceras de pressão reduz os custos.	()	()	()	()
2.6. A sociedade subestima o custo real das UP.	()	()	()	()
2.7. O impacto financeiro das úlceras de pressão na sociedade não deve ser sobrestimado.	()	()	()	()

2.8. O custo da prevenção de úlceras de pressão não é proporcional à seriedade das úlceras de pressão. A prevenção é demasiado dispendiosa.	()	()	()	()
2.9. A administração deve desempenhar um papel importante no desenvolvimento de protocolos de prevenção de úlceras de pressão.	()	()	()	()
2.10. A prevenção de úlceras de pressão deve ser uma prioridade para os enfermeiros.	()	()	()	()
2.11. Não tenho tempo disponível suficiente para prevenir de forma adequada as úlceras de pressão.	()	()	()	()
2.12. A política da administração não tem impacto na prevenção de úlceras de pressão.	()	()	()	()
2.13. Demasiados doentes desenvolvem úlceras de pressão no meu serviço.	()	()	()	()
2.14. A prevenção de úlceras de pressão deveria ser uma prioridade.	()	()	()	()
2.15. É dedicada demasiada atenção às úlceras de pressão.	()	()	()	()
2.16. A Prevenção das úlceras de pressão é alvo de demasiada atenção. Existem problemas mais importantes.	()	()	()	()
2.17. Se os meus doentes desenvolverem uma úlcera de pressão, sinto que sou responsável pelo facto.	()	()	()	()
2.18. A minha contribuição é importante para a prevenção de úlceras de pressão.	()	()	()	()
2.19. O principal responsável pela prevenção de úlceras de pressão é o médico assistente.	()	()	()	()
2.20. Os doentes na minha enfermaria nunca desenvolvem úlceras de pressão. Estas já existem quando são admitidos.	()	()	()	()
2.21. Tenho boa formação em cuidados preventivos de úlceras de pressão. Eu sei o que faço.	()	()	()	()
2.22. É importante aprender novas perspectivas sobre a prevenção de úlceras de pressão.	()	()	()	()
2.23. A informação adicional não melhora a prevenção de úlceras de pressão.	()	()	()	()
2.24. É esperado demasiado de mim no que respeita à prevenção de úlceras de pressão.	()	()	()	()
2.25. Sou capaz de prestar cuidados preventivos de UP adequados.	()	()	()	()
2.26. Tenho competências suficientes para implementar medidas preventivas de úlceras de pressão.	()	()	()	()

2.27. A prevenção de úlceras de pressão não é uma tarefa fácil; a este respeito, os outros prestadores de cuidados são mais capazes do que eu.	()	()	()	()
2.28. Sou incapaz de prestar cuidados preventivos adequados de úlceras de pressão.	()	()	()	()
2.29. Se existir uma boa prevenção, a maioria das úlceras de pressão podem ser evitadas.	()	()	()	()
2.30. Muitas úlceras de pressão podem ser evitadas se se utilizar um protocolo de prevenção.	()	()	()	()
2.31. No caso de doentes com elevada propensão para úlceras de pressão, o desenvolvimento de uma úlcera de pressão é geralmente inevitável.	()	()	()	()
2.32. As úlceras de pressão quase nunca são evitáveis.	()	()	()	()

Obrigada pela sua participação!

Anexo B – Respostas corretas do Instrumento de Avaliação de conhecimentos

Instrumento de Avaliação de Conhecimentos acerca de Úlceras de Pressão – Respostas corretas

3.1. Qual das afirmações está correcta?

- [] A má nutrição provoca úlceras de pressão
- [X] U ma falta de oxigénio provoca úlceras de pressão
- [] A humidade provoca úlceras de pressão

3.29. Doentes extremamente magros correm maior risco de desenvolver úlceras de pressão do que pacientes obesos.

- [X] Correcto. A área de contacto envolvida é pequena e, portanto, a quantidade de pressão é superior.
- [] Correcto. A pressão é menor porque o peso corporal desses pacientes é inferior ao peso corporal dos pacientes obesos.
- [] Correcto. O risco de desenvolvimento de uma perturbação vascular é maior nos pacientes obesos. O que aumenta o risco de desenvolver uma úlcera de pressão

3.3. O que acontece quando um doente, sentado numa posição semi-sentada (60º), escorrega?

- [] A pressão aumenta quando a pele adere à superfície.
- [] A fricção aumenta quando a pele adere à superfície.
- [X] A força de torção aumenta quando a pele adere à superfície

3.4. Qual das afirmações está correcta?

- [] O sabão pode desidratar a pele e, portanto, aumenta o risco de úlceras de pressão
- [] A humidade devida à urina, fezes ou drenagem de feridas provoca úlceras de pressão
- [X] A força de torção ocorre quando o corpo desliza e a pele adere à superfície

3.5. Qual das afirmações está correcta?

- [X] A perda de peso recente, que colocou um doente abaixo do seu peso ideal, aumenta o risco de úlceras de pressão
- [] Doentes muito obesos que utilizem medicação para diminuir a circulação sanguínea periférica não correm risco de desenvolver úlceras de pressão
- [] A má nutrição e a idade não têm impacto na tolerância dos tecidos quando o doente tem um peso normal

3.6. Qual das afirmações está correcta?

- [X] Uma úlcera de pressão que se estenda até à fáscia é uma úlcera de pressão de categoria 3
- [] Uma úlcera de pressão que se estenda através da fáscia subjacente é uma úlcera de pressão de categoria 3
- [] Uma úlcera de pressão de categoria 3 é sempre precedida por uma úlcera de pressão de categoria 2

3.7. Qual das afirmações está correcta?

- [] Uma flictena no calcanhar de um paciente é sempre uma úlcera de pressão de categoria 2
- [] Todas as categorias (1, 2, 3 e 4) de úlceras de pressão envolvem perda de camadas cutâneas
- [X] Quando ocorre necrose, trata-se de uma úlcera de pressão de categoria 3 ou categoria 4

3.8. Um doente desenvolve uma flictena devido a mover continuamente o calcanhar em cima dos lençóis. Qual das seguintes afirmações está correcta?

- [] A lesão cutânea é uma úlcera de pressão de categoria 1
- [] A lesão cutânea é uma úlcera de pressão de categoria 2
- [X] A lesão cutânea não é uma úlcera de pressão

3.9. Qual das afirmações está correcta?

- [X] Pode ocorrer fricção ou aplicação de força de torção ao mover um paciente na cama
- [] Uma lesão superficial, precedida por um eritema não branqueável deve-se provavelmente a uma lesão de fricção
- [] Uma úlcera geminada é provocada pela pressão e pela força de torção

3.10. Numa posição sentada, é mais provável que as úlceras se desenvolvam:

- [X] Na área pélvica, cotovelo e calcanhar
- [] Joelho, tornozelo e anca
- [] Anca, ombro e calcanhar

3.11. Qual das afirmações está correcta?

- [] Todos os doentes que corram risco de desenvolver úlceras de pressão deveriam ser alvo de inspecção cutânea sistemática uma vez por semana
- [] A pele de doentes sentados numa cadeira, que não se possam mexer a si próprios, deveria ser inspeccionada a cada duas a três horas.
- [X] Os calcanhares de doentes deitados numa superfície que redistribua a pressão deveriam ser observados, no mínimo, uma vez por dia

3.12. NÃO existe uma relação entre o risco de úlcera de pressão e:

- [] A idade
- [] A desidratação
- [X] A hipertensão

3.13. Qual das afirmações está correcta?

- [] As ferramentas de avaliação do risco identificam todos os doentes de alto risco que necessitam de prevenção
- [] A utilização de escalas de avaliação do risco reduz o custo da prevenção
- [X] Uma escala de avaliação do risco poderá não prever com precisão o risco de desenvolver uma úlcera de pressão e deverá ser combinada com uma avaliação clínica

3.14. Qual das afirmações está correcta?

- [] O risco de desenvolvimento de úlceras de pressão deve ser avaliado diariamente em todos os pacientes de enfermagem no domicílio
- [] Deve ser utilizados pensos de espuma para minimizar o risco de desenvolvimento de úlceras de pressão
- [X] Um doente com um historial de úlceras de pressão corre um risco maior de desenvolvimento de novas úlceras de pressão

3.15. Qual das afirmações está correcta?

- [] A má nutrição provoca úlceras de pressão
- [] A utilização de suplementos nutricionais pode substituir medidas preventivas dispendiosas
- [X] A optimização da nutrição pode melhorar o estado físico geral dos doentes, o que pode contribuir para uma redução do risco de úlceras de pressão

3.16. Os doentes com um mau estado nutricional apresentam um maior risco de desenvolvimento de úlceras de pressão porque:

- [X] A má nutrição coincide frequentemente com outros factores, como actividade restrita e movimentos espontâneos limitados
- [] A deficiência de proteínas estimula o desenvolvimento de úlceras de pressão
- [] A deficiência de vitaminas e de zinco estimula o desenvolvimento de úlceras de pressão

3.17. A posição sentada com a menor pressão de contacto entre o corpo e o assento é:

- [] Uma posição sentada direita, com ambos os pés num apoio para pés
- [] Uma posição sentada direita, com ambos os pés no chão
- [X] Uma posição sentada inclinada para trás, com ambas as pernas num apoio para pés

3.18. Que esquema de reposicionamento mais reduz o risco de úlcera de pressão?

- [] Posição supina – lado em posição lateral de 90° - posição supina – posição lateral de 90° - posição supina - ...
- [] Posição supina – lado em posição lateral de 30° - lado em posição lateral de 30° - posição supina - ...
- [X] Posição supina – lado em posição lateral de 30° - posição sentada – posição lateral de 30° - posição supina - ...

3.19. Qual das afirmações está correcta?

- [X] Deve ensinar-se aos doentes capazes de mudar de posição, a alterarem a incidência do seu peso a cada 60 minutos, no mínimo, enquanto estiverem sentados numa cadeira.
- [] Numa posição deitada lateral, o paciente deverá encontrar-se num ângulo de 90 graus com a cama
- [] As forças de torção afectam o sacro ao máximo quando a cabeceira da cama se encontra posicionada nos 30°

3.20. Se um doente estiver a escorregar numa cadeira, a magnitude da pressão no assento pode ser mais reduzida através de:

- [X] Uma almofada de ar espessa
- [] Uma almofada de espuma em forma de argola
- [] Uma almofada de gel

3.21. Qual das afirmações está correcta?

- [] As almofadas em argola ou anel deveriam ser utilizadas para pacientes incapazes de se sentar de forma estável na respectiva cadeira
- [X] Uma almofada de ar espessa deveria ser utilizada para pacientes incapazes de se sentar de forma estável na respectiva cadeira
- [] Uma almofada de espuma visco-elástica deve ser utilizada para pacientes incapazes de se sentar de forma estável na respectiva cadeira

3.22. Num doente com risco de desenvolver uma úlcera de pressão, um colchão de espuma viscoelástica...

- [] Reduz suficientemente a pressão e não necessita de ser combinado com reposicionamento
- [X] Necessita de ser combinado com reposicionamento a cada 2 horas
- [] Necessita de ser combinado com reposicionamento a cada 4 horas

3.23. Uma desvantagem de um colchão de água assenta em:

- [] A força de torção nas nádegas aumenta
- [] A pressão nos calcanhares aumenta
- [X] Os pequenos movimentos corporais espontâneos são reduzidos

3.24. Quando um doente está deitado num colchão de espuma redutor de pressão

- [] A elevação dos calcanhares não é necessária
- [X] A elevação dos calcanhares é importante
- [] Deve ser despistada a ocorrência de afundamento (bottoming out), pelo menos duas vezes por dia

3.25. O reposicionamento é um método preventivo preciso porque...

- [] A magnitude da pressão e da força de torção serão reduzidas
- [] A quantidade e duração da pressão e da força de torção serão reduzidas
- [X] A duração da pressão e da força de torção serão reduzidas

3.26. Serão menos os doentes a desenvolverem uma úlcera de pressão se...

- [] Forem providenciados suplementos alimentares
- [] As áreas em risco forem massajadas
- [X] Se mobilizarem os pacientes

3.27. Qual das seguintes afirmações está correcta?

- [X] Os doentes em risco que estejam deitados num colchão de espuma não redutor de pressão deverão ser reposicionados a cada duas horas
- [] Os doentes em risco que estejam deitados num colchão de ar alternado deveriam ser reposicionados a cada 4 horas
- [] Os doentes em risco, que estejam deitados num colchão de espuma visco-elástica deveriam ser reposicionados a cada 2 horas

3.28. Quando um doente está deitado num colchão de ar de pressão alternada, a prevenção de úlceras de pressão nos calcanhares inclui:

- [] Nenhuma medida preventiva específica
- [] Uma almofada redutora da pressão sob os calcanhares
- [X] Uma almofada sob as pernas elevando os calcanhares

3.29. Se um doente acamado não puder ser reposicionado, a forma de prevenção de úlceras de pressão mais apropriada é:

- [] Um colchão de espuma de redistribuição de pressão
- [X] Um colchão de ar de pressão alternada
- [] Tratamento local das áreas de risco com pomada de óxido de zinco

(X) Resposta Correcta

Anexo C – Autorização para a utilização das escalas pela autora

Re.: Pedido autorização utilização escalas

MB

Margarida Batista <margarida.g.batista@hotmail.com>

Dom, 25/02/2018 00:37

Você ✓

↶ ↷ → ...

Cara colega

É com muito gosto que autorizo a utilização das escalas Attitude Towards Pressure Ulcers Tool (APU) and Pressure Ulcer Knowledge Assessment Tool (PUKAT) traduzidas, no estudo que esta a desenvolver, disponibilizando-me para qualquer esclarecimento e ajuda que necessitar para o efeito.

Com os melhores cumprimentos
Margarida Batista

----- Mensagem original -----

Assunto: Pedido autorização utilização escalas

De: Aline Lourenço

Para: enf.maggi@hotmail.com

CC:

Cara Enf. Margarida Batista,

Sou enfermeira no hospital Amato Lusitano de Castelo Branco e estou a realizar a minha dissertação do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Escola Superior de Saúde de Viseu cujo tema é "Determinantes das atitudes dos enfermeiros na prevenção das lesões por pressão"

Deste modo, venho por este meio pedir-lhe autorização para utilizar as suas escalas traduzidas do APU/PUKAT na realização dessa mesma dissertação.

Aguardo ansiosamente a sua permissão.

Ofício: Aline Marques Lourenço

Assunto: Pedido de autorização para aplicação de um questionário

Requerente: Aline Marques Lourenço – aluna do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da ESS de Viseu

Título: Pedido de autorização para aplicação de um questionário aos enfermeiros da ULSCB, E.P.E. (Hospital Amato Lusitano) intitulado "Determinantes das atitudes dos enfermeiros na prevenção das lesões por pressão", tem como objetivo analisar as variáveis que influenciam a atitude dos enfermeiros durante a prestação de cuidados, no sentido de melhor comportamentos e alcançar a excelência no cuidar.

População Alvo: enfermeiros da ULSCB,E.P.E. (Hospital Amato Lusitano)

Data do pedido: Ofício datado de 21 de abril de 2018

A Comissão de Ética da ULSCB, concorda com o referido questionário desde que seja mantida a confidencialidade dos sujeitos do mesmo e todos os princípios éticos inerentes ao processo de investigação sejam respeitados e com a devida autorização do Conselho de Administração da ULSCB,E.P.E.

ULS de Castelo Branco, E.P.E., 24 de abril de 2018

A Comissão de Ética

