



Universidade Atlântica: Escola Superior de Saúde Atlântica

VIII Curso de Licenciatura em Enfermagem

**Dificuldades Sentidas pelos Enfermeiros na utilização
da Escala de Braden**

Elaborado por:

Jorge Pinto nº200791622

Luís Bastos nº200791700

Orientador:

Prof.^a Leonor Carvalho

Barcarena

Novembro de 2012

Universidade Atlântica: Escola Superior de Saúde Atlântica

VIII Curso de Licenciatura em Enfermagem

**Dificuldades Sentidas pelos Enfermeiros na utilização
da Escala de Braden**

Elaborado por:

Jorge Pinto nº200791622

Luís Bastos nº200791700

Orientador:

Prof.^a Leonor Carvalho

Barcarena

Novembro de 2012

DECLARAÇÃO

Nome

Endereço electrónico: _____ Telefone: _____

Número do Bilhete de Identidade: _____

Título do Trabalho

Orientador(es):

Declaro que concedo à Universidade Atlântica uma licença não-exclusiva para arquivar e tornar acessível, o presente trabalho, no todo ou em parte.

Retenho todos os direitos de autor relativos ao presente trabalho, e o direito de o usar futuramente

Assinatura

Universidade Atlântica, Barcarena ___/___/_____

DECLARAÇÃO

Nome

Endereço electrónico: _____ Telefone:

Número do Bilhete de Identidade: _____

Título do Trabalho

Orientador(es):

Declaro que concedo à Universidade Atlântica uma licença não-exclusiva para arquivar e tornar acessível, o presente trabalho, no todo ou em parte.

Retenho todos os direitos de autor relativos ao presente trabalho, e o direito de o usar futuramente

Assinatura

Universidade Atlântica, Barcarena ___/___/_____

Os autores são os únicos responsáveis pelas ideias expressas neste relatório

Agradecimentos

À Sr.^a Enfermeira Leonor Carvalho pela orientação e apoio dado ao longo da realização deste estudo, assim como pela disponibilidade, simpatia e paciência com que sempre nos recebeu;

À Sra. Enfermeira Directora do Centro Hospitalar Lisboa Centro, Enf.^a Ana Soares, pela aprovação que deu à realização deste estudo;

Aos Enfermeiros Chefes e a todos os Enfermeiros dos serviços de Neurocirurgia, Medicina 1.2 e Cirurgia Geral, que deram o seu contributo e disponibilidade;

Agradecimentos Pessoais:

Agradeço a Deus por toda a ajuda dada neste trabalho e durante todo o percurso que efectuei ao longo da vida, porque sem Ele não chegaria aqui;

Agradeço a toda a minha família, em especial à minha irmã, ao meus avós, à minha mãe, ao meu pai e ao meu padrinho, por tudo o que têm feito por mim e por me ajudarem no meu crescimento;

Agradeço a todos os meus amigos em especial ao João Camacho e sua família, à professora Manuela Azevedo e sua família, à Meggy, ao Rui Estevez e à sua família, ao Hugo Félix, ao João Teodósio, ao Ricardo Silva, ao Jorge Pinto, ao Eurico Paulo e Marília Bettencourt Silva, ao Duarte Pinto, ao Marco Cardoso, ao Nuno Guerreiro, à Daniela Duarte, à Catarina Vaz, à Tânia Costa e sua família, à Rita Pereira e Joana Pereira e a todos os outros, todo o apoio que me deram não só neste percurso, mas também ao longo da vida;

Agradeço a todos os professores e enfermeiros orientadores que tive ao longo de todo este percurso e ao longo da vida, pois ajuaram na minha formação como Enfermeiro e como pessoa.

O meu muito Obrigado
Luís Filipe Pereira Bastos

Agradecimentos Pessoais:

Gostaria de agradecer a todos os que me ajudaram na realização deste trabalho, em especial ao meu colega e amigo Luís Bastos.

Agradeço a toda a minha família pela compreensão, apoio, incentivo e por todos os momentos em que não pude estar presente.

Aos meus pais por terem feito de mim o que sou hoje.

À minha sogra que infelizmente já não se encontra entre nós, mas que sentiria profundamente alegre pela conclusão desta etapa.

À minha esposa pela pessoa especial que é, por acreditar no sonho agora realizado, por estar sempre nos bons e maus momentos desta caminhada.

Ao meu filho Duarte por ser a luz dos meus olhos.

Aos meus amigos e colegas que todos juntos sabemos ultrapassar os obstáculos por esta caminhada.

O meu muito Obrigado
Jorge Vasques Pinto

Resumo

Este estudo tem como tema “As Dificuldades Sentidas pelos Enfermeiros na Utilização da Escala de Braden”, pretendemos obter resposta à seguinte questão de investigação: Quais as dificuldades sentidas pelos enfermeiros na utilização da escala de Braden, tendo como objectivo: Identificar as dificuldades sentidas pelos enfermeiros na utilização da escala de Braden no Hospital de São José.

É um estudo de investigação descritivo-simples e de paradigma quantitativo. A população do nosso estudo é composta por 130 enfermeiros do Hospital de São José, dos serviços de Neurocirurgia, Medicina 1.2 e Cirurgia Geral, da qual seleccionamos uma amostra de 40 enfermeiros, que representa 30,8% da população, a quem distribuímos os questionários, obtendo uma taxa de resposta de 100%.

Para o tratamento e análise dos dados, utilizamos a estatística descritiva, tendo os dados colhidos sido submetidos a tratamento informático, através da utilização de dois programas (SPSS 19 e Excel).

Nos resultados que obtivemos as características da amostra estão de encontro com os dados fornecidos pela ordem dos Enfermeiros, relativamente à idade e ao sexo, sendo a maioria dos enfermeiros do sexo feminino (85%) e com idades compreendidas entre os 26 e 30 anos.

Neste estudo é de salientar que 57,5% da amostra fez formação sobre a escala de Braden, a motivação dos enfermeiros para a utilização da escala é maioritariamente razoável (60%), grande parte dos enfermeiros afirma ter pouco tempo disponível para a reavaliação de UPP. Para além destas dificuldades foram questionados pelo grau de dificuldade na avaliação das sub-escalas da escala de Braden, sendo que os resultados mostram que a maioria não tem dificuldade ou tem pouca dificuldade na avaliação das seis sub-escalas.

Concluimos que as dificuldades sentidas pelos enfermeiros na utilização da escala de Braden são o nível de motivação, o tempo que um enfermeiro dispõe para a utilização da escala e um maior investimento na formação.

Palavras-chave: Dificuldades; Escala de Braden; Prevenção de úlceras por pressão; Avaliação de risco; Enfermeiros.

Abstract

This study has as its theme "The Difficulties felt by nurses in the use of the Braden Scale," we intend to obtain answers to the following research question: What are the difficulties experienced by nurses in using the Braden scale, aiming to: Identify the difficulties experienced by nurses in the use of the Braden Scale in St. Joseph Hospital

The study is descriptive-simple research and quantitative paradigm. The population of our study is composed of 130 nurses of St. Joseph's Hospital, the services of Neurosurgery, Medicine 1.2 and Surgery, from which we selected a sample of 40 nurses, representing 30.8% of the population, who distributed the questionnaires obtaining a response rate of 100%.

For the treatment and analysis of data, we use the descriptive statistics, and data collected were subjected to computer processing, by using two software (SPSS 19 and Excel).

In the results that we obtained the characteristics of the sample are meeting with data furnished the order of nurses with regard to age and sex, most of the nurses were female (85%) and aged between 26 and 30 years.

This study is noteworthy that 57.5% of the sample did training on the Braden Scale, the motivation of nurses to the use of reasonable scale is mostly (60%), most of the nurses said to have little time available for the reevaluation of UPP. Beyond these difficulties were questioned by the difficulty in assessing subscales of the Braden scale, and the results show that most have no difficulty or have little difficulty in evaluating the six subscales.

We conclude that the difficulties experienced by nurses in using the Braden Scale is the level of motivation, the time a enfermeiro provides for the use of scale and greater investment in training.

Keywords: Difficulties; Braden scale; Prevention of pressure ulcers; Risk Assessment; Nurses.

Índice

Agradecimentos	iv
Índice de figuras	xi
Índice de tabelas	xiii
Lista de abreviaturas e siglas	xvi
Introdução	1
1. Enquadramento Teórico	5
1.1. Conceito de úlcera por pressão	5
1.2. Classificação	6
1.3. Factores de risco	7
1.4. Papel do enfermeiro na prevenção das UPP	10
1.5. Prevenção de Úlceras por Pressão	12
1.6. Escalas de Avaliação de Risco	13
1.6.1. Escala de Norton.....	15
1.6.2. Escala de Braden	16
1.7. Factores que influenciam os cuidados de prevenção.....	17
1.7.1. Competências	17
1.7.3. Recursos humanos e materiais.....	20
1.8. Organização dos Cuidados de Enfermagem.....	21
1.8.1 Dotação e cálculo de pessoal de Enfermagem.....	22
1.8.2 Sistema de classificação de doentes (scd/e) baseado em graus de dependência de cuidados de enfermagem	23
2. Desenho de Investigação	27
2.1. O meio	28
2.2. Paradigma e tipo de estudo.....	28
2.3. População alvo, processo de amostragem e amostra.....	28
2.4. Variáveis.....	31
2.5. Instrumento de colheita de dados	33
2.5.1. Pré-teste	34
2.7. Considerações éticas.....	35

3. Análise e Tratamento dos Resultados.....	37
3.1. Caracterização da Amostra.....	38
3.1.1. Distribuição da população de acordo com o género.....	38
3.1.2. Distribuição dos sujeitos segundo a idade.....	39
3.1.3. Distribuição dos sujeitos pela antiguidade profissional.....	39
3.1.4. Distribuição dos sujeitos pelos Serviços.....	40
3.1.5. Experiência profissional dos sujeitos nos Serviços actuais.....	41
3.1.6. Grau Académico dos sujeitos.....	42
3.1.7. Categoria profissional dos sujeitos.....	43
3.1.8. Número de doentes por turno.....	43
3.1.9. Número de horas de cuidados necessários por doente.....	45
3.1.10. Formação sobre úlceras por pressão.....	46
3.1.11. Onde realizou a formação sobre úlceras por pressão.....	47
3.1.12. Formação sobre Escala de Braden.....	48
3.1.13. Onde realizou a formação sobre a Escala de Braden.....	48
3.1.14. Participação na implementação da Escala de Braden no Serviço.....	49
3.1.15. Avaliação do risco para úlceras por pressão na admissão do doente.....	49
3.1.16. Reavaliação do risco.....	51
3.1.17. Alteração do plano de cuidados de acordo com o resultado da reavaliação.....	52
3.1.18. Grau de motivação para a utilização de escala de Braden.....	54
3.1.19. Avaliação da Percepção Sensorial.....	55
3.1.20. Avaliação da Humidade.....	56
3.1.21. Avaliação da Actividade.....	57
3.1.22. Avaliação da Mobilidade.....	58
3.1.23. Avaliação da Nutrição.....	58
3.1.24. Avaliação da Fricção.....	60
3.1.25. A escala de Braden como uma estratégia eficaz para a prevenção de UPP.....	60
3.1.26. Distribuição dos enfermeiros por serviço de acordo com a antiguidade profissional.....	64
3.1.27. Distribuição dos enfermeiros que realizaram formação sobre EB por antiguidade profissional.....	65
3.1.28. Distribuição dos enfermeiros que implementaram a EB por serviço.....	67

3.1.29. Distribuição de número de doentes atribuídos a cada enfermeiro por HCN	67
4. Discussão dos Resultados	69
5. Conclusão	75
6. Limitações	79
7. Implicações para a Enfermagem.....	81
8. Sugestões	83
Apêndice I- Pedido de Autorização para Entrega de Questionários para Monografia...	48
Apêndice II- Carta de explicação do estudo e consentimento.....	52
Apêndice III- Termo de Consentimento Informado	55
Apêndice IV- Questionário.....	59
Apêndice V- Análise de Conteúdo de Bardin	68
Apêndice VI- Análise de Conteúdo de Bardin	46

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Distribuição dos Sujeitos segundo o Género	38
Tabela 3 – Distribuição dos Sujeitos de acordo com a Antiguidade Profissional	40
Tabela 4 – Distribuição dos Sujeitos pelos Serviços onde trabalham	41
Tabela 5 – Experiência profissional dos sujeitos nos Serviços actuais	41
Tabela 6 – Grau Académico dos sujeitos	42
Tabela 7 – Categoria profissional dos sujeitos	43
Tabela 8 – Número de doentes por turno	44
Tabela 9 – Número de horas de cuidados necessários por doente.....	45
Tabela 10 – Formação sobre úlceras por pressão	46
Tabela 11 – Onde realizou a formação sobre úlceras por pressão.....	47
Tabela 12 – Formação sobre Escala de Braden	48
Tabela 13 – Onde realizou a formação sobre Escala de Braden	48
Tabela 14 – Participação na implementação da Escala de Braden no Serviço	49
Tabela 15 – Avaliação do risco para úlceras por pressão na admissão do doente	49
Tabela 16 – Reavaliação do risco	51
Tabela 17 – Alteração do plano de cuidados de acordo com o resultado da reavaliação.....	52
Tabela 18 – Grau de motivação para a utilização de escala de Braden.....	54
Tabela 19 – Avaliação da percepção sensorial	55
Tabela 20 – Avaliação da humidade.....	56
Tabela 21 – Avaliação da actividade	57
Tabela 22 – Avaliação da mobilidade	58
Tabela 23 – Avaliação da Nutrição	59
Tabela 24 – Avaliação da fricção	60

Tabela 25 – A escala de Braden como uma estratégia eficaz para a prevenção de UPP 61

Tabela 26 – Distribuição dos enfermeiros por serviço de acordo com a antiguidade profissional 65

Tabela 27 – Distribuição dos enfermeiros que realizaram formação sobre EB por antiguidade profissional..... 66

Tabela 28 – Distribuição dos enfermeiros que implementaram a EB por serviço 67

Índice de tabelas

Gráfico 1- Distribuição dos Sujeitos de Acordo com o Género	38
Gráfico 2- Distribuição dos sujeitos segundo a idade	39
Gráfico 3- Distribuição dos Sujeitos de acordo com a Antiguidade Profissional	40
Gráfico 4- Distribuição dos Sujeitos pelos Serviços onde trabalham	41
Gráfico 5- Experiência profissional dos sujeitos nos Serviços actuais	42
Gráfico 6- Grau Académico dos sujeitos.....	42
Gráfico 7- Categoria profissional dos sujeitos	43
Gráfico 8- Número de doente por turno	44
Gráfico 9- Número de horas de cuidados necessários por doente.....	45
Gráfico 10- Formação sobre úlceras por pressão	46
Gráfico 11- Onde realizou a formação sobre úlceras por pressão... Erro! Marcador não definido.	
Gráfico 12- Formação sobre Escala de Braden	48
Gráfico 13- Onde realizou a formação sobre Escala de Braden.....	48
Gráfico 14- Participação na implementação da Escala de Braden no Serviço.....	49
Gráfico 15- Avaliação do risco para úlceras por pressão na admissão do doente.....	50
Gráfico 16- Reavaliação do risco	51
Gráfico 17- Alteração do plano de cuidados de acordo com o resultado da reavaliação	52
Gráfico 18- Grau de motivação para a utilização de escala de Braden	54
Gráfico 19- Avaliação da percepção sensorial	55
Gráfico 20- Avaliação da percepção sensorial	56
Gráfico 21- Avaliação da actividade	57
Gráfico 22- Avaliação da Mobilidade	58
Gráfico 23- Avaliação da Nutrição.....	59

Gráfico 24- Avaliação da fricção..... 60

Gráfico 25- A escala de Braden como uma estratégia eficaz para a prevenção de UPP 61

Índice de Quadros

Quadro 1 – Descrição e tipo de variáveis	32
--	----

Lista de abreviaturas e siglas

EPUAP- European Pressure Ulcer Advisory Panel

GRASP – Grace Reynold Application of Peto

HCN/DI – Horas de Cuidados Necessárias por Dia de Internamento

IGIF – Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde

OE – Ordem Dos Enfermeiros

QCD – Quadro de classificação de doentes

SCD/E – Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem

SPSS -Statistical Package for Social Sciences

UPP- Úlcera por pressão

Introdução

Esta monografia foi desenvolvida no âmbito da disciplina de Investigação em Enfermagem, com o propósito de realizar um trabalho de monografia para a obtenção do grau académico de licenciatura em Enfermagem.

A escolha desta área surgiu após a realização de diversos ensinamentos clínicos, sendo uma área que nos desperta interesse. No Ensino Clínico de Saúde do Adulto – Especialidades Cirúrgicas tivemos a oportunidade de colaborar na implementação da Escala de Braden no Serviço, visto que o nosso projecto individual de estágio tinha como objectivo geral: Sensibilizar para a importância da escala de Braden.

Em reunião com o Chefe de Enfermagem do Serviço de Cirurgia, foi questionado para a importância do tema e possibilidade de vir a desenvolver um estudo de investigação sobre essa temática, na qual foi-nos sugerido que gostaria de ver abordadas as dificuldades sentidas pelos Enfermeiros na utilização da Escala de Braden.

Assim sendo o tema do trabalho é: *As dificuldades sentidas pelos enfermeiros na utilização da Escala de Braden*. Desta forma, a nossa questão de investigação ou pergunta de partida será: Quais as dificuldades sentidas pelos enfermeiros na utilização da Escala de Braden?

Tendo em conta o **problema de investigação** as dificuldades sentidas pelos enfermeiros na utilização da Escala de Braden, que se propôs como base para a elaboração de um estudo de investigação, delineamos um questionário.

A Escala de Braden é um instrumento que permite a previsão do risco de desenvolvimento de úlceras por pressão, mediante a observação, registos e pontuação de características do cliente (Percepção Sensorial, Humidade, Actividade, Mobilidade, Nutrição, Fricção e Forças de Deslizamento). Original de Barbara Braden and Nancy Bergstrom (1986), foi validada para Portugal por Margato, C.; Ferreira, P.; Gouveia, J.; Furtado, K. (2001).

Partindo deste tema, estipulámos como **objectivo de investigação**: Identificar as dificuldades sentidas pelos Enfermeiros na utilização da Escala de Braden no Hospital de São José.

Este estudo assenta no paradigma positivista, ou seja, é um estudo de investigação quantitativo, visto que pretendemos obter resultados susceptíveis de serem utilizados na prática e de oferecer melhorias na utilização da Escala de Braden, como nos é indicado por Fortin (2009).

Este trabalho foi realizado em três fases:

A primeira fase do trabalho denomina-se fase conceptual. Segundo Fortin (2009, p. 49) “no decurso desta fase, o investigador elabora conceitos, formula ideias e recolhe a documentação sobre um tema preciso”. Nesta fase, foi determinado um problema de investigação, realizada uma revisão da literatura, elaborado um quadro de referências e foram enunciados os objectivos e as questões de investigação.

A segunda etapa do trabalho consiste na fase metodológica, na qual se realiza o desenho de investigação, onde serão definidos os métodos utilizados, de modo a obter respostas para a questão de investigação. Segundo Fortin (2009, p. 54), desenho de investigação “é um plano lógico traçado pelo investigador, tendo em vista estabelecer uma maneira de proceder susceptível de levar à realização dos objectivos, que são encontrar respostas às questões de investigação”. Nesta fase, será também definida a população alvo, seleccionada a amostra e definido o método de colheita de dados utilizado. É relevante salientar que nesta etapa também se procede à descrição dos princípios que suportam a medida, ou seja, “determinar a maneira como os conceitos abstractos... serão medidos”, (Fortin, 2009, p. 53). Isto significa que “os conceitos são convertidos em indicadores observáveis”, (Fortin, 2009, p. 53), para melhor se proceder à colheita dos dados e posterior análise.

A terceira fase é a empírica onde é realizada a colheita de dados e a sua análise. Segundo Fortin (2009), “É uma etapa que pode necessitar de muito tempo de acordo com a importância e os problemas pontenciais no terreno... a escolha do método

depende das questões de investigação ou das hipóteses, do desenho e dos conhecimentos que se dispõe sobre o tema estudado” (Fortin, 2009, p. 97).

A estrutura do exercício deste trabalho é composta por resumo, introdução, enquadramento teórico que tem como temas “conceito de úlceras por pressão”; “classificação”; “factores de risco”; “o papel do enfermeiro na prevenção nas úlceras por pressão”; “prevenção de úlceras por pressão (UPP)”; “escalas de avaliação de risco”; “factores que influenciam os cuidados de prevenção”, em seguida apresentamos a metodologia utilizada, a análise e tratamento dos resultados, a discussão dos resultados, a conclusão, limitações, implicações para a enfermagem e no final as sugestões para futuros estudos.

Para a elaboração deste trabalho, em termos de estruturação, foram seguidas as normas da Universidade Atlântica, e foram utilizados os programas Word, Excel, PowerPoint e SPSS 19, garantindo todos os aspectos éticos de investigação em saúde.

1. Enquadramento Teórico

O enquadramento teórico encontra-se inserido na fase conceptual que, de acordo com Fortin (2009), é um processo, uma forma ordenada de formular ideias, de as documentar em torno de um assunto preciso, com vista a chegar a uma concepção clara e organizada do objecto de estudo.

No enquadramento teórico, que na opinião de Fortin (2009), dá apoio e lógica ao problema levantado, iremos abordar questões relevantes para a compreensão da problemática em estudo.

1.1. *Conceito de úlcera por pressão*

Segundo European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP), úlcera por pressão (UPP) é uma área de lesão localizada na pele e dos tecidos subjacentes causada por pressão, tensão tangencial, fricção e/ou combinação deste factores.

Rodriguez *et al* (2003) refere que as UPP, são causadas por forças externas de pressão, tensão tangencial ou cisalhamento e fricção. Estas forças externas impedem o fornecimento de sangue à pele, que consequentemente conduz à hipóxia, isquémia e eventual necrose dos tecidos. Na realidade, estas três forças raramente ocorrem de modo isolado, verificando-se que todas elas são implicadas no desenvolvimento da maioria das UPP.

A susceptibilidade individual para o desenvolvimento de UPP depende da actuação de factores extrínsecos que se conjugam com as alterações da perfusão tecidular resultante de factores intrínsecos.

É portanto necessário realizar uma avaliação global do risco de desenvolver UPP. Esta deve incluir o grau de mobilidade, incontinência urinária/fecal, alterações da sensibilidade, alterações do estado de consciência, doença vascular, e estado nutricional, e também uma inspecção periódica da pele em áreas de risco ou de úlceras prévias: ensino ao doente (se necessário usando espelho) e familiares. A avaliação do risco de

desenvolver UPP deverá ser efectuada nas primeiras seis horas após a admissão, com reavaliação às 48 horas. A periodicidade das reavaliações seguintes depende do risco inicial, e das alterações subsequentes no estado clínico do doente.

1.2. Classificação

As UPP são classificadas por diferentes categorias e o mesmo é realizado quando se examinam e registam as condições da ferida estas são classificadas segundo critérios estabelecidos pela EPUAP em 2007, entidade norte americana, que discrimina quatro estágios observados visualmente na evolução de uma UPP. As categorias encontram-se divididas em I, II, III, IV, que serão descritas a seguir, segundo Pianucci (2004), Smeltzer & Bare (2005) e Silva & Figueredo & Meireles (2007):

- **Categoria I:** a lesão envolve unicamente as camadas superficiais da pele, como a epiderme e a derme. Caracteriza-se por apresentar uma temperatura cutânea elevada devido à vasodilatação aumentada, eritema que permanece por 15 minutos ou mais após o alívio da pressão no local, dor e discreto edema, posteriormente evolui para o aspecto mosqueado, cianótico, azul-acinzentado que é o resultado da oclusão dos capilares cutâneos e o enfraquecimento subcutâneo. Em geral, esses sinais de inflamação podem ser revertidos com a remoção da pressão no local.
- **Categoria II:** envolve o tecido subcutâneo exibindo uma ruptura na pele através da epiderme e derme, caracteriza-se por abrasão, flictena ou cratera superficial, necrose juntamente com a insuficiência venosa e trombose, edema visível, dor, extravasamento de pouco exsudato e pele adjacente vermelha ou escurecida.
- **Categoria III:** a derme e epiderme estão destruídas e ocorre o envolvimento da hipoderme, caracterizando-se pela presença de drenagem de exsudato amarelado ou esverdeado com odor fétido, vesícula não muito profunda, pontos de tecidos desvitalizados, ficando o paciente susceptível as infecções.
- **Categoria:** apresenta uma destruição profunda dos tecidos, podendo atingir a fáscia, envolver músculos, tendões e possivelmente osso e articulação. Caracteriza-se pela presença de tecido necrótico, tunelização na ferida e drenagem de secreção com odor fétido. O risco de complicação nos portadores de úlcera por pressão como osteomielite, piartrose (formação de secreção

purulenta dentro da cavidade articular) e septicémia, é bastante elevado neste estadio.

1.3. Factores de risco

Os fatores de risco no desenvolvimento de UPP são um conjunto de características intrínsecas e extrínsecas identificáveis, que aumentam a suscetibilidade de uma pessoa às forças que induzem as lesões. Os fatores intrínsecos são aqueles inerentes ao indivíduo que predispõe os utentes acamados às UPP e estão relacionados às variáveis do estado físico do utente. E os fatores extrínsecos são aqueles independentes do indivíduo e estão relacionados ao mecanismo da lesão.

- **Fatores de risco intrínsecos:**

- Idade: a idade constitui um factor de grande importância e não modificável para o desenvolvimento de UPP. Ao envelhecer, a pele torna-se menos elástica e firme. Isto deve-se à diminuição do colagénio. Poderá haver perda de massa corporal, existindo uma maior probabilidade de ocorrerem doenças crónicas que predispõem ao seu aparecimento.
- Peso corporal: constata-se que os utentes emagrecidos, por se encontrarem mais desprovidos de gordura localizada sobre proeminências ósseas, têm menor protecção. Em casos de obesidade as lesões muitas das vezes são precipitadas pelos posicionamentos por arrastamento e na dificuldade de mobilização. Outro problema em casos de pessoas com obesidade, é a humidade resultante da sudorese, que pode causar maceração da pele, principalmente ao nível das pregas cutâneas (Souza, 2003).
- Doenças sistémicas: o deficiente aporte de sangue periférico irá provocar a diminuição da pressão capilar e como consequência má nutrição dos tecidos. Este pode ser causado por doenças cardiovasculares, hepáticas, anemia, hipertensão, infecções concomitantes, diabetes mellitus, insuficiência renal e respiratória, alterações hematológicas e lesões ortopédicas (Souza, 2003).

- Deficiente estado nutricional: Uma nutrição adequada é um aspecto de extrema importância para a cicatrização da pele, uma vez que a regeneração tecidual necessita de um bom estado nutricional do cliente. Assim sendo, a recuperação nutricional pode trazer melhores resultados no período de cicatrização (Souza, 2003).
- Desidratação: “Este problema está directamente relacionado com o desequilíbrio hidroelectrolítico que contribui para o agravamento do estado de consciência do estado geral de saúde do doente.” (Duque & Menoita & Simões & Nunes & Mendanha & Matias & Sousa & Romba 2009)
- Limitação de mobilidade: Segundo Furtado (2001), quando existe uma incapacidade por parte do indivíduo em se mover, este é incapaz de aliviar a pressão das áreas sujeitas à mesma. Se o utente não se consegue mobilizar existe também o risco de deslizar na cama ou na cadeira, o que causa fricção e forças de deslizamento. A imobilidade também provoca estase da circulação periférica, principalmente nos membros inferiores.
- Défices sensoriais: todos os utentes com pouca capacidade de reagirem de forma voluntária perante um incómodo têm um risco aumentado para o aparecimento de lesões (Souza, 2003).
- Humidade: “A excessiva humidade resultante da transpiração, da incontinência fecal e/ou urinária, do exsudado das feridas e da secagem inadequada da pele do doente, constitui um dos factores de risco. A sua presença diminui a resistência da pele conduzindo à maceração dos tecidos.” (Duque & Menoita & Simões & Nunes & Mendanha & Matias & Sousa & Romba 2009)
- A incontinência urinária não está associada ao desenvolvimento de úlceras de pressão, visto que este factor não é identificado em nenhum dos 11 estudos de coorte referenciados por Morison (2004). Não obstante, o autor afirma que é provável que a incontinência se encontre associada à imobilidade e à idade, e que estes dois factores emergem como mais importantes num modelo multivariados.

- **Fatores de risco extrínsecos**

- Pressão: De acordo com Furtado (2003) a pressão é uma força perpendicular exercida numa determinada área. A pressão capilar no leito num cliente saudável vai variar entre os 12 mmHg e os 32 mmHg. A compressão de um tecido mole do corpo entre uma proeminência óssea e uma superfície dura, causa pressões superiores às capilares, ocorrendo assim isquémia localizada. Para além da pressão existem outros factores que são responsáveis pelo dano tecidual.

Segundo Rodriguez (2003), a existência, apenas, de pressão não causa danos. Para que haja lesão dos tecidos é necessário que a intensidade da pressão aplicada sobre a pele seja suficiente para causar oclusão dos vasos sanguíneos subjacentes e terá de ser aplicada durante o tempo suficiente para que haja lesão. Assim sendo, podemos perceber que existe uma relação entre a intensidade da pressão e do tempo de duração da mesma, antes que a lesão dos tecidos seja irreversível. Para além destas condicionantes, que variam entre clientes, existem também os factores intrínsecos ao organismo que irão influenciar a resistência do mesmo aos efeitos da pressão.

- Tensão tangencial ou cisalhamento: De acordo com Rodriguez (2003), todas as camadas de tecido são afectadas pelas forças de cisalhamento, sendo mais notório nas camadas mais profundas. Esta é uma força interna, que é causada quando duas superfícies adjacentes deslizam uma contra a outra. O cisalhamento está relacionado com o puxar o cliente para a cabeceira, e não com o posicionamento em si. Os clientes posicionados em fowler têm tendência a deslizar pela acção da gravidade, ou seja, à medida que a cabeça vai deslizando, os componentes internos do corpo, como por exemplo a estrutura óssea, vão-se movendo no sentido descendente no leito, mas como a pele não se move, há um estiramento ou ruptura dos vasos sanguíneos.
- Fricção: “A fricção é a força causada quando duas superfícies se movem em direcções opostas, resultando em abrasão da pele. Normalmente, isto ocorre quando os doentes não são levantados de forma apropriada ou

quando não têm um apoio adequado e deslizam ao longo do leito.” (Duque et al, 2009). “Quando são aplicadas estas forças cisalhantes e a fricção ocorre um dano endotelial das arteríolas e da micro-circulação conforme anteriormente referido.” (Duque et al, 2009, p.31)

1.4. Papel do enfermeiro na prevenção das UPP

As UPP são um dos indicadores da avaliação da qualidade de cuidados de enfermagem em muitos países do mundo e, por isso, seria de todo o interesse que as organizações de saúde tivessem em preocupação um registo permanente desta ocorrência. Para Boucheron et al (1988) as UPP acarretam, para a sociedade, custos elevados no investimento em material e equipamento necessários aos cuidados curativos, assim como o aumento do consumo de fármacos e os custos eventuais de uma intervenção cirúrgica, ou hospitalização prolongada. O sucesso de qualquer intervenção também depende do grau de importância e da prioridade que cada organização atribui à prevenção das UPP. Uma atitude positiva da própria organização, para a prevenção, também pode ser promotora de influência nas atitudes e comportamentos preventivos dos enfermeiros.

A política da organização de saúde torna-se determinante, não só quanto à definição de padrões de qualidade, como também a nível dos factores motivadores dos seus profissionais, na medida em que, se por um lado apresenta uma linha orientadora na prestação de cuidados, por outro contribui para uma estimulação para a realização desses cuidados.

Autores como Halfens e Eggink (1995) recorrem ao exemplo das escalas de avaliação de risco para explicitar esta situação, que apesar dos estudos científicos efectuados, nem todos os profissionais que atendem a clientes em risco de padecer de UPP utilizam de maneira sistemática as escalas de avaliação ou outras medidas resultado da investigação, quer seja por falta de conhecimento das mesmas, quer seja por falta de contextos que propiciem o uso metódico como os protocolos, programas ou guias de prática clínicas específicas.

O enfermeiro chefe é o responsável por toda a gestão de cuidados de enfermagem, incluindo a formação contínua dos enfermeiros, a prática de cuidados e a própria

investigação. De acordo com American Nurses Association (ANA) (2004), o enfermeiro chefe é responsável por garantir que os padrões profissionais e os valores se mantenham, durante o desenvolvimento, implementação e avaliação dos programas implementados e que as políticas sejam suportadas pela evidência.

Apesar da modernização dos cuidados de saúde, a prevalência das UPP permanece elevada, particularmente nos clientes hospitalizados. Estas UPP são uma importante causa de morbidade e mortalidade, afectando a qualidade de vida do doente e dos seus cuidadores, e constituindo uma insustentável sobrecarga económica para os serviços de saúde.

Actualmente com a criação de escalas de prevenção de UPP é da competência dos enfermeiros utilizarem estas escalas para a prevenção de doença.

Segundo o Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros, uma das competências do enfermeiro de cuidados gerais é participar nas iniciativas de promoção de saúde e prevenção da doença, contribuindo para a sua avaliação. O que nos mostra que o enfermeiro tem um papel importante na prevenção da doença, neste caso na prevenção das UPP.

Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro deve prevenir complicações para a saúde dos clientes. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2001) são elementos importantes face à prevenção de complicações, entre outros:

A identificação, tão rápida quanto possível, dos problemas potenciais do cliente, relativamente aos quais o enfermeiro tem competência (de acordo com o seu mandato social) para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para evitar esses mesmos problemas ou minimizar-lhes os efeitos indesejáveis; A prescrição das intervenções de enfermagem face aos problemas potenciais identificados; o rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem; A referenciação das situações problemáticas identificadas para outros profissionais, de acordo com os mandatos sociais dos diferentes profissionais envolvidos no processo de cuidados de saúde; A supervisão das actividades que concretizam as intervenções de enfermagem e que foram delegadas pelo enfermeiro.

Com a utilização adequada de todos os instrumentos disponíveis, quer sejam escalas de prevenção de UPP, quedas, dor, ou a realização de notas de Enfermagem com todos os conteúdos importantes sobre o cliente, o enfermeiro pode intervir, de modo prevenir futuras complicações, pois a Enfermagem continua a ter responsabilidades com essa ocorrência.

Actualmente a enfermagem é uma profissão que além de cuidar do cliente quando está doente, também actua na prevenção de doenças e na produção de pesquisas para evitar que as mesmas ataquem indivíduos, pré-dispostos ou não.

Através da escala de Braden o enfermeiro avalia o risco para o cliente de formar uma UPP tendo em conta os factores de risco intrínseco e extrínseco. Com esta avaliação o enfermeiro pode intervir mais cedo, evitando assim mais um problema na saúde do cliente, é por isso importante que os enfermeiros estejam capacitados para a utilização da escala de Braden, ou outras escalas de prevenção de úlceras, melhorando assim os cuidados de enfermagem.

1.5. Prevenção de Úlceras por Pressão

Segundo a EPUAP, quando nos sentamos numa cadeira ou nos deitamos na cama e não nos movimentamos irá sentir um desconforto na sua pele ou mesmo dor. Quando isto acontece nós mudamos a nossa posição para parar o desconforto sentindo. No entanto muitas pessoas são incapazes de realizar este simples passo de mudar de posição, pois a pessoa pode estar doente ou perto da morte, pode encontrar-se sobre o efeito de sedativos ou incapaz de perceber a sensação de desconforto que nos chama a atenção para mudarmos a nossa posição, como pode ser o caso para as pessoas com lesões na espinal medula. Se ficarmos numa posição de muito tempo sem nos movermos, o sangue não irá chegar à pele nas regiões do nosso corpo sobre as quais nos encontramos sentados ou deitados. Quando isto acontece a pele pode morrer e ocorre uma ferida na pele. Estas feridas são chamadas de UPP.

Nesta patologia a prevenção é claramente o meio mais fácil e barato do que o tratamento. Um passo determinante é reconhecer os utentes que têm risco de UPP, desta forma deve-se implementar medidas correctivas. Neste caso as escalas de Norton e Braden são as mais utilizadas, a primeira no contexto do utente idoso internado e a

segunda em contexto de unidades diferenciadas, valorizando a imobilidade prolongada, a incontinência, as alterações nutricionais e as alterações de consciência.

A avaliação da integridade cutânea, do estado de consciência e o posicionamento são a chave para prevenir a perda da integridade cutânea. Os regimes de mudança de decúbito nos clientes acamados, estes devem realizar alternância de decúbito de 2 em 2 horas.

1.6. Escalas de Avaliação de Risco

Para prevenir o aparecimento de UPP é fundamental proceder a uma avaliação contínua dos clientes, tendo em conta os factores de risco. É de afirmar, que uma escala deve ser um instrumento complementar na avaliação do cliente e não substituir a avaliação de outros factores. Desta forma, o mais importante não é fazer uma avaliação pontual do grau de risco, mas sim avaliar de forma continuada e sistematizada as alterações da situação clínica do cliente.

Segundo Furtado (2001), o conceito de escala de risco inclui atender a um conjunto de factores de risco relevantes para a ocorrência de lesão tecidual e dividi-los em diferentes categorias de acordo com a gravidade. A cada grau de gravidade corresponde um determinado score. O cliente avaliado em cada um dos factores, que somados indicam o grau de risco do cliente para os factores referidos na escala.

Dealey (1996) ressalta que as escalas de risco são úteis, trazendo benefícios na avaliação sistemática do cliente, devendo a equipe de enfermagem ter o cuidado de utilizar as medidas preventivas quando o cliente é considerado de risco. Segundo a autora, essa avaliação, pela escala de Braden, deve ser regular e não ocasional, como é o caso de sua aplicação unicamente na admissão do cliente.

A avaliação do risco deve ser desenvolvida imediatamente quando se recebe o cliente, com a recolha de dados, através da escala de Braden, a ocorrer durante o turno em que o clientedeu entrada, devendo apenas ser aceite informação acerca dos padrões nutricionais das últimas 24-48 horas da parte de acompanhantes ou familiares, e nunca do próprio cliente (Dealey, 1996).

A sua aplicação deve ser sempre combinada com uma avaliação da pele e da sua integridade. As informações relativas às restantes dimensões podem ser colhidas no turno de admissão do cliente.

No cliente hospitalizado deve ser adoptado um procedimento para a reavaliação dentro de 48 horas, ou se:

- Sempre que haja uma alteração significativa na situação clínica do indivíduo - (por exemplo, transferência para a UCI, falência de órgão/sistema, septicémia, febre, instabilidade hemodinâmica).
- Nos cuidados continuados a reavaliação deve ser semanal nas primeiras 4 semanas e posteriormente mensal ou de 3 em 3 meses conforme o risco
- Nos cuidados domiciliários a reavaliação deve ser efectuada em cada visita.

Ao identificarmos os clientes de acordo com o risco poder-se-á orientar as actividades desenvolvidas. Se o risco de UPP pode ser previsto, os enfermeiros podem actuar directamente com medidas preventivas de modo a evitar complicações, melhorando o bem-estar dos clientes e reduzir custos associados ao tratamento.

De acordo com Morrison (2004) e Braden (1997) citada por Furtado (2001) ao se prestar cuidados preventivos completos aos clientes tendo em conta o risco que apresentam, pode-se reduzir o aparecimento de UPP até 50% a 60%. Ayello et al (2004) introduziu uma avaliação formal de risco e adequou os protocolos preventivos para cada score de risco dos clientes, tendo verificado que não só a incidência de UPP diminuiu em 60%, como também a gravidade de UPP e o custo de cuidados também diminuía. Segundo Ferreira *et al* (2004) citado por Gouveia (2005), num primeiro estudo, a prevalência de UPP determinada era de 31,3%, contudo após a implementação de uma escala de avaliação de risco verificou-se num segundo estudo de prevalência uma diminuição para 19,3%.

Estudos anteriores demonstram que a escala de Braden apresenta maior poder discriminatório para identificar clientes em risco de desenvolver UPP relativamente às escalas de Norton e de Waterlow. Segundo Furtado (2001), a EPUAP recomenda a

utilização da escala de Braden como sendo aquela que apresenta, até à data, maior fiabilidade, aceitabilidade, segurança, simplicidade e menor custo. De acordo com Lincoln et al (1986) citado por Furtado (2001) a escala de Norton apresenta limitações na validade e fiabilidade.

As escalas de risco permitem, segundo MacGough & Nixon (2004):

- Aumentar a percepção em relação aos factores de risco;
- Fornecer um padrão mínimo para a avaliação de risco;
- Fornecer uma razão para a avaliação de risco;
- Melhorar os registos;
- Fornecer uma base de trabalho para uma melhor prestação de cuidados de enfermagem;
- Fornecer um indicador de risco.

1.6.1. Escala de Norton

A Escala de Norton foi desenvolvida em 1962 por McLaren e Exton-Smith num estudo sobre problemas de enfermagem no âmbito da geriatria (Langemo 1999) e aperfeiçoado em 1975. Esta escala avalia parâmetros distribuídos por 5 dimensões, tais como: condição física, condição mental, actividade, mobilidade e incontinência.

Cada categoria tem uma pontuação máxima de 4, indicando a ausência de risco e mínima de 1 que indica alto risco. O score final pode variar entre 5 (alto risco) e 20 (baixo risco), sendo que, quanto mais baixo o score maior o risco. Um score de 14 ou inferior, significa um cliente de risco, ou seja, para a classificação do risco de UPP (score total) multiplica-se cada score pela totalidade das 5 dimensões, podendo obter desta forma uma pontuação total entre 5 – 20.

Assim sendo, considera-se que scores entre 5 – 10 correspondem a um elevado risco de desenvolver UPP, entre 11 – 15 corresponde a um moderado risco e entre 16 – 20 a um baixo risco.

1.6.2. Escala de Braden

A Escala de Braden foi desenvolvida em 1987 por Barbara Braden e Nancy Bergstrom.

Em Portugal desconhecem-se estudos sobre as razões que levam os enfermeiros a não identificar o cliente de risco de UPP. Desde 1998 que existe uma recomendação da Direcção Geral de Saúde, através da Circular Informativa N.º 25/DSPCS de 23/06/98 na qual se expressa preocupação em relação ao problema das UPP, nos clientes acamados, propondo um protocolo de avaliação das mesmas e dos factores de risco através de uma adaptação da escala de Norton. Em Dezembro de 2008, a Circular Informativa N.º: 35/DSQC/DSC, da Direcção geral de Saúde, veio revogar a anterior e recomendar a aplicação da Escala de Braden, em todas as Unidades de Saúde, no entanto não se verifica uma aplicação efectiva desta medida em todas as organizações de saúde, especialmente ao nível das prestadoras de cuidados de saúde primários.

A Escala de Braden foi validada em Portugal por Margato, Miguéns, Ferreira, Gouveia & Furtado (2001). Esta escala é recomendada para a avaliação do risco de desenvolvimento de UPP de um cliente, pelas guidelines da European Pressure Ulcer Advisory Panel e pela National Pressure Ulcer Advisory Panel. Foi implementada no Hospital São José no mês de Janeiro de 2011.

A escala acima mencionada é composta por seis sub-escalas: percepção sensorial, humidade, actividade, mobilidade, nutrição, fricção e forças de deslizamento. Das seis sub-escalas, três medem determinantes clínicos de exposição para intensa e prolongada pressão – percepção sensorial, actividade e mobilidade; e três mensuram a tolerância do tecido à pressão – humidade, nutrição, fricção e forças de deslizamento. As primeiras cinco sub-escalas são pontuadas de 1 (menos favorável) a 4 (mais favorável); a sexta sub-escala, fricção e forças de deslizamento, é pontuada de 1 a 3. Cada sub-escala é acompanhada de um título e cada nível, de um conceito descritor chave e uma ou duas frases descrevendo ou qualificando os atributos a serem avaliados. A contagem de pontos baixa na escala de Braden, indica uma baixa habilidade funcional, estando, portanto, o indivíduo em alto risco para desenvolver a úlcera de pressão. A pontuação pode ir de 4 a 23. Pacientes adultos hospitalizados, com uma contagem igual ou menor do que 16 pontos são considerados de risco. Uma pontuação de 16 é considerada risco mínimo; de 13 a 14, risco moderado; de 12 ou menos, risco elevado (Bergstrom *et al.*,

1987; Bryant *et al.*, 1992; Braden e Bergstrom, 1994; Bergstrom *et al.*, 1995; Dealey, 1996).

Como foi referido anteriormente neste estudo, as escalas de estratificação do risco devem ser usadas como complemento e não em substituição da avaliação clínica.

1.7. Factores que influenciam os cuidados de prevenção

O comportamento do enfermeiro traduz-se pela acção ou reacção perante determinada situação. Esta acção vai depender da singularidade da situação e das características individuais e institucionais existentes.

No que respeita às medidas de prevenção, também estas são, muitas vezes, usadas pelos enfermeiros e cuidadores na prática e não são necessariamente correspondentes às recomendações teóricas (Hulsenboom, 2004), isto justifica-se pela necessidade de adequação e adaptação dos cuidadores à realidade existente e às determinantes inerentes aos cuidados.

1.7.1. Competências

As habilitações académicas são factores que exercem influência relativamente aos conhecimentos sobre as UPP despertando nos profissionais um maior interesse para a aplicação da sua prática baseada na evidência.

Para além das habilitações académicas também temos as 96 competências que um enfermeiro de cuidados geral tem, segundo o conselho de enfermagem da OE, e entre estas 96 competências podemos encontrar as necessárias para uma utilização adequada prática baseada na evidência, são elas: a valorização da investigação como contributo para o desenvolvimento da enfermagem e como meio para o aperfeiçoamento dos padrões de cuidados, a utilização de indicadores válidos na avaliação da qualidade da prática de enfermagem, a participação em programas de melhoria da qualidade e procedimentos de garantia da qualidade, o assumir da responsabilidade pela aprendizagem ao longo da vida e pela manutenção das competências, a actuação no sentido de ir ao encontro das suas necessidades de formação contínua.

Quanto ao tempo de exercício profissional, Pancorbo (2007), de acordo com uma revisão sistemática de literatura efectuada, afirma que uma maior experiência melhora a

prática no entanto explica, também, que a partir dos 20 anos de experiência profissional é possível existir uma desactualização das práticas devido ao cansaço, à rotina e à menor capacitação cognitiva.

Com a crescente responsabilização dos enfermeiros na prevenção das UPP influencia no interesse para o seu trabalho, diminuindo a dificuldade de se motivar para a inovação e aplicação de novas técnicas preventivas. Buss (2004) destaca que a falta de envolvimento e de interesse, na problemática das UPP, torna-se num factor que dificulta a adopção de técnicas e de cuidados de prevenção adequados aos clientes e consequentemente o desenvolvimento de UPP, o que torna o trabalho pouco gratificante.

Para que o enfermeiro efectue um trabalho eficiente, na prevenção das UPP, é importante que apresente sensibilidade para a dimensão do problema, de forma que a motivação seja um potencial para a aplicação de cuidados preventivos. Buss (2004), afirma ainda, que este é um factor que provavelmente provoca difusão e integração do conhecimento na prática.

No que se refere à motivação, podemos enquadrar aqui o vínculo profissional, visto que uma situação profissional mais estável poderá conferir um melhor desempenho na área da prevenção, pois considera-se um papel de grande responsabilidade para o enfermeiro faz com que este queira trabalhar e realizar bem os seus cuidados (Marquis e Huston, J., 1999).

A formação e o desenvolvimento profissional na área do conhecimento são aspectos muito importantes no desenvolvimento dos recursos humanos, que contribuem para melhorar o desempenho profissional.

De acordo com estudos efectuados, os enfermeiros que frequentaram um programa educacional sobre prevenção de UPP aumentaram os seus níveis de conhecimento, ao contrário dos outros enfermeiros que o não fizeram (Pancorbo, 2006). Assim, programas educacionais desenvolvem as tomadas de decisão e, por sua vez, uma boa tomada de decisão pode reduzir a prevalência e a incidência das UPP.

Por outro lado, Tweed e Devadas (2006), através de um estudo sobre o efeito de um programa educacional em enfermeiras com conhecimentos de risco e prevenção de UPP, com os dados recolhidos antes e após o programa, verificou que os níveis de conhecimento aumentaram significativamente depois do programa no que respeita à identificação de factores de risco, uso das escalas de avaliação de risco e uso de mais estratégias de prevenção.

Referente às UPP e de acordo com alguns estudos efectuados na área, verifica-se que os enfermeiros dispõem de um bom grau de conhecimentos na área da prevenção e dos factores de risco, situando-se entre os 73% e 85% os valores de conhecimentos gerais (Pancorbo; Garcia; Rodriguez; Torres e Lopez, 2007). Estes dados indicam que os enfermeiros estão despertados, além dos cuidados de prevenção, para os factores predisponentes das UPP, o que direcciona a sua atenção para esses problemas, tornando-se numa mais-valia para a antecipação da sua ocorrência.

O conhecimento dos factores de risco e das medidas preventivas, por si só, podem não ser indicadores de que os enfermeiros, na prática clínica, estão atentos à problemática ou prestam, de facto, os cuidados que explicitam, pois Gunninberg (2001) menciona que, por vezes, os enfermeiros apresentam altos conhecimentos na área, mas não os utilizam na definição de prioridades, aplicação de estratégias e métodos de prevenção na prática.

O conhecimento adquirido pelos profissionais de saúde é limitado pela sua colocação em prática, visto que o conhecimento é necessário, mas não é suficiente para a acção, pois é necessária a sua aplicação. Assim, por muita que seja a aquisição de conhecimentos, não é garantido que as mudanças ocorram na prática (Ardblaster, 1998).

O conhecimento próprio dos enfermeiros pode ser adquirido de duas formas: o conhecimento tradicional e o conhecimento baseado na evidência.

- O conhecimento tradicional é o mais evidenciado, quer na prestação de cuidados, quer no pensamento dos enfermeiros, pois caracteriza-se por ser adquirido no curso básico da formação, acrescido pela experiência diária e das situações reais que vai encontrando, recorrendo ao auxílio da opinião dos

colegas e envolvidos pelas tradições e rotinas do serviço/organização onde trabalha.

- O conhecimento baseado na evidência é aquele que é utilizado na prática diária, mas que procura fundamentar-se em protocolos ou princípios científicos actualizados para justificar a sua acção (Buss, 2004). Este terá um aumento na prestação de cuidados diários quanto mais actual ele seja e, por conseguinte, obrigará a mudanças em alguns hábitos, rotinas e conhecimentos aos quais, por vezes os enfermeiros se mostram renitentes.

Como forma de aquisição de conhecimentos, hoje em dia, está ao alcance de qualquer pessoa uma série de fontes de conhecimento que podem ser utilizadas: livros (obras, monografias, histórias clínicas), artigos (revistos por peritos, sem revisão, imprensa local), reportagens, conferências/simpósios (material publicado ou comunicações livres não publicadas), publicações oficiais, revisões de literatura e internet. Importante é conseguir filtrar as credíveis para uma aquisição de conhecimentos baseados na evidência.

O nível de conhecimentos é também influenciado pelo tempo de experiência profissional na área, de acordo com Esperón e Vasquez, (2004), verificaram que os conhecimentos aumentam com a experiência, no entanto Garcia, *et al* (2004) afirma que os extremos em anos de experiência são os que menos conhecimentos apresentam, portanto os enfermeiros com menos de 2 anos e com mais de 20 anos de serviço.

1.7.3. Recursos humanos e materiais

A efectividade de algumas actividades depende, em grande parte, de factores que contribuem igualmente para a qualidade dos cuidados de saúde. Assim, o número e a distribuição do pessoal, o tempo para prestar cuidados e os equipamentos especiais para redução da pressão (colchões, almofadas, agentes tópicos, roupa apropriada, entre outros) contribui fortemente para o combate dos factores que potenciam o desenvolvimento das UPP (Dopieralda, 2007).

Os profissionais de saúde tendem a reduzir a incidência das UPP através da identificação de pessoas com risco e, a partir desta, através do uso de estratégias de

prevenção, das quais a utilização de equipamentos para aliviar a pressão é a que apresenta melhores resultados, sempre conjugados com outros cuidados de prevenção.

Os recursos materiais são fundamentais para o bom funcionamento das organizações, pois estes contribuem para que os enfermeiros possam dar resposta adequada às necessidades dos clientes e às exigências da organização. Devem ser adequados em qualidade e quantidade e estar disponíveis, por forma a que a sua falta, ou redução, não sirva de desculpa para a não realização de cuidados ou para a desmotivação dos profissionais.

O equipamento de alívio de pressão acarreta custos económicos, mas é necessário para a prevenção e, conseqüentemente, para a redução da incidência e prevalência das UPP. Já Dopieralda (2007), acrescenta que, além da falta de equipamento especial e de materiais para prevenção, o aumento da prevalência de UPP é muitas vezes resultado do número reduzido de profissionais, em função da carga de trabalho que é preciso dar resposta.

1.8. Organização dos Cuidados de Enfermagem

O papel dos enfermeiros nas unidades de saúde não é homogéneo e nem pode ser uniformizado, na medida em que as estruturas específicas dos vários tipos de serviços e unidades de prestação de cuidados de saúde condicionam estruturalmente as funções de enfermagem.

Carapinheiro (1993) considera que a análise da produção dos cuidados na vertente da organização e divisão de trabalho, coloca no centro a noção de acto médico, uma vez que é a partir dela que se estabelecem os princípios de divisão de tarefas entre as diferentes categorias sócio-profissionais.

Frederico e Leitão (1999), consideram que a organização dos cuidados de enfermagem passa pela escolha de um método de trabalho que mais se adequa à prestação de cuidados individualizados e personalizados. Todos os métodos de trabalho utilizados para a organização dos cuidados de enfermagem assentam num modelo de exercício da profissão e é fundamental que a metodologia de trabalho seja definida para que cada enfermeiro possa planear os seus cuidados, tendo por base o modelo teórico de enfermagem do quadro de referência da instituição. Obviamente que, na selecção do

método de trabalho diferentes aspectos devem ser considerados, particularmente os objectivos da organização e unidade de cuidado; o número e tipo de doentes, bem como o seu grau de dependência; os recursos humanos e materiais e as características das instalações.

1.8.1 Dotação e cálculo de pessoal de Enfermagem

No que respeita à enfermagem, a dotação de pessoal para assegurar os cuidados necessários aos doentes tem sido um dos problemas mais complexos da gestão. Essa complexidade resulta do facto de que os cuidados devem ser assegurados em todas as unidades, nos 365 dias do ano e as 24 horas do dia.

Segundo Frederico e Leitão (1999), a dotação de pessoal de enfermagem refere-se a uma actividade que visa estabelecer de forma quantitativa e qualitativa as necessidades em pessoal de enfermagem para prestar cuidados a um determinado grupo de doentes, com a finalidade não só de concretizar aspectos do plano de acção de uma instituição de saúde, no que respeita ao pessoal (número, tipo e custos), mas também contribuir para avaliar o nível de cuidados de enfermagem. De acordo com as autoras, nesta actividade devem ser considerados alguns factores tais como:

Factores externos ao serviço de enfermagem:

- Contextuais;
- Estrutura arquitectónica;
- Comunicação e circulação;
- Tipologia dos utentes;
- Dados estatísticos do serviço;
- Relações funcionais dos serviços de enfermagem

Factores internos aos serviços de enfermagem:

- Tipologia dos utentes;
- Produtividade;
- Organização.

Para além disso, pode ser considerado um sistema de classificação de doentes como um instrumento essencial na gestão dos serviços de enfermagem que, segundo Frederico e Leitão (1999), apoiando-se em Rodrigues Filho, determina as exigências do doente em

termos de cuidados de enfermagem, com base nas suas necessidades, nas intervenções de enfermagem e nas prioridades do cuidado. Assim, este sistema proporciona aos gestores de enfermagem informação para o processo de tomada de decisão não só em relação à qualidade dos cuidados, à melhoria da produtividade e aos custos dos serviços de enfermagem, mas também em relação à gestão de recursos humanos. Desta forma, um sistema de classificação de doentes constitui uma base sólida para o cálculo de pessoal de enfermagem necessário, na medida em que, por um lado, mede o nível de cuidados, por outro, determina as horas necessárias à prestação desses cuidados.

1.8.2 Sistema de classificação de doentes (scd/e) baseado em graus de dependência de cuidados de enfermagem

Em Portugal, começou a ser desenvolvido desde 1984 na área de enfermagem, um sistema de classificação de doentes baseado em níveis de dependência de cuidados de enfermagem (SCD/E). O desenvolvimento deste sistema utilizou, na sua construção o modelo *GRASP System (Grace Reynolds Application of Peto)*, desenvolvido nos Estados Unidos, país que na fase inicial do projecto deu apoio técnico e financeiro. Sendo um método inovador em termos de gestão e desconhecido em Portugal, foi criado um grupo coordenador no Departamento de Gestão Financeira do Ministério da Saúde, e seleccionados cinco hospitais piloto, para analisar o método e efectuar estudos de adaptação à realidade do país (IGIF, 2000).

Segundo Frederico e Leitão (1999), o sistema GRASP é fruto de três anos de investigação de campo, para avaliar o conceito de Peto, desenvolvido no *Medical College of Geórgia* e foi constantemente melhorado, sendo hoje utilizado em mais de 600 hospitais no Canadá, EUA e Reino Unido. Neste sistema, classificar consiste na avaliação da dependência do doente em cuidados de enfermagem através de um quadro de classificação de doentes, pela determinação do tempo necessário para prestar cuidados totais com um atendimento personalizado e dentro de determinados padrões de qualidade.

Um SCD/E é uma forma de avaliar o grau da dependência dos clientes em enfermagem (Cortés, 1992). Isto pressupõe que para medir as necessidades de pessoal, é necessário conhecer a dependência dos doentes em cuidados ministrados pelos enfermeiros, ou seja, em cuidados que o cliente por si só, não pode realizar sem ajuda do enfermeiro.

Contudo, é importante sublinhar que um sistema de classificação de clientes por si só, não resolve o problema da escassez de pessoal, apenas ajuda, na medida em que permite uma distribuição mais eficiente dos recursos humanos, quase sempre escassos. O seu objectivo essencial é conhecer as horas de cuidados de enfermagem necessárias em cada uma das diferentes unidades, mediante o estudo das necessidades dos clientes e a aplicação de determinados tempos de enfermagem para cada um dos níveis de dependência do cliente nos cuidados, o que permite fornecer ao gestor informações sobre as horas de prestação de cuidados necessárias por cliente e por unidade de tratamento na base das 24 horas, possibilitando uma maior previsão e consistência das cargas de trabalho.

De acordo com Frederico e Leitão (1999), neste sistema de avaliação por factores, o cálculo das horas totais de enfermagem necessárias inclui as horas para prestar cuidados directos e as horas para prestar cuidados indirectos, ou seja:

Horas de cuidados totais = horas prestadas em cuidados directos + horas prestadas em cuidados indirectos.

Conforme o manual de conceitos básicos para a definição de níveis de dependência em cuidados de enfermagem medico-cirurgico o cuidado directo refere-se a toda a tarefa que pode ser identificada como sendo destinada a um determinado doente, por exemplo preparar a medicação, administrar a terapêutica, registos, etc; cuidado indirecto é toda a tarefa que embora concorra para a assistência global do doente, não pode ser identificada como sendo destinada a um determinado doente, por exemplo, arrumação da sala de trabalho, passagem de turno, preparação de material para esterilização, etc;

As horas para prestar cuidados directos obtêm-se através de um instrumento de classificação, o quadro de classificação de doentes, no qual estão incluídas as actividades de cuidados mais representativas do trabalho da enfermagem. Conforme o manual do Ministério da saúde – IGIF (1994), foram seleccionadas as seguintes actividades:

- Higiene e conforto;
- Alimentação;
- Movimentação;

- Eliminação;
- Terapêutica;
- Tratamentos;
- Avaliação de sinais vitais/outras avaliações;
- Actividades especiais;
- Avaliação e planeamento de cuidados.

Esta selecção obedeceu os seguintes critérios:

- Actividades requeridas por um maior número de doentes e que por serem actividades da vida diária são comuns a todos;
- Actividades que decorrem da terapêutica instituída;
- Actividades que têm um grande impacto na carga de trabalho.

Veiga *et al* (1987), abordam o desenvolvimento do projecto-piloto para a implementação do SCD/E em Portugal. Publica a construção do instrumento, que permite medir as horas de cuidados de enfermagem necessárias para cada doente internado em unidades de medicina e cirurgia; o desenvolvimento nos hospitais-piloto, de algumas aplicações de gestão baseadas na nova informação colhida através deste instrumento. Nas suas conclusões salientam que os resultados referentes aos primeiros 6 meses indicam, de uma forma geral, falta de enfermeiros nas unidades de internamento e a informação obtida através do sistema permite a adequação diária do pessoal de enfermagem em função das variações previsíveis para cada período de 24 horas, de modo que a distribuição do pessoal disponível seja feita em função das necessidades efectivas de cuidados, evitando-se subutilizações ou sobreutilizações dos recursos humanos por um lado, e propiciam a obtenção de índices que podem ser utilizados para a elaboração futura de quadros de pessoal mais adequado.

Em enfermagem, o sistema de informação viabiliza o processo de comunicação entre a equipa de enfermagem, entre a equipa de saúde e o cliente, fornecendo toda a informação necessária para a prestação de cuidados. Como é evidente, uma das responsabilidades do enfermeiro consiste em proporcionar a continuidade de cuidados, não apenas dispondo a programação horária de modo que as pessoas que estão de serviço prestem os cuidados, mas também informar todas as ocorrências sobre o cliente

aos membros da equipa, bem como o que deve ser feito, utilizando o processo de enfermagem. Este deve conter os registos que permitem descrever as acções de enfermagem de forma a possibilitar a continuação dos cuidados. É a partir desses registos que o enfermeiro produz a informação através da qual classifica o cliente.

Conforme IGIF (2000), o procedimento de classificação de clientes inicia-se com o enfermeiro responsável pela prestação dos cuidados aos clientes internados, onde através da avaliação diária das necessidades do doente, planeia as intervenções que assinala no QCD de forma prospectiva. Este quadro permite determinar as horas de cuidados necessárias por cliente, que relacionadas com o número de doentes internados naquele dia, permite obter o indicador de gestão – *horas de cuidados necessárias por dia de internamento (HCN/DI)*. As horas de cuidados requeridas pelos doentes, são comparadas com as horas de cuidados disponíveis, constantes do horário de trabalho.

2. Desenho de Investigação

Todo o trabalho de investigação tem objectivos precisos e deve ser dotado de rigor e sistematização. Tem como finalidade a descrição de acontecimentos, verificação de hipóteses, controlo de fenómenos e respectiva descrição e classificação.

A qualidade de investigação depende das metodologias utilizadas e também da escolha destas em conformidade com o objecto de estudo e o contexto da pesquisa.

O desenho de investigação é então definido pelo “... conjunto das decisões a tomar para pôr de pé uma estrutura, que permita explorar empiricamente as questões de investigação” (Fortin, 2009, p. 214). Através deste, podem-se explicar os métodos que vão sendo utilizados, criando assim um plano que visa a eliminação ou diminuição das fontes de erro, o que permitirá o alcance de uma explicação plausível do problema em estudo (Fortin, 2009).

A escolha de um bom método garante rapidez de trabalho e, sobretudo, eficácia. Em qualquer pesquisa, o que se pretende é obter dados que permitam chegar a uma ou várias respostas para determinado problema.

Face à problemática em estudo, aos recursos existentes e aos objectivos do trabalho, optámos por recorrer a uma abordagem metodológica quantitativa, que iremos definir e explicar adiante.

Para maior facilidade de estruturação de trabalho, dividimos este capítulo em vários pontos, dos quais destaco:

- Meio
- Paradigma e tipo de estudo
- A população alvo, processo de amostragem e amostra
- Variáveis
- Instrumento de colheita de dados
- Considerações éticas.

2.1. O meio

Para a realização da colheita de dados, o meio de estudo foram os Serviços que usam a Escala de Braden no Hospital São José em Lisboa, nos serviços de Medicina 1.2, Neurocirurgia e Cirurgia Geral, este meio é natural, pois segundo Fortin (2009), um meio que não dá lugar a um controlo é frequentemente designado de meio natural.

2.2. Paradigma e tipo de estudo

Neste estudo, cujo domínio se centra na investigação e descrição das dificuldades dos Enfermeiros do Hospital de São José, iremos utilizar o paradigma quantitativo que “implica que a verdade é absoluta e que os factos e os princípios existem independentemente dos contextos histórico e social” (Fortin, 2009, p. 29). Segundo Norwood (2000), a investigação quantitativa é originária das ciências físicas, sendo que a verdade é absoluta e que os factos e os princípios existem independentemente dos contextos histórico e social.

Além do paradigma utilizado, é importante esclarecer o tipo de estudo que será utilizado, pois são relevantes para a orientação da colheita e análise dos dados.

Optámos por utilizar o tipo de estudo descritivo simples, (pois descreve simplesmente um fenómeno ou um conceito relativo a uma população de maneira a estabelecer as características dessa população ou de uma amostra), de carácter exploratório já que visa “... o reconhecimento do a estudar a determinação do ou dos conceitos que se reportam a este fenómeno e a elaboração de definições conceptuais e operacionais das variáveis...” (Fortin, 2009, p.237).

Este tipo de abordagem é adequado, pois quando existe pouca informação descrita e o objectivo do investigador é explorar a problemática este é o tipo de estudo que melhor se adapta, para estudar e compreender as dificuldades enfrentadas pelos Enfermeiros dos Serviços de Neurocirurgia, Cirurgia Geral e Medicina 1.2 em questão.

2.3. População alvo, processo de amostragem e amostra

Para poder realizar o estudo, é preciso ter em consideração três conceitos muito importantes que iremos definir, são eles: a população, a amostra e o processo de amostragem ou, segundo a notação de alguns autores, apenas amostragem.

A população em estudo foi constituída por 130 enfermeiros, sendo 36 do Serviço de Cirurgia Geral, 51 no Serviço de Medicina 1.2 e 43 no Serviço de Neurocirurgia.

A população é um conjunto de elementos, neste caso pessoas, que têm características comuns, ou seja, “o elemento é a unidade de base da população junto da qual a informação é recolhida” (Fortin, 2009, p. 311). Neste estudo, a característica comum será o facto de serem Enfermeiros que exercem funções nos Serviço de Cirurgia Geral, Medicina 1.2 e Neurocirurgia e que utilizam a escala de Braden. Sendo a população os Enfermeiros do Serviço de Cirurgia Geral, Medicina 1.2 e Neurocirurgia o objecto do estudo, toma então o nome de “população alvo”. “A população-alvo é o conjunto das pessoas que satisfazem os critérios de selecção definidos previamente e que permitem fazer generalizações” (Fortin, 2009, p. 311).

O processo de amostragem consiste então num “...processo pelo qual um grupo de pessoas... é escolhido de maneira a representar uma população inteira ... a amostragem permite estimar, de forma precisa, as características de uma população a partir da informação obtida junto de uma amostra...” (Fortin, 2009, p. 310). Concluindo por outras palavras, o processo de amostragem tem como finalidade fazer a selecção da amostra, que serão analisados para, posteriormente, definir a amostra, que representará a população.

Escolhemos por isso o processo de amostragem não probabilístico; visto que a população total é de difícil acesso e que o estudo demonstra a dificuldade da utilização da Escala de Braden, pois como é referido por Fortin (2009), a amostragem não probabilística é utilizada quando a população inteira raramente é acessível e o estudo trata de demonstrar a eficácia de uma intervenção. Dentro do processo não probabilístico, optámos pela amostragem accidental, “A amostragem accidental consiste em escolher individuos, pelo facto da sua presença, num local determinado e num preciso momento.” (Fortin, 2009, p.321). Kerlinger (1973) refere que apesar de amostra não ser representativa da população, na amostragem accidental, a amostra pode ser reforçada através da utilização de critérios de inclusão mais restritivos.

A representatividade é um conceito fundamental quando se estuda uma população. Quanto menor a discrepância entre as características da amostra e da população, melhor

a primeira representa a segunda. Pode-se considerar que para uma amostra, a representatividade é uma qualidade essencial (Fortin, 2009). Podemos ainda acrescentar que “Uma amostra representativa... pode substituir o conjunto da população alvo. ... deve reflectir as características não só do ambiente natural, mas também dos indivíduos que a compõem” (Fortin, 2009, p. 313). Deve-se ter em conta que a amostra deve ser representativa no que diz respeito às variáveis que estão a ser estudadas.

Conhecendo a população alvo, a população acessível e feito o processo de amostragem, conhecemos então a amostra do estudo. “*A amostra é a fracção de uma população sobre a qual se faz o estudo*” (Fortin, 2009, p. 312). Como foi referido anteriormente, a amostra deve ser representativa, englobando as características que devem ser comuns a toda a população que, neste estudo, será a equipa de Enfermeiros que exerce funções no Hospital São José e utiliza a escala de Braden. É também relevante mencionar que a constituição da amostra pode variar de acordo com o objectivo do estudo ou com a facilidade de acesso à população (Fortin, 2009).

Para este estudo definimos como objectivo geral:

- Identificar quais as dificuldades sentidas pelos enfermeiros na utilização da escala de Braden

Outro aspecto importante a referir acerca da amostra são os critérios de inclusão, na medida em que a mesma será definida através destes. Segundo Fortin (2009, p. 311), “estes correspondem às características essenciais dos elementos da população”. Segundo Fortin (2009), os critérios de inclusão permitem obter uma amostra homogénea. Neste estudo, os critérios que achámos pertinentes colocar foram:

- O serem enfermeiros da prestação de cuidados;
- Concordar com o consentimento informado;
- Terem utilizado a Escala de Braden.

Neste estudo a amostra foi constituída por 40 enfermeiros que exercem funções no Hospital São José, em Serviços onde a Escala de Braden foi implementada a nossa amostra é assim

constituída por 19 enfermeiros do serviço de medicina 1.2, 11 enfermeiros da Cirurgia Geral e 10 enfermeiros da Neurocirurgia.

2.4. Variáveis

Quando estamos a realizar um estudo, os componentes que pretendemos estudar tomam o nome de variáveis. “As variáveis são as unidades de base da investigação. ...tomam diferentes valores que podem ser medidos, manipulados ou controlados” (Fortin, 2009, p. 171).

As variáveis são classificadas de acordo com a função que exercem numa investigação. Existem cinco tipos de variáveis, mas para este estudo abordamos apenas duas, visto que “...são as questões de investigação que guiam o estudo e não as hipóteses... não há razão para variáveis dependentes e independentes...” (Fortin, 2009, p. 244). Vamos então definir as variáveis de atributo e a variável de investigação.

As variáveis de atributo são variáveis que existem na amostra, independentemente do estudo a ser realizado. São geralmente dados demográficos. “Os dados demográficos são analisados no fim do estudo para obter um perfil demográfico das características da amostra”, (Fortin, 2009, p. 172).

As variáveis de investigação são “qualidades, propriedades ou características que são observadas ou medidas” (Fortin, 2009, p. 171). São ainda condições que ocorrem simultaneamente, sem que umas interfiram com as outras, não sendo por isso a causa da mudança de outra variável, (Fortin, 2009). Neste estudo, pretendemos medir a dificuldade sentida pelos enfermeiros na utilização da Escala de Braden.

Podemos então dizer que as variáveis de atributo são as variáveis que caracterizam a população, em seguida temos o quadro 1 que indica as variáveis que usámos, a sua descrição e tipo:

Variável	Descrição	Tipo
Género	aqui queremos identificar qual o sexo dos enfermeiros	Nominal
Idade em anos completos	deverá ser dada a idade de cada sujeito	Numérica
Antiguidade profissional em anos completos	identificamos quantos anos de profissão tem cada enfermeiros	Numérica
Experiência profissional no serviço actual	há quantos anos cada enfermeiro trabalha no mesmo serviço	Numérica
Grau académico	se o enfermeiros tem o Bacharelato, licenciatura, Mestrado ou Doutoramento	Nominal
Categoria profissional	qual o título de cada sujeito enfermeiro, enfermeiro graduado ou enfermeiro especialista	Nominal
Serviço	qual o local onde exerce a sua profissão no hospital de São José	Nominal

Quadro 1 – Descrição e tipo de variáveis

No sub capítulo seguinte, iremos abordar o instrumento de colheita de dados, contendo as variáveis de investigação, assim como as de atributo.

2.5. Instrumento de colheita de dados

A qualidade dos resultados de uma investigação não depende unicamente do método seleccionado, mas também da recolha de dados efectuada. Daí, a natureza determina o tipo de método de colheita de dados a utilizar.

Perante a questão de investigação, a metodologia adoptada e a finalidade do estudo, foi seleccionado como instrumento de colheita de dados, o questionário, segundo Fortin (2009, p. 380), questionário é um dos métodos “de colheita de dados que exige do participante respostas escritas a um conjunto de questões”. Tem como vantagem o facto de não obrigar à presença dos investigadores, evitando desta forma qualquer influência nas respostas da população alvo, garantindo o anonimato, por mim pretendido.

A escolha do questionário como instrumento de colheita de dados, tem algumas razões de ser. Parece-nos ser um dos métodos de obtenção de dados mais importantes, visto que se faz de forma muito simples e num curto espaço de tempo, implicando para isso poucos recursos humanos, na distribuição e recolha. Este foi o meio que nós utilizámos na recolha de informação, necessária para que conseguíssemos responder à questão de investigação, bem como para atingir os objectivos a que nos propusémos.

O questionário foi então constituído por 35 questões entre as quais 11 abertas e 24 fechadas. Sendo que todas perguntas são directas, duas foram referentes a opiniões e as restantes 33 a factos.

Sendo assim, o questionário foi acompanhado de uma carta explicativa, onde foi explicado aos Enfermeiros em que consistia o estudo, os objectivos pretendidos, o carácter académico, bem como o pedido de colaboração e agradecimento pela mesma.

Devemos considerar importante a forma de aplicar o questionário. Temos então que, segundo Fortin (2009), o questionário pode ter três formas de aplicação: “o questionário preenchido durante uma entrevista face a face; o questionário preenchido durante uma entrevista telefónica; o questionário auto administrado” (Fortin, 2009, p. 386). O questionário auto-administrado é realizado pelo participante, sem ajuda por parte do investigador. Neste estudo, os questionários foram entregues no serviço onde se encontra a amostra e, portanto, o questionário foi auto-administrado.

Para que se possa considerar um questionário credível, a taxa de respostas deve ser elevada, o que não acontece, por exemplo, com preenchimentos através de entrevistas telefónicas. Quando a taxa de respostas é baixa, a representatividade fica diminuída, levando também à diminuição da credibilidade do questionário.

O questionário apresenta algumas vantagens, quando comparado com outros instrumentos de colheita de dados, mas também tem alguns inconvenientes. Como já referimos, o questionário é um meio simples e que não exigem muitos recursos temporais nem financeiros. Além disso, é de natureza impessoal, na medida em que garante sempre o anonimato dos participantes. Contudo, também apresenta algumas desvantagens, tais como, a fraca taxa de resposta e elevada taxa de dados em falta. Uma desvantagem importante, visto que o meu questionário é de auto-administração, é a impossibilidade dos participantes serem esclarecidos relativamente a alguns enunciados presentes no questionário (Fortin, 2009), o que poderá levar ao aumento da taxa de dados em falta. Através destas desvantagens, a amostra pode não ser representativa da população.

A validade conceptual de um instrumento de investigação para medir o conceito é verificada através das relações teóricas ligada na uma combinação de vários elementos de um instrumento (Fortin, 2009).

A validade de conteúdo é referente ao carácter representativo dos enunciados utilizados no instrumento de medição do conceito em estudo (Fortin, 2009). Fortin diz: “Quando um investigador elabora um instrumento, a sua principal preocupação é assegurar-se de que os enunciados que ele contém são representativos do domínio que o investigador quer medir” (Fortin, 2009, p. 355). Com isto, utilizamos a ajuda de um perito, a Professora Leonor, para a validação de conteúdo, pois segundo Fortin (2009), a validação de um instrumento de medição como por exemplo um questionário é pedida a ajuda frequentemente de peritos.

2.5.1. Pré-teste

Um pré-teste, ou teste preliminar, é o procedimento mais utilizado para averiguar a validade da investigação. Consiste numa medida de uma variável efectuada nos sujeitos antes que seja aplicado o tratamento experimental, ou seja, é uma “... prova que

consiste em verificar a eficácia e o valor do questionário junto de uma amostra reduzida da população alvo.” (Fortin, 2009, p. 386).

Este consiste no preenchimento do questionário por uma pequena amostra que reflecta a diversidade da população visada, com a finalidade de detectar ambiguidades nas questões que o integram, foi realizado a seis pessoas.

No sentido de verificarmos a operacionalidade dos questionários elaborados a utilizar na entrevista, estes foram submetidos a pré – teste nos dias 03 e 05 de Setembro de 2012. Em virtude de irmos estudar a população de enfermeiros dos Serviços de Neurocirurgia, Medicina 1.2 e Cirurgia Geral no Hospital de São José. Após ter sido realizado um esclarecimento relativamente aos objectivos do nosso estudo, estes seis enfermeiros, acederam prontamente ao pedido de colaboração. Desta forma consideramos que a aplicação do pré – teste permitiu:

- Validar a pertinência das questões do instrumento de colheita de dados;
- Avaliar se os termos utilizados são facilmente compreensíveis e desprovidos de equívocos;
- Prever a duração aproximada da aplicação do formulário
- Detectar problemas na formulação das questões e na sua sequência, determinando a reestruturação do questionário se necessário.

No final da aplicação do formulário (do pré – teste), questionámos os participantes no sentido de se pronunciarem sobre as questões colocadas, explicando-lhes o que pretendíamos saber: se estas haviam sido claras, se lhe suscitaram dúvidas, se tinham dificuldades em responder ou ainda se tinham alguma sugestão a fazer. Ao qual a resposta foi positiva.

2.7. Considerações éticas

As questões éticas devem estar presentes como princípios orientadores dos investigadores em qualquer trabalho de investigação, uma vez que os participantes são fontes essenciais de informação, devendo ser salvaguardados os seus direitos enquanto pessoas e mantido o respeito pelo anonimato. “O participante, num estudo, tem o direito de conservar o anonimato e de receber a segurança que os dados colhidos se manterão confidenciais. O direito ao anonimato é respeitado se a identidade do participante não

puder ser descoberta por nenhum meio, mesmo pelo investigador” (Fortin, 2009, p. 189).

Segundo Fortin (2009), quando a investigação é aplicada a seres humanos, pode causar danos aos direitos e liberdade das pessoas. Desta forma, e segundo a mesma autora, é essencial que se tomem todas as medidas necessárias para se proteger os direitos e liberdade das pessoas que participam nas investigações.

Segundo a National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research (1982), citado por Fortin, (2009, p. 184), existem “três princípios éticos no que toca à condução da investigação junto de sujeitos humanos: o respeito pela autonomia, a beneficência e a justiça”.

Quanto ao princípio do respeito pela autonomia, aborda essencialmente duas questões que se prendem com o direito à auto-determinação e direito à revelação completa. Este princípio aborda o papel da população alvo no estudo, em que ela tem o direito de querer ou não participar no estudo, e tem o direito de ter a informação adequada relativamente ao tipo de estudo em que estará inserida.

Relativamente à beneficência, o princípio básico de actuação é: “Acima de tudo, não causar dano”.

Por fim, o princípio da justiça refere-se ao tratamento que os diferentes elementos que compõem a amostra devem ter, isto é, um tratamento justo e imparcial, durante todas as fases da elaboração do estudo.

Procedemos, inicialmente a um pedido de autorização ao Hospital São José (apêndice I), para a entrega dos questionários.

A cada enfermeiro participante entregámos e assinado mutuamente (investigador/participante) uma carta explicativa, um consentimento esclarecido e pedido de autorização, no qual se encontram descritos os objectivos do trabalho. Cada participante foi informado que podia desistir do estudo a qualquer momento, atendendo à sua autonomia e liberdade.

3. Análise e Tratamento dos Resultados

Numa análise de dados “recorre-se a técnicas estatísticas para descrever a amostra, assim como as diferentes variáveis”. (Fortin, 2009, p57)

Os dados serão processados através do programa estatístico SPSS v.19 (Statistical Package for Social Sciences) e o Excel e será utilizada a estatística descritiva para elaborar a análise dos dados quantitativos. “ Na estatística descritiva, os dados numéricos são apresentados sob a forma de quadros e de gráficos...” (Fortin, 2009, p. 411)

Os resultados provêm dos factos observados no decurso da colheita de dados. Os resultados obtidos, por si só, não correspondem às repostas da investigação. Segundo Polit & Hungler (1995), para que as questões de investigação sejam respondidas de forma significativa, os dados necessitam de ser processados e analisados de uma forma ordenada e coerente, para que possam ser discernidas as relações entre variáveis. Neste capítulo, os resultados serão apresentados sob a forma de tabelas, gráficos e quadros.

Para Fortin (2009), “É conveniente apresentar da análise dos dados em quadros e figuras, porque dão uma informação clara e concisa” (p. 495)

Na análise quantitativa, “os dados quantitativos (numéricos) são analisados através de procedimentos estatísticos” (Polit & Hungler, 1995, p. 36). As análises estatísticas abrangem uma ampla gama de técnicas, incluindo procedimentos simples, assim como outros mais complexos. Ainda, na opinião destas autoras, os procedimentos estatísticos permitem ao investigador reduzir, resumir, avaliar, organizar, interpretar e comunicar os resultados da informação numérica. Assim, será utilizada a estatística descritiva para descrever e sintetizar os dados. Médias, percentagens e distribuições de frequência são exemplos de estatística descritiva.

A análise descritiva dos dados “...tem por finalidade dar um resumo do conjunto das características dos participantes e examinar a distribuição dos valores das principais variáveis determinados com o auxílio de testes estatísticos” (Fortin, 2009, p. 474).

Ordem de apresentação dos resultados:

1) A apresentação deve estabelecer claramente as características da amostra. 2) A lógica da análise dos dados deve demonstrar que as técnicas estatísticas escolhidas são apropriadas ao quadro conceptual ou teórico, ao tipo de estudo e ao tipo de medida; 3) A apresentação dos resultados deverá ser organizada de forma a que a questão de investigação esteja ligada aos testes estatísticos utilizados; 4) São apresentados quadros e figuras como apoio ao texto narrativo. Eles devem ter um título precisando a informação apresentada. 5) A complexidade das análises de relações deverá ser claramente explicitada, de forma a reforçar a compreensão e permitir replicar o estudo. Os resultados serão apresentados sob a forma de tabelas, gráficos e quadros.

3.1. Caracterização da Amostra

A amostra utilizada para o estudo é constituída por 40 enfermeiros que exercem funções no Hospital de São José nos Serviços de Cirurgia Geral, Medicina 1.2 e Neurocirurgia. De seguida serão apresentadas as suas características, segundo a análise descritiva.

3.1.1. Distribuição da população de acordo com o género

A amostra em estudo engloba enfermeiros de ambos os sexos. Podemos verificar através do quadro 1, que esta é constituída por 85% do sexo feminino e 15% do sexo masculino, como podemos verificar na tabela 1 e no gráfico 1.

Tabela 1 – Distribuição dos Sujeitos segundo o Género

	Nº de casos	%
Masculino	6	15,0
Feminino	34	85,0
Total	40	100,0

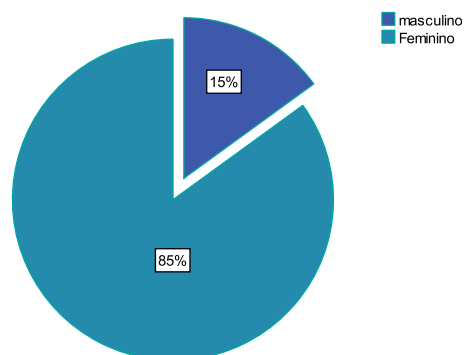


Gráfico 1- Distribuição dos Sujeitos de acordo com o Género

3.1.2. Distribuição dos sujeitos segundo a idade

Relativamente à idade dos sujeitos podemos afirmar que esta tem uma amplitude de 31 anos, uma idade mínima de 24 e uma idade máxima de 55 anos, sendo que tem quatro *outliers* de 45, 47, 49 e 55 anos.

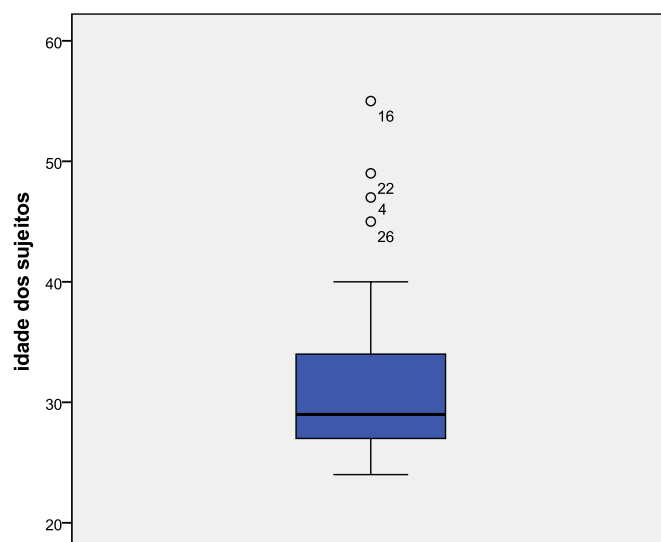


Gráfico 2- Distribuição dos sujeitos segundo a idade

3.1.3. Distribuição dos sujeitos pela antiguidade profissional

Analisando o quadro 3 alusivo à Antiguidade Profissional, podemos observar que 2,5% têm menos de 2 anos de antiguidade profissional, 40% têm 2 a 5 anos de antiguidade profissional, 30% têm 6 a 9 anos de antiguidade profissional, 12,5% têm 10 a 15 anos de antiguidade profissional, 5% têm 16 a 19 anos de antiguidade profissional e 10% têm 20 ou mais anos de antiguidade profissional.

Tabela 3 – Distribuição dos Sujeitos segundo a Antiguidade Profissional

	Nº de casos	%
Menos de 2 anos	1	2,5
2 a 5 anos	16	40,0
6 a 9 anos	12	30,0
10 a 15 anos	5	12,5
16 a 19 anos	2	5,0
Igual ou superior a 20 anos	4	10,0
Total	40	100,0

Sendo que a maior concentração de sujeitos está entre os dois e os nove anos de antiguidade profissional (70%).

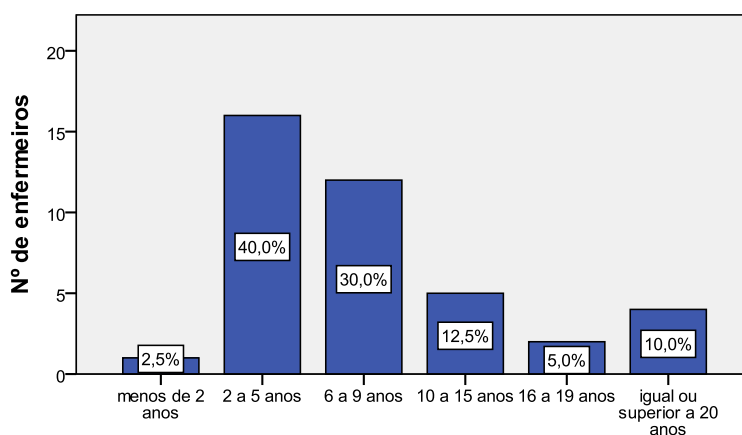


Gráfico 3- Distribuição dos Sujeitos de acordo com a Antiguidade Profissional

3.1.4. Distribuição dos sujeitos pelos Serviços

Analisando o quadro 4 alusivo à Antiguidade Profissional, podemos observar que 25% dos enfermeiros trabalham no Serviço de Neurocirurgia, 27,5% trabalham no Serviço de Cirurgia Geral e 47,5% trabalham na Medicina^{1.2}.

Tabela 4 – Distribuição dos Sujeitos pelos Serviços onde trabalham

	Nº de casos	%
Neurocirurgia	10	25,0
Cirurgia geral	11	27,5
Medicina 1.2	19	47,5
Total	40	100,0

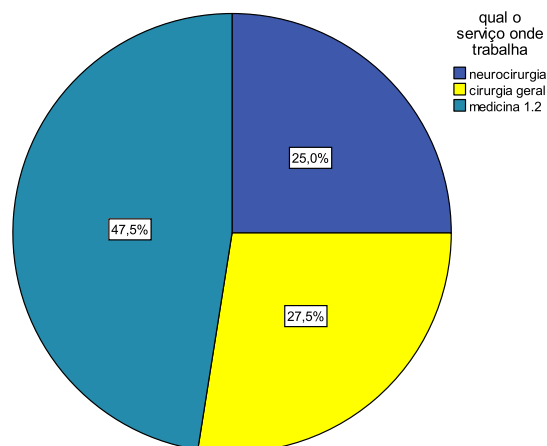


Gráfico 4- Distribuição dos Sujeitos pelos Serviços onde trabalham

3.1.5. Experiência profissional dos sujeitos nos Serviços actuais

Analisando o quadro 5, que nos mostra os dados sobre a experiência profissional dos sujeitos no seu serviço actual, podemos afirmar que 55% dos sujeitos trabalha à cerca de dois a cinco anos no serviço actual, 35% tem uma experiência profissional no actual Serviço de seis a nove anos, 5% trabalha à menos de dois anos no mesmo Serviço, 2,5% dos indivíduos tem uma experiência profissional no mesmo Serviço entre os 10 a 15 anos e outros 2,5% tem uma experiência profissional superior a 20 anos.

Tabela 5 – Distribuição dos sujeitos pela experiência profissional nos Serviços actuais

	Nº de casos	%
menos de 2 anos	2	5,0
2 a 5 anos	22	55,0
6 a 9 anos	14	35,0
10 a 15 anos	1	2,5
igual ou superior a 20 anos	1	2,5
Total	40	100,0

Verifica-se que relativamente à experiência profissional no mesmo serviço a maior concentração de enfermeiros encontra-se entre os dois e os nove anos (90%).

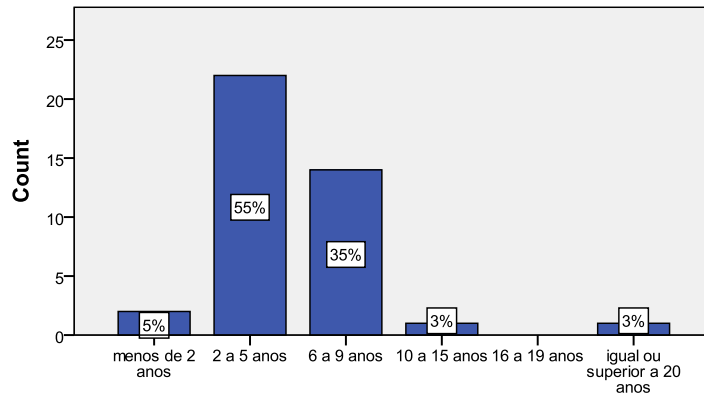


Gráfico 5- Distribuição dos sujeitos pela experiência profissional nos Serviços actuais

3.1.6. Grau Académico dos sujeitos

Observando esta tabela podemos verificar que 92,5% dos sujeitos são licenciados e que 7,5% dos indivíduos têm mestrado.

Tabela 6 – Distribuição dos sujeitos pelo grau académico

	Nº de casos	%
licenciatura	37	92,5
mestrado	3	7,5
Total	40	100,0

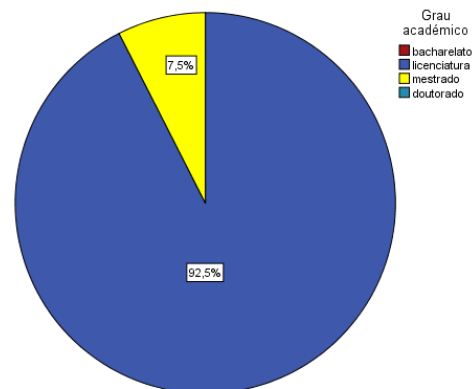


Gráfico 6- – Distribuição dos sujeitos pelo grau académico

3.1.7. Categoria profissional dos sujeitos

A nível da categoria profissional dos sujeitos podemos concluir que 77,5% dos indivíduos são enfermeiros, 15% dos sujeitos são enfermeiros graduados e 7,5% são enfermeiros especialistas,.

Tabela 7 – Distribuição dos sujeitos pela categoria profissional

Categoria profissional		
	Nº de casos	%
enfermeiro	31	77,5
enfermeiro graduado	6	15,0
enfermeiro especialista	3	7,5
Total	40	100,0

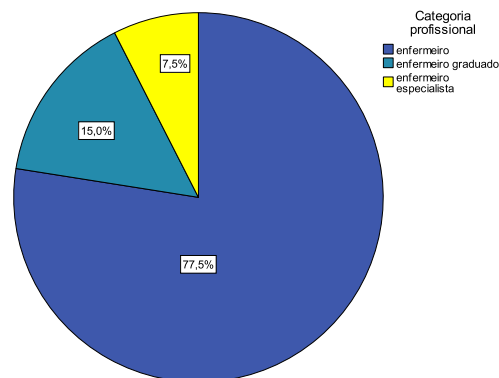


Gráfico 7- Distribuição dos sujeitos pela categoria profissional

3.1.8. Número de doentes por turno

Nesta questão, 24 indivíduos que nos responderam quantos doentes tinham em média nas 24h, quatro que não responderam e 12 respostas que especificavam o número de doentes por turno.

Observando os dados que obtivemos podemos afirmar que dos 24 indivíduos 35% tem em média quatro a cinco doentes por turno, 17,5% tem sete a nove doentes por turno, 5% tem 10 ou mais doentes por turno e 2,5% tem menos de 4 doentes por turno.

Tabela 8 – Distribuição dos sujeitos por número de doentes por turno

	menos de 4 doentes		4 a 6 doentes		7 a 9 doentes		igual ou superior a 10 doentes	
	Nº casos	%	Nº casos	%	Nº casos	%	Nº casos	%
Quantos doentes lhe são atribuídos por turno	1	2,5%	14	35%	7	17,5%	2	5%
Número de doentes por turno Manhã	0	0%	11	91,7%	1	8,3%	0	0
Número de doentes por turno Tarde	0	0%	0	0%	5	41,7%	0	0
Número de doentes por turno Noite	0	0%	0	0%	0	0%	6	50%
Número de doentes por turno Tarde/Noite	0	0%	0	0%	0	0%	6	50%

Analisando as respostas dos outros 12 sujeitos é possível afirmar que 91,7%% tem quatro a cinco doentes no turno da manhã e 8,3% tem sete a nove doentes no mesmo turno, já no turno da tarde um dos sujeitos não respondeu, 41,7% dos indivíduos responderam que têm sete a nove doentes e 50% tem 10 ou mais doentes, no turno da noite 100% dos indivíduos tem 10 ou mais doentes.

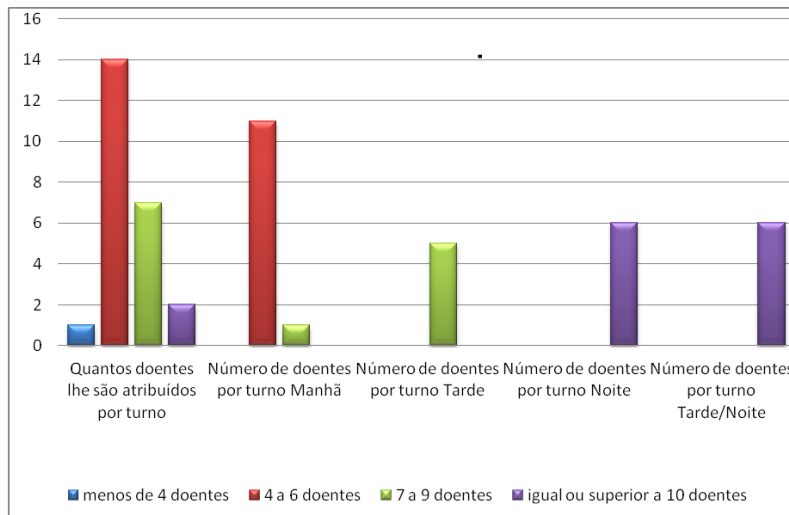


Gráfico 8- Distribuição dos sujeitos por número de doentes por turno

3.1.9. Número de horas de cuidados necessários por doente

Analisando o número de horas de cuidados necessários (HCN) por doente podemos afirmar que 62,5% dos sujeitos necessitam em média de 4,55 a 7,5 horas de cuidados por doente, já 30% dos indivíduos afirma necessitar de 8 a 11 horas em média e 7,5% precisa de 11,5 a 14,5 horas.

Tabela 9 – Distribuição dos sujeitos por número de horas de cuidados necessários por doente

	Nº de casos	%
1 a 4 horas	0	0
4,55 a 7,5 horas	25	62,5
8 a 11 horas	12	30,0
11,5 a 14,5 horas	3	7,5
Total	40	100,0

Aqui verifica-se que a maior parte dos enfermeiros (62,5%) tem um HCN de 4,55 a 7,5 horas para cada cliente.

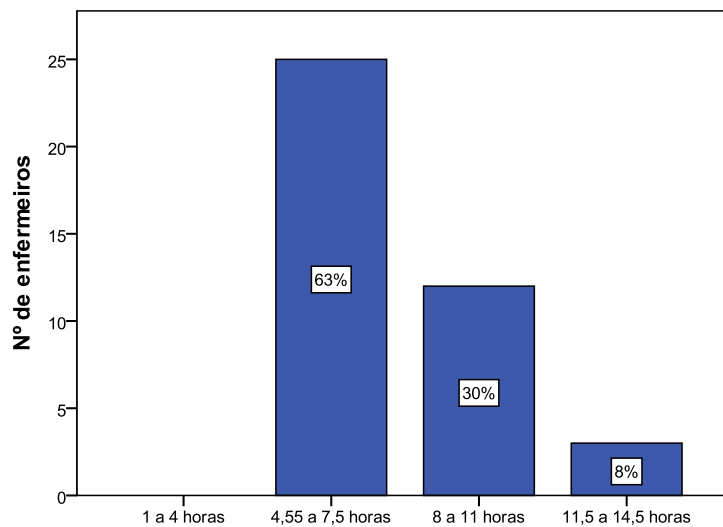


Gráfico 9- Distribuição dos sujeitos por número de horas de cuidados necessários por doente

3.1.10. Formação sobre úlceras por pressão

Segundo os dados obtidos podemos verificar que 62,5% dos sujeitos fez formação sobre úlceras por pressão e que 37,5% não o fez.

Tabela 10 – Distribuição dos sujeitos pela formação sobre úlceras por pressão

	Nº de casos	%
Sim	25	62,5
Não	15	37,5
Total	40	100,0

Verificamos que a percentagem de enfermeiros com formação sobre UPP é mais de metade da amostra (62,5%)

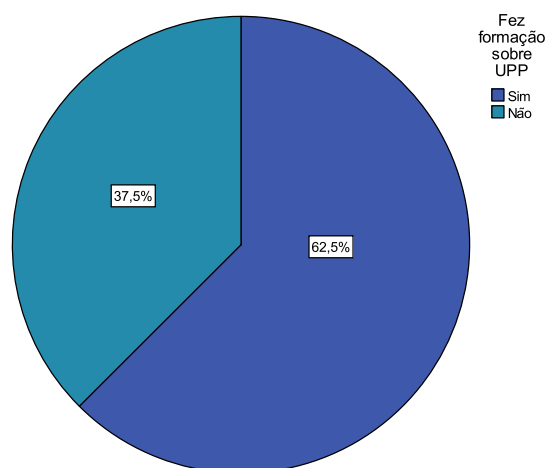


Gráfico 10- Distribuição dos sujeitos pela formação sobre úlceras por pressão

3.1.11. Onde realizou a formação sobre úlceras por pressão

Segundo os dados abaixo apresentados verificamos que dos 62,5% dos indivíduos que realizaram formação sobre úlceras por pressão 20% realizou a mesma na instituição/serviço, 72% realizou fora da instituição e 8% fez a formação na instituição/serviço e fora da instituição.

Tabela 11 – Distribuição dos sujeitos por onde realizou a formação sobre úlceras por pressão

	Nº casos	%
Na instituição/serviço	5	20,0
Fora da instituição	18	72,0
Ambas	2	8,0
Total	25	100,0

Analisando os dados podemos verificar que houve um investimento da maioria dos enfermeiros (72%) que fizeram formação sobre UPP fora da instituição.

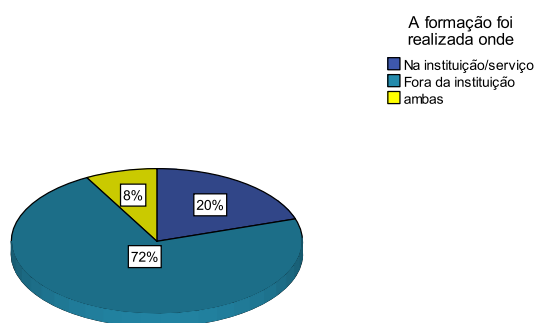


Gráfico 11- Distribuição dos sujeitos por onde realizou a formação sobre úlceras por pressão

3.1.12. Formação sobre Escala de Braden

Analisando os dados relativamente à formação sobre a Escala de Braden podemos verificar que 57,5% dos sujeitos fez formação sobre úlceras por pressão e que 42,5% não o fez.

Tabela 12 – Distribuição dos sujeitos pela formação sobre Escala de Braden

	Nº de casos	%
Sim	23	57,5
Não	17	42,5
Total	40	100,0

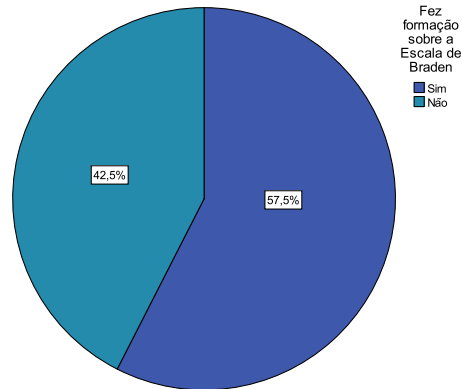


Gráfico 12- Distribuição dos sujeitos pela formação sobre Escala de Braden

3.1.13. Onde realizou a formação sobre a Escala de Braden

Segundo os dados abaixo apresentados verificamos que dos 57,5% dos indivíduos que realizaram formação sobre a Escala de Braden 52,2% realizou a mesma na instituição/serviço, 39,1% realizou fora da instituição e 8,7% fez a formação na instituição/serviço e fora da instituição.

Tabela 13 – Distribuição dos sujeitos por onde realizou a formação sobre Escala de Braden

	Nº de casos	%
Na instituição/serviço	12	52,2
Fora da instituição	9	39,1
Ambas	2	8,7
Total	23	100,0

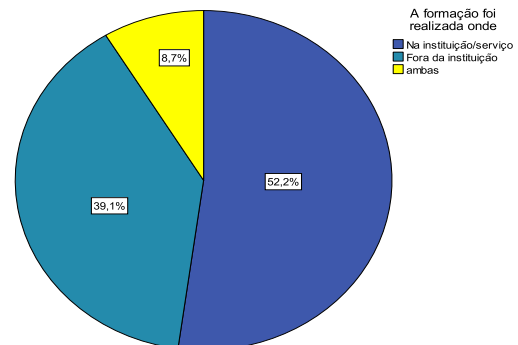


Gráfico 13- Distribuição dos sujeitos por onde realizou a formação sobre Escala de Braden

3.1.14. Participação na implementação da Escala de Braden no Serviço

Observando o quadro que se segue podemos afirmar que 27,5% dos indivíduos participou na implementação da Escala de Braden e 72,5 não participaram.

Tabela 14 – Distribuição dos sujeitos pela participação na implementação da Escala de Braden no Serviço

	Nº de casos	%
sim	11	27,5
não	29	72,5
Total	40	100,0

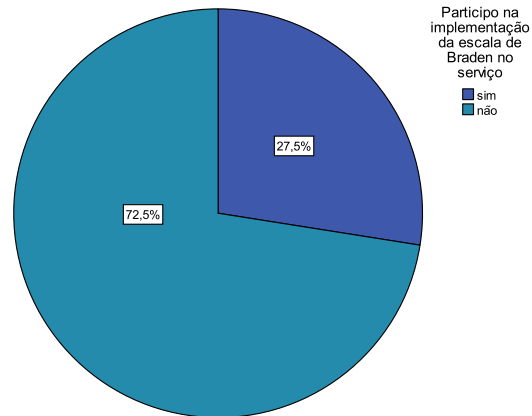


Gráfico 14- Distribuição dos sujeitos pela participação na implementação da Escala de Braden no Serviço

3.1.15. Avaliação do risco para úlceras por pressão na admissão do doente

Analisando o quadro 15, sobre a avaliação do risco para úlceras por pressão na admissão do doente podemos afirmar que 92,5% dos indivíduos avaliam sempre, 5% dos sujeitos avaliam às vezes. Nesta questão houve um sujeito que não respondeu.

Tabela 15 – Distribuição dos sujeitos pela avaliação do risco para úlceras por pressão na admissão do doente

	Nº de casos	%
Sempre	37	92,5
Às vezes	2	5,0
Nunca	0	0
Total	39	97,5

Na questão seguinte foi pedido aos indivíduos que responderam às vezes ou nunca para dizerem o porquê. Sendo que apenas uma das pessoas respondeu dizendo que “*Por falta de tempo, mas é feito nas primeiras 24h*”

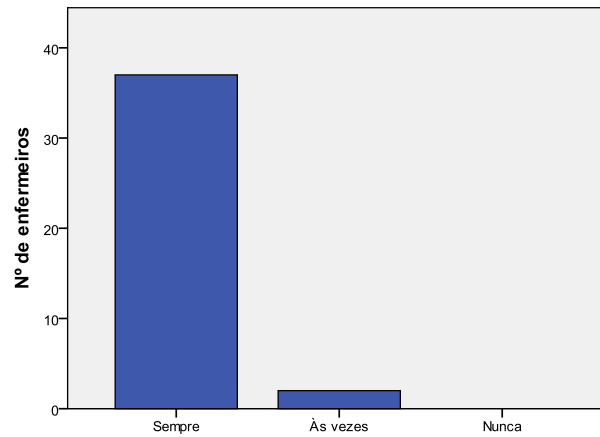


Gráfico 15- Distribuição dos sujeitos pela avaliação do risco para úlceras por pressão na admissão do doente

3.1.16. Reavaliação do risco

Segundo os dados abaixo apresentados, podemos afirmar que 22,5% da amostra faz a reavaliação a cada 48 horas, 7,5% faz a reavaliação uma vez por semana, 90% realiza a reavaliação de acordo com o score obtido na avaliação inicial e 55 % da amostra reavalia o risco de UPP sempre que haja alguma alteração.

Tabela 16 – Distribuição dos sujeitos pela reavaliação do risco

	Sim		Não	
	Nº de Casos	%	Nº de Casos	%
A cada 48 horas	9	22,5%	31	77,5%
1 vez por semana	3	7,5%	37	92,5%
De acordo com score obtido na avaliação inicial	36	90%	4	10,0%
Sempre que haja alguma alteração	22	55%	18	45,0%

Também podemos verificar que 45% dos enfermeiros não faz a reavaliação sempre que há alguma alteração.

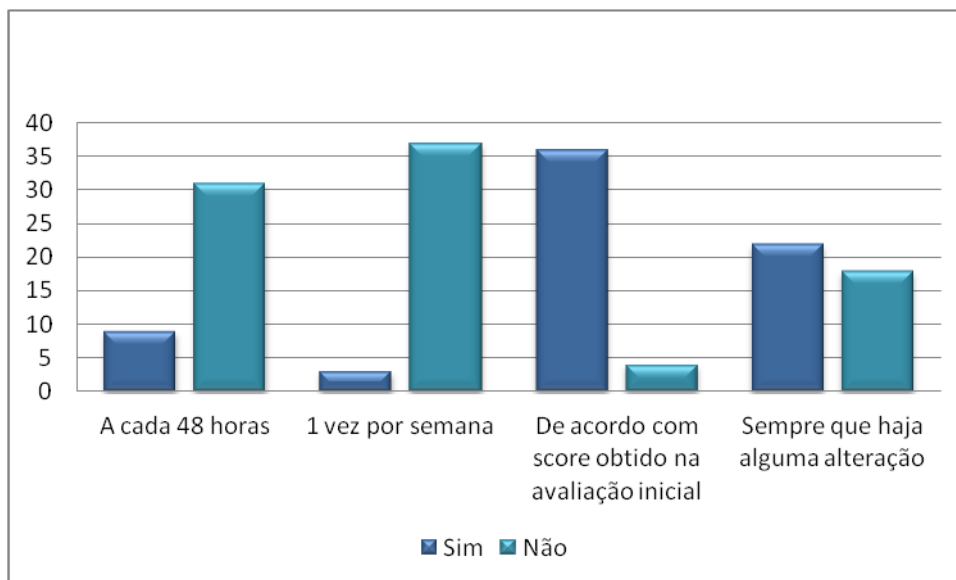


Gráfico 16- Distribuição dos sujeitos pela reavaliação do risco

3.1.17. Alteração do plano de cuidados de acordo com o resultado da reavaliação

Analisando a tabela 17, sobre a questão do plano de cuidados se é alterado de acordo com o resultado de reavaliação, observamos que 52,5% respondeu sempre, 40% respondeu às vezes e 7,5% respondeu nunca.

Tabela 17 – Distribuição dos sujeitos pela alteração do plano de cuidados de acordo com o resultado da reavaliação

	Nº de casos	%
sempre	21	52,5
às vezes	16	40,0
nunca	3	7,5
Total	40	100,0

Da análise e reflexão dos dados obtidos em cada resposta aberta do questionário (questões nº17.1), submergiu uma Categoria.

Mediante o contexto das 16 Unidades de Registo, foram identificadas 8 Unidades de Contexto.

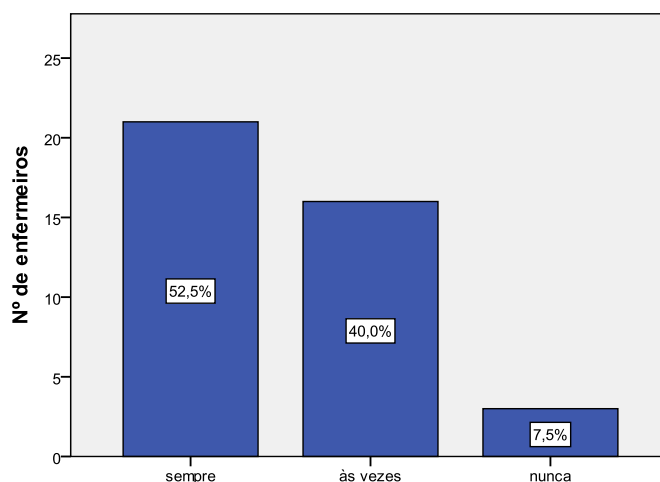


Gráfico 17- Distribuição dos sujeitos pela alteração do plano de cuidados de acordo com o resultado da reavaliação

De forma a especificar e aprofundar melhor o fenómeno, será analisada cada Categoria em pormenor, ou seja, serão dissecadas as Unidades de Contexto de cada conjunto de Unidades de Registo, constituintes de cada Categoria. Podem ser consultadas no Apêndice V

Foi encontrada 1 Categoria, sendo ela Alteração do Plano de Cuidados, com o total de 8 Unidades de Contexto e 16 Unidades de Registo.

As 8 Unidades de Contexto são: Sobrecarga horária; Disponibilidade; Processo de enfermagem desatualizado; Dificuldade no preenchimento; Falta de necessidade; Desmotivação; Organização do serviço; Esquecimento.

A unidade de contexto *Sobrecarga horária* foi referenciada com as unidades de registo: “Sobrecarga horária”; “Falta de tempo”; “Pela limitação de horas”; “Limitação de horas da prestação de cuidados”. Cada uma com 1 unidade de enumeração, respectivamente, obtendo um sub-total de 4.

A unidade de contexto *Disponibilidade* foi referenciada com as unidades de registo: “Falta de disponibilidade”; “Nem sempre há disponibilidade”; “Tempo disponível”; “Score diferente do anterior e não se alterou o plano”. Cada uma com 1, 2, 1 e 1 unidades de enumeração, respectivamente, obtendo um sub-total de 5.

A unidade de contexto *Processo de Enfermagem Desatualizado* foi referenciada com as unidades de registo: “Plano de cuidados obsoleto”; “O plano de cuidados do serviço não está de acordo com a escala de Braden”. Cada uma com 1 unidade de enumeração, respectivamente, obtendo um sub-total de 2.

A unidade de contexto *Dificuldade no Preenchimento* foi referenciada com uma unidade de registo: “Não é de fácil preenchimento”. Com uma 1 unidade de enumeração, respectivamente, obtendo um sub-total de 1.

A unidade de contexto *Falta de necessidade* foi referenciada com uma unidade de registo: “Pode não haver necessidade”. Com uma 1 unidade de enumeração, respectivamente, obtendo um sub-total de 1.

A unidade de contexto *Desmotivação* foi referenciada com uma unidade de registo: “Por falta de motivação e tempo”. Com uma 1 unidade de enumeração, respectivamente, obtendo um sub-total de 1.

A unidade de contexto *Organização do serviço* foi referenciada com as unidades de registo: “Devido ao rácio enfermeiro/doente”; “A dinâmica/carga horária (HCN) não o permite”. Cada uma com 1 unidade de enumeração, respectivamente, obtendo um sub-total de 2.

A unidade de contexto *Esquecimento* foi referenciada com uma unidade de registo: “Por vezes há esquecimento de actualizar o plano”. Com uma 1 unidade de enumeração, respectivamente, obtendo um sub-total de 1.

3.1.18. Grau de motivação para a utilização de escala de Braden

Analisando o quadro 18, podemos afirmar que 60% dos sujeitos tem uma motivação razoável para a utilização da escala de Braden, 27,5% respondeu ter bom grau de motivação, 10% está muito motivado para a utilização da escala de Braden e 2,5% tem um grau de motivação mau.

Tabela 18 – Distribuição dos sujeitos pelo grau de motivação para a utilização de escala de Braden

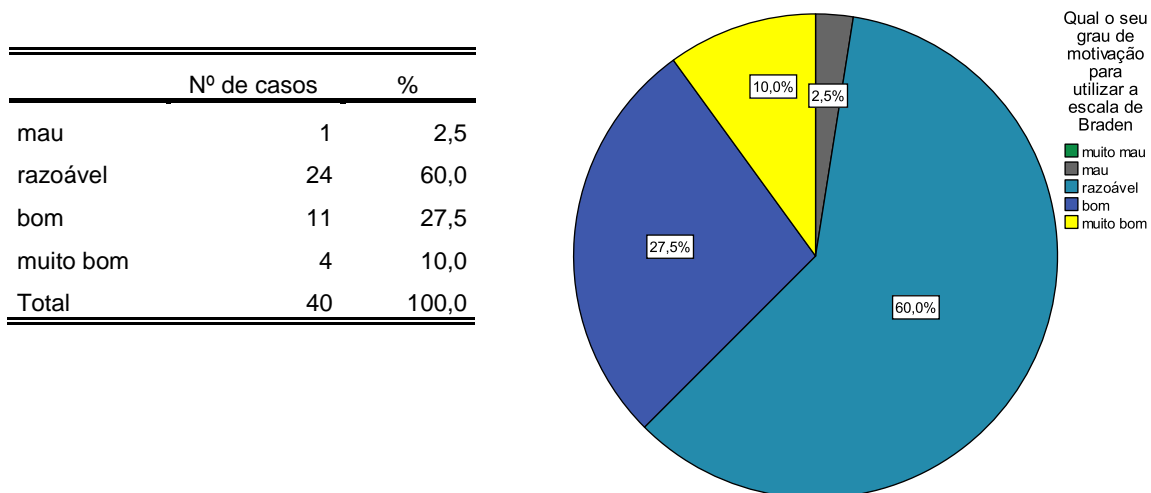


Gráfico 18- Distribuição dos sujeitos pelo grau de motivação para a utilização de escala de Braden

3.1.19. Avaliação da Percepção Sensorial

Analisando o quadro 19 observamos que 62,5% dos sujeitos tem pouca dificuldade, 35% não tem nenhuma dificuldade e 2,5% tem dificuldade.

Tabela 19 – Distribuição dos sujeitos relativamente à avaliação da percepção sensorial

	Nº de casos	%
Nenhuma dificuldade	14	35,0
Pouca dificuldade	25	62,5
Dificuldade	1	2,5
Muita dificuldade	0	0
Total	40	100,0

Na questão seguinte foi pedido aos sujeitos que responderam dificuldade ou muita dificuldade, para dizerem o porquê. Sendo que apenas uma das pessoas respondeu que tinha dificuldade, disse que: “Principalmente quando a alteração de estado de consciência e ao longo do dia.”

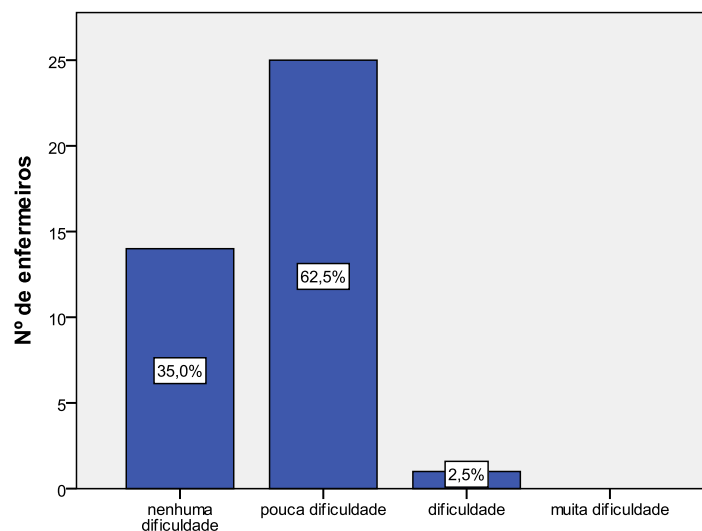


Gráfico 19- Distribuição dos sujeitos relativamente à avaliação da percepção sensorial

3.1.20. Avaliação da Humidade

Analisando o quadro 20 observamos que 55% dos sujeitos tem pouca dificuldade, 42,5% não tem nenhuma dificuldade e 2,5% tem dificuldade.

Tabela 20 – Distribuição dos sujeitos relativamente à avaliação da humidade

	Nº de casos	%
Nenhuma dificuldade	17	42,5
Pouca dificuldade	22	55,0
Dificuldade	1	2,5
Muita dificuldade	0	0
Total	40	100,0

Na questão seguinte foi pedido aos sujeitos que responderam dificuldade ou muita dificuldade, para dizerem o porquê. Sendo que apenas uma das pessoas respondeu que tinha dificuldade, disse que: “Porque há alturas em que sua humidade é maior e outras é menor.”

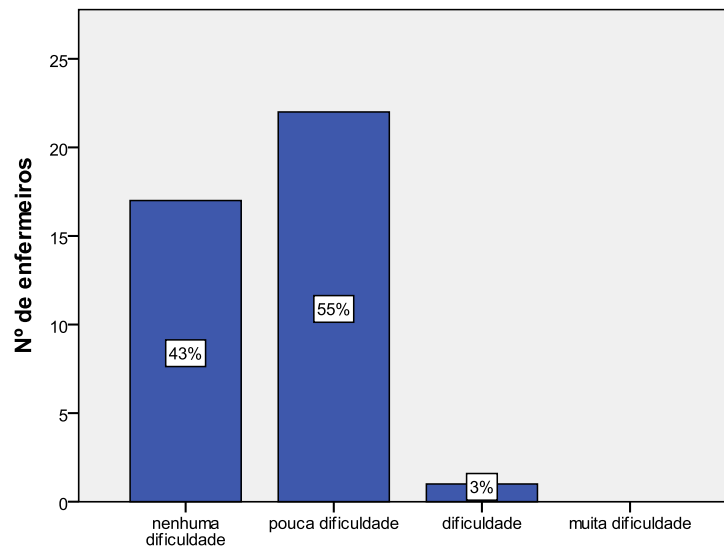


Gráfico 20- Distribuição dos sujeitos relativamente à avaliação da percepção sensorial

3.1.21. Avaliação da Actividade

Analisando o quadro 21 observamos que 50% dos sujeitos tem pouca dificuldade, 47,5% não tem nenhuma dificuldade e 2,5% tem dificuldade.

Tabela 21 – Distribuição dos sujeitos relativamente à avaliação da actividade

	Nº de casos	%
Nenhuma dificuldade	19	47,5
Pouca dificuldade	20	50,0
Dificuldade	1	2,5
Muita dificuldade	0	0
Total	40	100,0

Na questão seguinte foi pedido aos sujeitos que responderam dificuldade ou muita dificuldade, para dizerem o porquê. Sendo que apenas uma das pessoas respondeu que tinha dificuldade, disse que:

- “No momento da admissão do doente muitas vezes é difícil fazer a avaliação da mobilidade/actividade.”

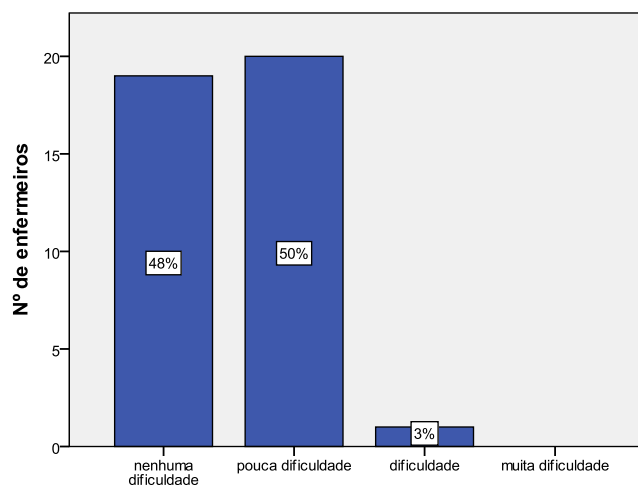


Gráfico 21- Distribuição dos sujeitos relativamente à avaliação da actividade

3.1.22. Avaliação da Mobilidade

Analisando o quadro 22 observamos que 52,5% dos sujeitos tem pouca dificuldade e 47,5% não tem nenhuma dificuldade.

Tabela 22 – Distribuição dos sujeitos relativamente à avaliação da mobilidade

	Nº de casos	%
Nenhuma dificuldade	19	47,5
Pouca dificuldade	21	52,5
Dificuldade	0	0
Muita dificuldade	0	0
Total	40	100,0

Relativamente à mobilidade verificamos que não há nem dificuldade nem muita dificuldade, por parte dos enfermeiros.

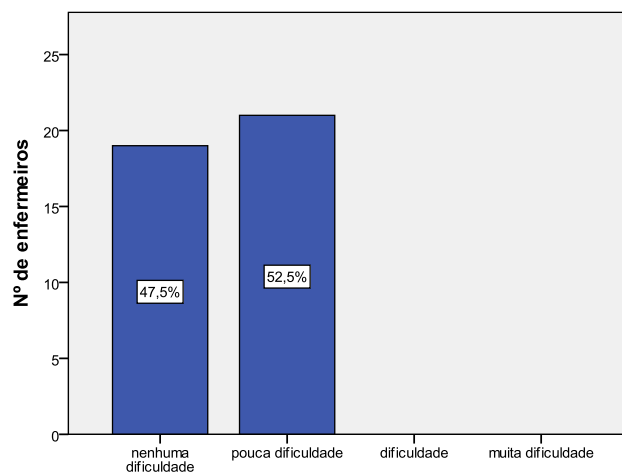


Gráfico 22- Distribuição dos sujeitos relativamente à avaliação da Mobilidade

3.1.23. Avaliação da Nutrição

Analisando o quadro 23 observamos que 50% dos sujeitos tem pouca dificuldade, 45% não tem nenhuma dificuldade e 5% tem dificuldade.

Tabela 23 – Distribuição dos sujeitos relativamente à avaliação da Nutrição

	Nº de casos	%
Nenhuma dificuldade	18	45,0
Pouca dificuldade	20	50,0
Dificuldade	2	5,0
Muita dificuldade	0	0
Total	40	100,0

Na questão seguinte foi pedido aos sujeitos que responderam dificuldade ou muita dificuldade, para dizerem o porquê. Sendo que apenas duas das pessoas responderam que tinham dificuldade, disseram que:

- “Dispersão da informação registada sobre a ingesta nutricional e da sua fiabilidade pela multiplicidade de pessoas envolvidas (auxiliares, enfermeiros, familiares e próprias pessoas).”
- “É difícil avaliar se a nutrição é ou não adequada na altura da admissão do doente, por falta de informação por parte dos familiares ou doente (muitas vezes confuso) quer por parte dos registos de outros colegas.”

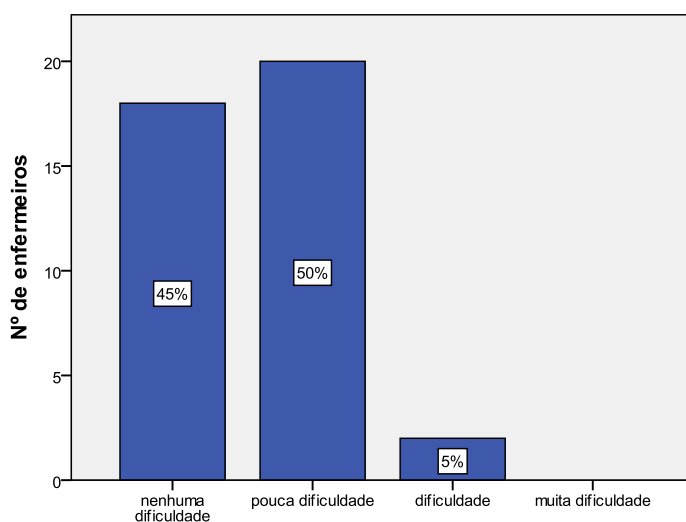


Gráfico 23- Distribuição dos sujeitos relativamente à avaliação da Nutrição

3.1.24. Avaliação da Fricção

Analisando o quadro 24 observamos que 52,5% dos sujeitos não tem nenhuma dificuldade e 47,5% tem pouca dificuldade.

Tabela 24 – Distribuição dos sujeitos relativamente à avaliação da fricção

	Nº de casos	%
Nenhuma dificuldade	21	52,5
Pouca dificuldade	19	47,5
Dificuldade	0	0
Muita dificuldade	0	0
Total	40	100,0

Relativamente à avaliação da fricção os enfermeiros referem não ter nem dificuldade nem muita dificuldade.

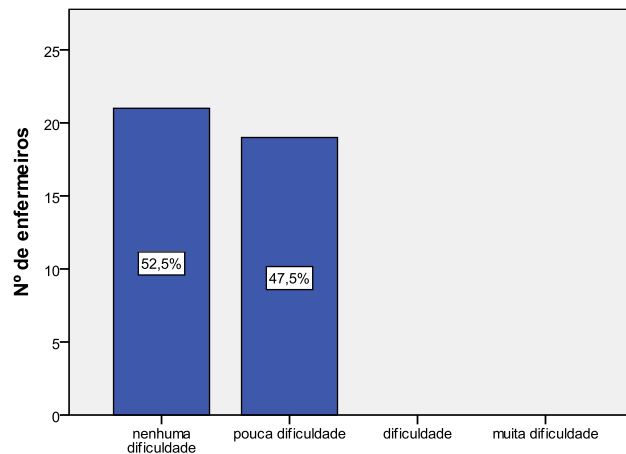


Gráfico 24- Distribuição dos sujeitos relativamente à avaliação da fricção

3.1.25. A escala de Braden como uma estratégia eficaz para a prevenção de UPP

Analisando o quadro 25 observamos que 67,5% dos sujeitos considera eficaz a escala de Braden, 17,5% considera ser muito eficaz, 12,5 considera pouco eficaz e 2,5% diz que a escala de Braden é nada eficaz.

Tabela 25 – Distribuição dos sujeitos relativamente à escala de Braden como uma estratégia eficaz para a prevenção de UPP

	Nº de casos	%
nada eficaz	1	2,5
pouco eficaz	5	12,5
eficaz	27	67,5
muito eficaz	7	17,5
Total	40	100,0

Da análise e reflexão dos dados obtidos em cada resposta aberta do questionário (questões nº26 e 27), submergiu uma Categoria com duas sub-categorias.

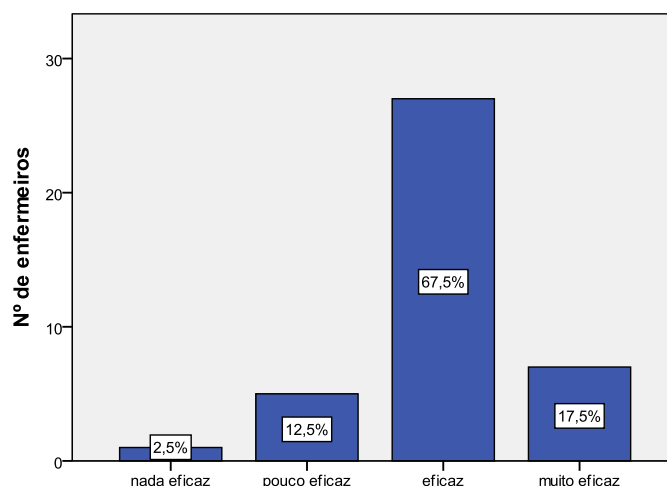


Gráfico 25- Distribuição dos sujeitos relativamente à escala de Braden como uma estratégia eficaz para a prevenção de UPP

Mediante o contexto das 34 Unidades de Registo, foram identificadas 11 Unidades de Contexto, os quais foram distribuídas por 1 Categoria e 2 sub-categoriassendo:

- Eficácia para prevenção de UPP
 - Eficaz/ Muito eficaz
 - Pouco eficaz/ Nada eficaz

De forma a especificar e aprofundar melhor o fenómeno, será analisada cada Categoria em pormenor, ou seja, serão dissecadas as Unidades de Contexto de cada conjunto de Unidades de Registo, constituintes de cada Categoria. Podem ser consultadas no Apêndice VI.

Foi encontrada uma categoria, sendo ela Eficácia para prevenção de UPP, 2 sub-categorias com o total de 11 Unidades de Contexto e 34 Unidades de registo.

Na **1ª sub-categoria Eficaz/ Muito eficaz** as seis Unidades de Contexto são: *Plano de cuidados; Avaliação de factores de risco; Prevenção; Percepção; Utilização de recursos e Cuidados individualizados.*

A unidade de contexto *Plano de cuidados* foi referenciada com as unidades de registo: “Alterações do plano de cuidados de acordo com os resultados obtidos”; “Permite realizar um plano de cuidados”; “Maior vigilância e implementação de cuidados”; “Permite a elaboração de um plano de cuidados mais adequado”; “Permite a elaboração de um plano de intervenção estruturado”. Cada uma com uma unidade de enumeração, respectivamente, obtendo um sub-total de 5.

A unidade de contexto *Avaliação de factores de risco* foi referenciada com as unidades de registo: “Avaliação de alguns (os principais) factores de risco de UPP”; “Permite orientar a avaliação para um conjunto de aspectos importantes”; “Desperta para as situações”; “Considera várias dimensões necessárias com o risco de desenvolvimento de UPP”; “Avaliação de alguns (os principais) factores de risco de UPP”. Cada um com uma unidade de enumeração, respectivamente, obtendo um sub-total de 5.

A unidade de contexto *Prevenção* foi referenciada com as unidades de registo: “Possibilitando implementar as medidas de prevenção segundo o risco avaliado”; “Desenvolve estratégias de prevenção”; “Faz parte de uma estratégia eficaz”; “Leva os enfermeiros a pensar nas estratégias adequadas para a prevenção de UPP”; “Permite-nos tomar as medidas necessárias para a prevenção”; “Podemos ficar mais alerta para a prevenção de UPP”; “Despertar para o fim pretendido”; “Medidas de prevenção mais eficazes”; “Introduzir medidas preventivas para diminuir o risco”; “O score obtido alerta-nos para a necessidade de uma mais frequente alternância de decúbitos”; “Permite implementar os cuidados de enfermagem adequados ao respectivo grau de risco

avaliado”. Cada um com uma unidade de enumeração, respectivamente, obtendo um sub-total de 11.

A unidade de contexto *Percepção* foi referenciada com as unidades de registo: “Deixa mais perceptível a actuação”; “Permite uma percepção mais real do nosso serviço”; “Permite ter a percepção em termos numéricos do grau de risco de UPP”. Cada uma com 1 unidade de enumeração, respectivamente, obtendo um sub-total de 3.

A unidade de contexto *Utilização de recursos* foi referenciada com as unidades de registo: “Utilização de dispositivos de diminuição da pressão”; “Alocação eficaz dos recursos/dispositivos para a prevenção de UPP”; “Colocação de colchão anti-escaras”. Cada uma com 1 unidade de enumeração, respectivamente, obtendo um sub-total de 3.

A unidade de contexto *Cuidados Individualizados* foi referenciada com a unidade de registo: “Recurso útil no planeamento dos cuidados de enfermagem individualizados”. Com 1 unidade de enumeração, obtendo um sub-total de 1.

Na **2ª sub-categoria Pouco eficaz/ Nada eficaz** as 3 Unidades de Contexto são: *Organização do serviço; Subjetiva e Plano de cuidados.*

A unidade de contexto *Organização do Serviço* foi referenciada com a unidade de registo: “Recurso útil no planeamento dos cuidados de enfermagem individualizados”. Com 1 unidade de enumeração, obtendo um sub-total de 1.

A unidade de contexto *Subjetiva* foi referenciada com a unidade de registo: “Nem sempre é muito objectiva”. Com 1 unidade de enumeração, obtendo um sub-total de 1.

A unidade de contexto *Plano de cuidados* foi referenciada com as unidades de registo: “Não é a escala de Braden que nos faz alterar o plano de cuidados”; “Não contribui para a prestação directa dos cuidados”; “Não é através de um resultado que se altera a prestação de cuidados aos doentes”; “Os cuidados parecem-me similares”. Cada uma com 1 unidade de enumeração, respectivamente, obtendo um sub-total de 4.

3.1.26. Distribuição dos enfermeiros por serviço de acordo com a antiguidade profissional

Relativamente à antiguidade profissional dos enfermeiros nos serviços podemos afirmar, segundo a tabela 26, que 17,5% dos enfermeiros com uma antiguidade profissional entre os dois e cinco anos está a trabalhar no serviço de neurocirurgia; neste mesmo serviço temos 2,5% dos enfermeiros com uma antiguidade entre os seis e os nove anos, 2,5% dos enfermeiros com 10 a 15 anos de antiguidade profissional e 2,5% com 20 ou mais anos de antiguidade profissional verificamos também que no total de enfermeiros com mais de 20 anos de profissional temos 25% dos enfermeiros.

No serviço de cirurgia os dados mostram-nos que trabalham neste serviço 15% dos enfermeiros com uma antiguidade profissional entre os seis e os nove anos, 7,5% tem 10 a 15 anos de antiguidade profissional, 2,5% tem 16 a 19 anos de profissão e 2,5% tem 20 ou mais anos de antiguidade profissional, a partir dos dados verificamos que este serviço tem uma maior concentração de enfermeiros com antiguidade profissional elevadas relativamente aos outros serviços.

No serviço de medicina 1.2 temos 2,5% dos enfermeiros com uma antiguidade profissional inferior a dois anos, 22,5% dos enfermeiros com uma antiguidade profissional entre os dois e os cinco anos, 12,5% dos enfermeiros com seis a nove anos de antiguidade profissional, 2,5% dos enfermeiros tem uma antiguidade profissional entre os 10 a 15 anos, 2,5% dos enfermeiros com antiguidade profissional entre os 16 e os 19 anos e 5% dos enfermeiros com 20 ou mais anos de antiguidade profissional, segundo os dados, é o serviço que tem maior variabilidade em termos de antiguidade profissional dos sujeitos.

antiguidade profissional		qual o serviço onde trabalha			Total
		neurocirurgia	cirurgia geral	medicina 1.2	
menos de 2 anos	Nº casos	0	0	1	1
	%	,0%	,0%	100,0%	100,0%
	% Total	,0%	,0%	2,5%	2,5%
2 a 5 anos	Nº casos	7	0	9	16
	%	43,8%	,0%	56,3%	100,0%
	% Total	17,5%	,0%	22,5%	40,0%
6 a 9 anos	Nº casos	1	6	5	12
	%	8,3%	50,0%	41,7%	100,0%
	% Total	2,5%	15,0%	12,5%	30,0%
10 a 15 anos	Nº casos	1	3	1	5
	%	20,0%	60,0%	20,0%	100,0%
	% Total	2,5%	7,5%	2,5%	12,5%
16 a 19 anos	Nº casos	0	1	1	2
	%	,0%	50,0%	50,0%	100,0%
	% Total	,0%	2,5%	2,5%	5,0%
igual ou superior a 20 anos	Nº casos	1	1	2	4
	%	25,0%	25,0%	50,0%	100,0%
	% Total	2,5%	2,5%	5,0%	10,0%
Total	Nº casos	10	11	19	40
	%	25,0%	27,5%	47,5%	100,0%
	% Total	25,0%	27,5%	47,5%	100,0%

Tabela 26 – Distribuição dos enfermeiros por serviço de acordo com a antiguidade profissional

3.1.27. Distribuição dos enfermeiros que realizaram formação sobre EB por antiguidade profissional

Relativamente à relação entre a antiguidade profissional e a formação sobre a escala de Braden verificamos que: 2,5% dos enfermeiros que não fizeram formação tem uma antiguidade profissional de menos de dois anos (100% dos enfermeiros com menos de dois anos de profissão), 15% dos enfermeiros que fizeram formação têm uma antiguidade profissional de dois a cinco anos (37,5% dos enfermeiros com 2 a 5 anos de profissão), 25% dos enfermeiros que não fizeram formação têm uma antiguidade profissional de dois a cinco anos (62,5% dos enfermeiros com 2 a 5 anos de profissão), 20% dos enfermeiros que fizeram formação sobre a escala de Braden têm seis a nove anos de antiguidade profissional (66,7% dos enfermeiros com 6 a 9 anos de profissão), 10% dos enfermeiros que não fizeram formação tem seis a nove anos de antiguidade profissional (33,3% dos enfermeiros com 6 a 9 anos de profissão), 7,5% dos enfermeiros que fizeram formação tem uma antiguidade profissional entre os 10 e os 15 anos (60% dos

enfermeiros com 10 a 15 anos de profissão), 5% dos enfermeiros que não fizeram formação tem uma antiguidade profissional entre os 10 e os 15 anos (40% dos enfermeiros com 10 a 15 anos de profissão), 5% dos enfermeiros que fez formação tem 16 a 19 anos de antiguidade profissional (100% dos enfermeiros com 16 a 19 anos de profissão) e 10% dos enfermeiros que fizeram formação sobre a escala de Braden têm uma antiguidade profissional igual superior aos 20 anos (100% dos enfermeiros com 20 ou mais anos de profissão).

Tabela 27 – Distribuição dos enfermeiros que realizaram formação sobre EB por antiguidade profissional

		Fez formação sobre a Escala de Braden			
		Sim	Não	Total	
antiguidade profissional	menos de 2 anos	Nº casos	0	1	1
		%	,0%	100,0%	100,0%
		% Total	,0%	2,5%	2,5%
	2 a 5 anos	Nº casos	6	10	16
		%	37,5%	62,5%	100,0%
		% Total	15,0%	25,0%	40,0%
	6 a 9 anos	Nº casos	8	4	12
		%	66,7%	33,3%	100,0%
		% Total	20,0%	10,0%	30,0%
	10 a 15 anos	Nº casos	3	2	5
		%	60,0%	40,0%	100,0%
		% Total	7,5%	5,0%	12,5%
	16 a 19 anos	Nº casos	2	0	2
		%	100,0%	,0%	100,0%
		% Total	5,0%	,0%	5,0%
	igual ou superior a 20 anos	Nº casos	4	0	4
		%	100,0%	,0%	100,0%
		% Total	10,0%	,0%	10,0%
Total		Nº casos	23	17	40
		%	57,5%	42,5%	100,0%
		% Total	57,5%	42,5%	100,0%

3.1.28. Distribuição dos enfermeiros que implementaram a EB por serviço

Segundo os dados apresentados na tabela 28 podemos afirmar que 30% dos enfermeiros do serviço de neurocirurgia, 18,2% ds enfermeiros do serviço de cirurgia e 31,6% dos enfermeiros do serviço de medicina 1.2 participaram na implementação escala de Braden no seu serviço.

No número total de enfermeiros verifica-se que 27,5% dos enfermeiros implementaram a escala de Braden no seu serviço.

Tabela 28 – Distribuição dos enfermeiros que implementaram a EB por serviço

qual o serviço onde trabalha		Participo na implementação da escala de Braden no serviço	Participo na implementação da escala de Braden no serviço		Total
			sim	não	
neurocirurgia	Nº casos		3	7	10
	%		30,0%	70,0%	100,0%
	% Total		7,5%	17,5%	25,0%
cirurgia geral	Nº casos		2	9	11
	%		18,2%	81,8%	100,0%
	% Total		5,0%	22,5%	27,5%
medicina 1.2	Nº casos		6	13	19
	%		31,6%	68,4%	100,0%
	% Total		15,0%	32,5%	47,5%
Total	Nº casos		11	29	40
	%		27,5%	72,5%	100,0%
	% Total		27,5%	72,5%	100,0%

3.1.29. Distribuição de número de doentes atribuídos a cada enfermeiro por HCN

No que diz respeito à distribuição de número de doentes atribuídos a cada enfermeiro por HCN temos que: 62,5% dos enfermeiros independentemente do número de clientes que lhe são atribuídos tem um HCN calculado para cada cliente de 4,55 a 7,5 horas, 25% dos enfermeiros tem um HCN calculado para cada cliente de 8 a 11 horas independentemente do número de clientes que lhe são atribuídos e 12,5% dos

enfermeiros tem um HCN calculado para cada cliente de 11,5 a 14,5 horas independentemente do número de clientes que lhe são atribuídos. Verificamos também que 58,3% dos enfermeiros tem a seu encargo entre quatro a seis doentes, 29,2% dos enfermeiros tem a seu encargo sete a nove clientes, 4,2% tem menos de quatro clientes e 8,3% dos enfermeiros tem 10 ou mais doentes a seu encargo. Observamos também que 33,3% dos enfermeiros que calculam um HCN por doente de 8 a 11 horas tem um número de clientes atribuído por turno de 10 ou mais.

Tabela 29 – Distribuição de número de doentes atribuídos a cada enfermeiro por HCN

		Quantos doentes lhe são atribuídos por turno				Total	
		menos de 4 doentes	4 a 6 doentes	7 a 9 doentes	igual ou superior a 10 doentes		
No seu serviço qual o número de horas necessário (HCN) que em média são calculados por doente	4,55 a 7,5 horas	Nº casos	1	8	6	0	15
		%	6,7%	53,3%	40,0%	,0%	100,0%
		% Total	4,2%	33,3%	25,0%	,0%	62,5%
	8 a 11 horas	Nº casos	0	3	1	2	6
		%	,0%	50,0%	16,7%	33,3%	100,0%
		% Total	,0%	12,5%	4,2%	8,3%	25,0%
	11,5 a 14,5 horas	Nº casos	0	3	0	0	3
		%	,0%	100,0%	,0%	,0%	100,0%
		% Total	,0%	12,5%	,0%	,0%	12,5%
Total	Nº casos	1	14	7	2	24	
	%	4,2%	58,3%	29,2%	8,3%	100,0%	
	% Total	4,2%	58,3%	29,2%	8,3%	100,0%	

4. Discussão dos Resultados

Após a realização, tratamento, análise de dados e apresentação dos resultados, segue-se uma nova e não menos importante etapa, que consiste na interpretação dos mesmos com base nas questões de investigação, objectivos propostos e respectivo enquadramento teórico.

Discussão é uma “... *secção que trata da interpretação, o autor explica os principais resultados obtidos em relação com o problema...*” (Fortin, 2009, p. 521).

A discussão dos resultados é sobretudo baseada no estudo aprofundado dos dados obtidos, mediante pesquisa bibliográfica, com a principal finalidade de se atingir os objectivos propostos para a realização do estudo de investigação.

Sempre que for oportuno, e para manter o elo entre a fundamentação teórica e os resultados obtidos, tecer-se-ão os comentários considerados pertinentes, fruto também de uma reflexão pessoal.

A nossa amostra é representada por 85% de indivíduos do sexo feminino e 15% do sexo masculino, estes dados aproximam-se dos dados estatísticos da Ordem dos Enfermeiros (OE) que nos diz que 81,3% dos profissionais inscritos são do sexo feminino e 18,7% são do sexo masculino.

Relativamente à idade dos enfermeiros da nossa amostra a idade mínima é 24 anos e a idade máxima de 55 anos, e uma amplitude de 31 anos. A mediana, moda e média aparada encontram-se nos 29 anos. A maioria dos enfermeiros (52,5%) encontra-se entre os 26 e 30 anos, estes dados vão de encontro com os dados da OE que nos mostram que a maioria dos enfermeiros inscritos tem na maioria 26 a 30 anos. Em relação à antiguidade profissional apenas 2,5% dos enfermeiros tem menos de 2 anos de profissão, a maior percentagem encontra-se entre os 2 a 5 anos (40%) e com 20 ou mais anos (10%). Que nos indica que a amostra tem poucos anos de exercício na profissão. Quanto ao tempo de exercício profissional Pancorbo (2007), afirma que uma maior

experiência melhora a prática no entanto explica, também, que a partir dos 20 anos de experiência profissional é possível existir uma desactualização das práticas devido ao cansaço, à rotina e à menor capacitação cognitiva.

A nível da experiência profissional dos enfermeiros no serviço actual, 60% tem menos de 5 anos no mesmo serviço. Podemos observar que 92,5% dos enfermeiros são licenciados e 7,5% são mestres. A nível de categoria profissional 77,5% com a categoria de enfermeiro, 15% de enfermeiros graduados e 7,5% de enfermeiros especialista.

Relativamente ao número de doentes que são atribuídos por turno em média aos enfermeiros obtivemos algumas repostas que especificaram o número de doentes por cada turno. As resposta que obtivemos de acordo com as 24 horas indicam que 35% dos que apenas responderam a uma alternativa, são-lhe atribuídos 4 a 6 doentes por turno dos quais 57,1% tem um HCN de 4,55 a 7,5 horas calculadas por doente, estes números são superiores aos valores standard referidos por Cortés (1992). Verificamos que dos restantes enfermeiros 62,5% afirmam que o HCN calculado por doente no seu serviço é de 4,55 a 7,5 horas, reforçando assim os dados anteriores.

Nas questões relativas à formação observamos que 62,5% fizeram formação sobre UPP e destes enfermeiros 20% realizou a formação na instituição/serviço, 72% realizou fora da instituição e 8% fez a formação na instituição/serviço e fora da instituição. Já em relação à formação na escala de Braden verificamos que dos 57,5% dos indivíduos que realizaram formação sobre a Escala de Braden 52,2% realizou a mesma na instituição/serviço, 39,1% realizou fora da instituição e 8,7% fez a formação na instituição/serviço e fora da instituição, ainda se verifica uma grande percentagem de enfermeiro sem formação na escala de Braden (42,5%). Segundo Pancorbo (2006) através de estudos efectuados, os enfermeiros que frequentaram um programa de formação sobre prevenção de UPP aumentaram os seus níveis de conhecimento. Apesar dos extremos (com menos de dois anos de antiguidade profissional e com 20 ou mais anos de antiguidade profissional) em antiguidade profissional apresentarem menos conhecimentos, segundo Garcia; Pancorbo P.; Torra J.; Blasco C., (2004), verificamos que 100% dos enfermeiros com 20 ou mais anos de antiguidade profissional fizeram formação sobre a escala de Braden ao contrário dos enfermeiro com menos de 2 anos, em que 100% não fez formação. Relativamente sobre formação sobre UPP apenas 75%

dos enfermeiros realizou formação, nos enfermeiros com menos de 2 anos de profissão 100% não fez formação nesta área.

Em relação à participação da implementação da escala de Braden no serviço, verificamos que a maior percentagem (54,5%) dos enfermeiros participou na implementação da escala de Braden trabalham no serviço de Medicina 1.2.

Na avaliação do risco de UPP na admissão do cliente, verifica-se que uma grande percentagem de enfermeiro (92,5%) faz a avaliação. Apenas um dos enfermeiros que respondeu às vezes disse o porquê: “Por falta de tempo, mas é feito nas primeiras 24 horas”. Como os dados demonstram na admissão do cliente é feita a avaliação do risco para UPP, isto vai de acordo com o que diz Dealey (1996) em que as escalas de risco são úteis, trazendo benefícios na avaliação do cliente e que essa avaliação deve ser regular e não ocasional, como é o caso de sua aplicação unicamente na admissão do utente.

Na reavaliação do risco para UPP, 22,5% da amostra avalia a cada 48 horas; 7,5% 1 vez à semana; 90% de acordo com o score obtido na avaliação inicial; 55% sempre que haja alguma alteração. Segundo a EPUAP a reavaliação no cliente hospitalizado deve ser realizada dentro de 48 horas e sempre que haja uma alteração significativa na situação clínica do indivíduo. Com isto ressaltamos que a prática não está de acordo EPUAP, para além disso verificamos que estes dados estão de acordo com o autor Gunninberg (2001) menciona que os enfermeiros podem apresentar altos conhecimentos na área, mas não os utilizam na definição de prioridades, aplicação de estratégias e métodos de prevenção na prática.

No que diz respeito à alteração do plano de cuidados de acordo com o resultado da reavaliação os dados indicam-nos que 52,5% dos enfermeiros altera sempre os planos de cuidados; 40% apenas o realiza às vezes e 7,5% nunca altera o plano de cuidados. Estes dados transmitem-nos que existe ainda uma boa percentagem de enfermeiros que não coloca em prática os conhecimentos adquiridos em formação. Segundo Ardblaster (1998) o conhecimento adquirido pelos profissionais de saúde é limitado pela sua colocação em prática, visto que o conhecimento é necessário, mas não é suficiente para a acção, pois é necessária a sua aplicação.

Na questão seguinte colocamos uma pergunta aberta para compreender o porquê de só às vezes ou nunca fazerem a alteração do plano de cuidados. Da análise e reflexão dos dados utilizando a técnica de análise de conteúdo de Bardin submergiu uma Categoria com 16 Unidades de Registo e identificadas 8 Unidades de Contexto: Sobrecarga horária; Disponibilidade; Processo de enfermagem Desatualizado; Dificuldade no preenchimento; Falta de necessidade; Desmotivação; Organização do serviço e Esquecimento. As principais unidades de contexto e com mais respostas foram:

A unidade de contexto *Sobrecarga horária* foi referenciada com as unidades de registo: “Sobrecarga horária”; “Falta de tempo”; “Pela limitação de horas”; “Limitação de horas da prestação de cuidados”. Obtendo um sub-total de 4.

A unidade de contexto *Disponibilidade* foi referenciada com as unidades de registo: “Falta de disponibilidade”; “Nem sempre há disponibilidade”; “Tempo disponível”; “Score diferente do anterior e não se alterou o plano”. Obtendo um sub-total de 5.

Para que o enfermeiro efectue um trabalho eficiente, na prevenção das UPP, é importante que apresente sensibilidade para o problema, de forma que a motivação seja um potencial para a aplicação de cuidados preventivos. Buss (2004), afirma ainda, que este é um factor que provavelmente provoca difusão e integração do conhecimento na prática.

A maioria dos enfermeiros (60%) apresenta um grau de motivação de razoável para a utilização da escala de Braden, 27,5% grau bom e 10% grau muito bom e apenas 2,5% grau mau.

Segundo Marquis e Huston, J. (1999), no que se refere à motivação poderá conferir um melhor desempenho na área da prevenção, pois considera-se um papel de grande responsabilidade para o enfermeiro, faz com que este queira trabalhar e realizar bem os seus cuidados, isto vai de encontro com os dados referido acima, visto que a reavaliação do risco de UPP não é em grande parte realizada de acordo com as indicações da EPUAP para clientes hospitalizados e a percentagem de enfermeiros que não altera sempre o plano de cuidados segundo a reavaliação é 47,5%.

Relativamente à dificuldade na avaliação das 6 sub-escalas da escala de Braden, os dados mostram-nos que a maioria dos enfermeiros não tem dificuldade ou tem pouca dificuldade nesta avaliação. Sendo que as únicas sub-escalas em que encontramos enfermeiros com dificuldade são na avaliação da Percepção sensorial (2,5%), apresentando como motivo para a dificuldade “*Principalmente quando a alteração de estado de consciência e ao longo do dia*”; na avaliação da Humidade (2,5%), dando como justificação “Porque há alturas em que a sua humidade é maior e outras é menor”; na avaliação da Actividade (2,5%), dando como justificação “No momento da admissão do doente é difícil fazer a avaliação da mobilidade/actividade”; na avaliação da Nutrição (5%), dando como justificação “Dispersão da informação registada sobre a ingesta nutricional e da sua fiabilidade pela multiplicidade de pessoa envolvidas (auxiliares, enfermeiros, familiares e próprias pessoas)”e “É difícil avaliar se a nutrição é ou não adequada na altura da admissão do doente, por falta de informação por parte dos familiares ou doente (muitas vezes confuso) quer por parte dos registos de outros colegas”. Segundo Dealey (1996) a avaliação do risco deve ser desenvolvida imediatamente quando se recebe o cliente, devendo apenas ser aceite informação acerca dos padrões nutricionais das últimas 24-48 horas da parte de acompanhantes ou familiares, e nunca do próprio utente.

Relativamente à consideração dos enfermeiros pela escala de Braden como uma estratégia eficaz para a prevenção de UPP obtivemos os seguintes dados 2,5% dos enfermeiros considera que a escala de Braden é nada eficaz; 12,5% pouco eficaz; 67,5% eficaz e 17,5% considera a escala muito eficaz.

No seguimento da questão anterior colocamos duas perguntas abertas para compreender o porquê de considerar nada ou pouco eficaz a escala de Braden e eficaz ou muito eficaz a escala de Braden. Da análise e reflexão dos dados e utilizando a análise de conteúdo de Bardin submergiu uma Categoria com 2 sub-categorias, 34 Unidades de Registo, 9 Unidades de Contexto. A categoria encontrada foi Eficácia para Prevenção de UPP. Na 1ª sub-categoria Eficaz/ Muito eficaz as 6 Unidades de Contexto são: *Plano de cuidados; Avaliação de factores de risco; Prevenção; Percepção; Utilização de recursos e Cuidados individualizados*. Com um sub-total de 28 Unidades de Enumeração, sendo a *Prevenção* a Unidade de Contexto com maior Unidades de

Enumeração (11 unidades). Na 2ª sub-categoria Pouco eficaz/ Nada eficaz as 3 Unidades de Contexto são: *Organização do serviço; Subjetiva e Plano de cuidados*. Com um sub-total de 6 unidades de enumeração, sendo a Unidade de *Contexto Plano de Cuidados* com mais Unidades de Enumeração (4 unidades).

De acordo com Morrison (2004) e Braden (1997) citada por Furtado (2001) ao se prestar cuidados preventivos completos aos utentes tendo em conta o risco pode-se reduzir o aparecimento de úlceras de pressão até 50% a 60%. Ayello et al (2004) introduziu uma avaliação formal de risco e adequou os protocolos preventivos para cada score de risco dos utentes, tendo verificado que não só a incidência de úlceras de pressão diminuía em 60%, como também a gravidade de úlceras de pressão e o custo de cuidados também diminuía.

Segundo Furtado (2001), a EPUAP recomenda a utilização da escala de Braden como sendo aquela que apresenta, até à data, maior fiabilidade, aceitabilidade, segurança, simplicidade e menor custo.

5. Conclusão

A conclusão é a “*consequência lógica deduzida da análise dos dados*”. (Fortin, 1999, p. 365)

Nos dias de hoje a prevenção é uma das áreas na saúde em que mais se aposta, pois traz benefícios a nível económico, financeiro e de saúde para a população. É por isso importante sabermos utilizar as ferramentas que nos são dadas, pela ciência para a prevenção de doenças, sendo que em enfermagem estas ferramentas são cruciais e a sua utilização a chave para a aplicação da prevenção. Em Portugal desde 1998 que existe uma recomendação da Direcção Geral de Saúde, através da Circular Informativa N.º 25/DSPCS de 23/06/98 em relação ao problema das UPP, nos clientes acamados, propondo um protocolo de avaliação das mesmas e dos factores de risco através de uma adaptação da escala de Norton, em Dezembro de 2008, a Circular Informativa N.º: 35/DSQC/DSC, da Direcção geral de Saúde, veio revogar a anterior e recomendar a aplicação da Escala de Braden, em todas as Unidades de Saúde. Por este motivo decidimos perceber se existiam dificuldades, por parte dos enfermeiros, na utilização da escala de Braden, um instrumento fundamental na prevenção de UPP.

Com este estudo queríamos perceber quais as dificuldades sentidas pelos enfermeiros na utilização da escala de Braden no Hospital de São José para que essas dificuldades ao serem identificadas fossem superadas e assim a utilização da escala fosse potencializada e o número de incidência de UPP reduzisse na população hospitalizada.

Assim, realizámos um estudo quantitativo do tipo descritivo-correlacional, tendo sido o mais adequado para o levantamento das dificuldades sentidas pelos enfermeiros na utilização da escala de Braden.

O instrumento de colheita de dados (questionário) também se mostrou adequado relativamente aos objectivos do estudo.

A apresentação dos resultados obtidos, para facilitar uma melhor visualização e rápida análise, foi feita através de gráficos, tabelas e quadros, tendo sido feita a sua discussão com base no enquadramento teórico.

A população deste estudo era constituída por 130 enfermeiros, sendo que 36 trabalham no serviço de Cirurgia Geral, 51 no serviço de Medicina 1.2 e 43 no serviço de Neurocirurgia. Na nossa amostra temos 15% de enfermeiros do sexo masculino e 85% de enfermeiros do sexo feminino, sendo que a idade mínima é de 24 anos e a idade máxima dos enfermeiros da amostra é de 55 anos.

Com este estudo concluímos que as maiores dificuldades que os enfermeiros sentem na utilização da escala de Braden são:

- O grau de motivação, que na amostra é em grande parte razoável (60%), o que vai ser desfavorável para a sensibilidade dos enfermeiros, na utilização da mesma, pois como Marquis e Huston, J. (1999) referem que a motivação poderá conferir um melhor desempenho na área da prevenção.
- O tempo para a reavaliação, pois é referido pelos enfermeiros (47,5%) que um dos problemas para a alteração do plano de cuidados de acordo com a reavaliação é o tempo disponível (sobrecarga horária, disponibilidade).
- A formação, pois só metade da amostra tem formação sobre a escala de Braden, o que suscitaria uma maior sensibilidade para a avaliação e reavaliação do risco de UPP, como é referido por Pancorbo (2006) os programas educacionais desenvolvem as tomadas de decisão e, por sua vez, uma boa tomada de decisão pode reduzir a prevalência e a incidência das UPP.

No que diz respeito à avaliação das seis sub-escalas da escala de Braden detectamos que a grande maioria dos enfermeiros não tem dificuldade ou tem pouca dificuldade, o que nos leva a concluir que existe dificuldade na percepção de quais os momentos mais indicados para a reavaliação e não na avaliação das seis sub-escalas.

Com isto podemos afirmar que atingimos o objectivo a que nos propusemos, identificamos as dificuldades que os enfermeiros sentem na utilização da escala de Braden, que são a motivação, o tempo e a necessidade de formação, por isso propomos que sejam realizadas mais formações sobre a escala de Braden para que haja um maior conhecimento na tomada de decisão e uma maior motivação na utilização, também pensamos que seja necessário um maior número de enfermeiros nos serviços ou uma

organização diferente dos serviços para que haja mais tempo para a avaliação, reavaliação e utilização da escala de braden, com isto acreditamos que as UPP diminuam e que traga uma vantagem para a saúde dos clientes e que posteriormente haja poupanças a nível económico e financeiro.

6. Limitações

As limitações são um processo normal em qualquer estudo de investigação e influenciam a sua realização.

As nossas principais limitações foram a nossa inexperiência na área de investigação, na utilização do SPSS.

A grande carga horária, dentro da época regular, do curso de enfermagem aliado à exigência que é solicitada e a nossa carga laboral tornou-se também um obstáculo à realização deste trabalho.

Apesar das limitações é importante realçar os aspectos positivos que emergiram na realização deste trabalho. Este permitiu aprofundar conhecimentos na área de investigação e de prevenção de UPP, de elevado interesse para a prestação de cuidados de enfermagem. Proporcionando assim, momentos de aprendizagem significativos para o desenvolvimento pessoal e no âmbito da enfermagem.

7. Implicações para a Enfermagem

Um estudo de investigação com relevância para a teoria e para a prática de enfermagem e que tenha em conta as opiniões dos enfermeiros sobre a sua implementação, visando colocar os dados obtidos ao serviço da enfermagem para prestar melhores cuidados ao utente. Os estudos deste tipo vão sofrendo contínuos aperfeiçoamentos sem nunca se poderem considerar terminados.

Os trabalhos de investigação em enfermagem colaboram para o crescimento do leque de conhecimentos, ajudando assim à fundamentação de todas as intervenções desenvolvidas pelos enfermeiros no cuidar. Só a investigação permite a definição, afirmação e o aparecimento de uma área de intervenção em enfermagem científica.

A enfermagem é uma ciência construída por um corpo de conhecimentos sólidos, que a afirmam como uma das profissões com um papel muito importante na sociedade. A investigação científica tem assumido assim um papel cada vez mais relevante no quotidiano da Enfermagem.

Os resultados obtidos são de extrema importância para a aplicação na prática e assim obter mudanças comportamentais e organizacionais.

Em suma, torna-se imperativo a divulgação dos resultados da pesquisa, de forma a partilhar este corpo de conhecimentos que ressaltou deste trabalho e construir novos conhecimentos.

8. Sugestões

As sugestões para este trabalho de investigação surgem como estratégia e orientação, que permitam que futuros investigadores na área de enfermagem, possam investigar outros aspectos desta temática, dando assim continuidade a este estudo.

Assim gostaria de propor a realização de vários estudos de investigação:

- Um estudo que revelasse quais os factores que levariam a um aumento de motivação dos enfermeiros na utilização de instrumentos de avaliação;
- Um estudo que demonstrá-se a diferença, a nível da reavaliação dos risco de UPP e alteração dos planos de cuidados, dos enfermeiros que não têm formação e o após formação;
- Um estudo que compare a taxa de incidência entre um serviço que utilize a reavaliação de risco de UPP de forma eficiente, com outro serviço que não utilize a reavaliação de risco de UPP de forma eficiente.

Referências bibliográficas

- Arblaster G. (1998). *Pressure ulcer incidence: a strategy for reduction*. Nursing Standard 12, 49–54.
- American Nurses Association (ANA). (2004). *Scope and standards for nurse administrators* (2nd ed.). Washington, DC: Author.
- Azevedo, M. (2006). *Teses Relatórios e Trabalhos Escolares- Sugestões para a Estruturação da Escrita*. Lisboa, Universidade Católica Editora
- Boucharon. M. et al (1988). *Protocole de prévention d'escarres*. Soins Chirurgie, n° 94/95: 33-42.
- Bolander, V. R (1998). *Enfermagem Fundamental, Abordagem Psicofisiológica*. (1ª ed) Lisboa; Lusodidacta
- Buss, I. C. (2004). *Pressure ulcer prevention in nursing homes: views and beliefs of enrolled nurses and other health care workers*. Journal of Clinical Nursing. Blackwell Publishing Ltd, vol. 13: 668–676.
- Dealey C. (2001). *Cuidando de feridas: um guia para as enfermeiras*. São Paulo, Atheneu Editora.
- Dopieralda (2007). *Level of preparation for preventive procedures and pressure ulcer treatment in health care units from the Kujawsko-Pomorski region*. *Advances in a medical sciences*. Vol 52. Suppl. 1: 81 -84
- Duque, HP, Mendanha, F Sousa, L. Matias, A et al Projecto de UP. Nursing, n. 208, Março 2006, 20-24
- Esperón Guimil, Ja, Vasquez Vizoso, Fl (2004). *Conocimientos de las enfermeras sobre úlceras por presión y sus determinantes*. Gerokomos. 15(2):107-116
- Furtado, et al (2001) – *Prevenção e tratamento de úlceras*. Coimbra, Edições Farmasau
- Fortin, M. (2009). *O Processo de Investigação: da Concepção à Realização*. (2ª ed.) Loures. Lusociência.
- García Fp, Pancorbo Pl, Torra Je, Blasco C. (2004). *Escalas de valoración de riesgo de úlceras por presión*. En: Torra JE, Soldevilla JJ. (eds). *Atención Integral de las Heridas Crónicas*. 1ª Ed. Madrid.: 209-226.

- Direcção Geral De Saúde (2008). *Circular Informativa* Nº: 35/DSQC/DSC de 12 de Dezembro.
- Gunningberg, L, Lindholm, C, Carlsson, M, Sjoden, P. (2001). *Risk, prevention and treatment of pressure ulcers: nursing staff knowledge and documentation*. Scand J Caring Sci; 2001; 15: 257-263.
- Halfens Rjg, Eggink, M, (1995). *Knowledge, Belifs and use of nursing methods in preventing pressure sores in Dutch hospitals*. Inn j. Nurs Stud; 32 (1): 16- 26.
- Hulsenboom, Ma (2004). *Decubitus preventie door de jaren heen. (Prevention of Pressure Ulcers. A Comparison of the Knowledge And Use of Preventive Methods to Prevent Pressure Ulcers, by Nurses And Health Care Givers)*. Thesis, Department Health Care Studies/Section Nursing Science, Universiteit Maastricht, Maastricht, p. 53.
- Margato, Carlos; Miguéns, Cristina; Ferreira, Pedro; Gouveia, João; Furtado, Kátia.(2001). *Escala de Braden para a Avaliação do Risco de Úlceras de pressão*. Recuperado em 2012, Julho 27 de <http://www.sinaisvitais.pt/index.php?option=com_remository&Itemid=43&func=startdown&id=51>
- Marquis, L, Huston, J (1999). *Administração e Liderança em Enfermagem: teoria e aplicação*. 2ª edição Artes Médicas, Porto Alegre. p. 313-315.
- Ministério Da Saúde - Direcção Geral De Saúde (1998). *Úlceras de pressão/escaras. Circular Informativa dirigida a todos os hospitais e centros de saúde com unidades de internamento*. Lisboa, nº 25/DSPCS.
- Morison, Moya (2001). *Prevenção e Tratamento das Úlceras de Pressão*. Loures. Lusociência.
- Norwood, S.L. (2000) *Research Strategies for Advanced Practice Nurses*, Upper – Saddle River (N.J.), Prentice Hall Health
- Pancorbo P.L. , Garcia F.P. , Lopez I .M. & Alvarez-Nieto C. (2006) *Risk assessment scales for pressure ulcer prevention: a systematic review Journal of Advanced Nursing* 54(1), 94–110
- Pancorbo, PL; Garcia, FP; Rodriguez, MC; Torres, M; Lopez, I (2007). *Conocimientos y creencias de las enfermeras sobre el cuidado de las Úlceras por presión: revision sistemática de la literatura*

- Phipps et al. (2003). *Enfermagem Médico-Cirúrgica: conceitos e prática clínica*. (2ª ed.) Lisboa. Lusodidacta.
- Polit, D. F.; Hungler, B., P. (1995). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Sousa, L. (2007) *Validação da Escala de Norton*. *Revista Portuguesa de Enfermagem*. N. 9, 27-36
- Tweed M, Devadas R. (2006). *Factors to consider when assessing progress in observed consultation*. *Focus Health Prof Educ.*;8(1):64-75

Apêndices

**Apêndice I- Pedido de Autorização para Entrega de
Questionários para Monografia**

Exma. Sra. Enf Directora
Enfermeira Ana Soares
Hospital São José
Lisboa

Assunto: Pedido de autorização para recolha de dados de Monografia Final do Curso
Licenciatura em Enfermagem

Jorge Pinto e Luís Bastos, alunos finalistas do 8º Curso de Licenciatura de Enfermagem da Universidade Atlântica - Escola Superior de Saúde Atlântica, vêm por este meio solicitar autorização para a realizar a recolha de dados da Monografia Final do Curso, intitulada “As dificuldades sentidas pelos enfermeiros na utilização da Escala de Braden”, a realizar nos Serviços Cirurgia 1, Medicina 1 e 2 e Neurocirurgia.

O estudo é de abordagem quantitativa, do tipo descritivo correlacional e tem como objectivo:

- Identificar as dificuldades sentidas pelos Enfermeiros na utilização da Escala de Braden.

Pretendemos utilizar uma amostra de conveniência seleccionando 10 enfermeiros de cada serviço onde a escala de Braden foi implementada (Cirurgia 1, Medicina 1 e 2 e Neurocirurgia). A recolha de dados será efectuada através de questionário (anexo 1) que será distribuído pelos enfermeiros assim como uma carta explicativa do estudo para obtenção do consentimento informado (anexo 2) e o respectivo formulário de consentimento informado (anexo 3)

Todos os dados recolhidos durante o estudo, serão tratados de forma confidencial e serão codificados. Os resultados finais serão colocados à disposição e os questionários destruídos após a apresentação do estudo.

Sem mais assunto agradecemos a vossa atenção.

Barcarena 1 de Agosto de 2012

Os Investigadores

(Jorge Miguel Vasques Pinto)

E-mail: jpinto970@hotmail.com; Telemóvel: 967891970

(Luís Filipe Pereira Bastos)

E-mail: lfpbastos@hotmail.com; Telemóvel: 967882633

Professora Orientadora

(Mestre Leonor Carvalho – 926607130)

E-mail: leonorc@uatlantica.pt; Telemóvel: 926607130

Apêndice II- Carta de explicação do estudo e consentimento

Jorge Pinto e Luís Bastos, alunos finalistas do 8º Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde Atlântica, no ano lectivo 2011/2012, vamos realizar um estudo cujo título é: “As dificuldades sentidas pelos enfermeiros na utilização da Escala de Braden”.

Objectivo: Identificar as dificuldades sentidas pelos enfermeiros na utilização da Escala de Braden.

Método: Pretendemos realizar um estudo de abordagem quantitativa, método descritivo simples, em que será utilizado o questionário para recolha de dados.

Confidencialidade: Todos os formulários deste questionário serão anónimos, sendo apenas numerados. As informações recolhidas obtidas serão tratadas de forma confidencial, ficando guardados à responsabilidade dos investigadores e apenas utilizados para este estudo, sendo no final do presente estudo destruídos.

Potenciais vantagens: A opinião dos enfermeiros é fundamental e será valorizada para perceber quais as dificuldades sentidas pelos enfermeiros na utilização da Escala de Braden.

Participação: A escolha de participar ou não no estudo é voluntária. Se optar pela não participação no estudo, não terá consequências. Se participar no estudo, pode decidir desistir em qualquer momento, sem qualquer prejuízo para a sua pessoa. Os resultados serão colocados à disposição dos interessados.

Jorge Pinto (967891970)

Luís Bastos (967882622)

Orientadora: Prof^ª Leonor Carvalho

Apêndice III- Termo de Consentimento Informado

Termo de Consentimento Informado

Título da Pesquisa

“As dificuldades sentidas pelos enfermeiros na utilização da Escala de Braden”.

Objectivo:

- Identificar as dificuldades sentidas pelos Enfermeiros na utilização da Escala de Braden.

Metodologia: A colheita de dados será efectuada através de questionário.

Eu, _____ declaro que fui informado(a) do objectivo e metodologia da pesquisa intitulada “A Importância da Escala de Braden nos Cuidados de Enfermagem”.

Estou consciente de que em nenhum momento serei exposto(a) a riscos em virtude da minha participação nesta pesquisa e que poderei em qualquer momento recusar continuar sem nenhum prejuízo para a minha pessoa. Sei também que os dados do questionário, por mim respondido serão usados somente para fins científicos e destruídos pelo investigador após o estudo. Aquando do tratamento dos dados, estes serão codificados mantendo assim o anonimato. Os resultados do estudo serão por mim consultados sempre que solicitar. Fui informado(a) de que não terei nenhum tipo de despesa nem receberei nenhum pagamento ou gratificação pela minha participação nesta pesquisa.

Depois do anteriormente referido, concordo, voluntariamente, em participar no referido estudo.

Informante

Data ___/___/___

Investigadores:

Jorge Miguel Vasques Pinto

Contactos: E-mail: jpinto970@hotmail.com; Telemóvel: 967891970

Luís Filipe Pereira Bastos

Contactos: E-mail: lpbastos@hotmail.com; Telemóvel: 967882633

Morada: Escola Superior de Saúde Atlântica - Universidade Atlântica

Apêndice IV- Questionário

Exmo. Enfermeiro(a)

Estamos a realizar um trabalho de investigação no âmbito do VIII do Curso de Licenciatura em Enfermagem, com o objectivo de identificar as dificuldades sentidas pelos Enfermeiros na utilização da Escala de Braden no Hospital de São José, com a finalidade de contribuir e promover a melhoria dos cuidados de enfermagem.

A sua colaboração reveste-se de primordial importância, pois é da recolha das suas respostas que o referido estudo poderá ser realizado. Neste sentido, agradecemos que responda à totalidade das questões.

O questionário é anónimo, sendo os dados absolutamente confidenciais, destinando-se somente à realização deste trabalho, pelo que peço que, após o seu preenchimento, o encerre no envelope devendo encerrar o mesmo. Posteriormente será recolhido por um dos investigadores.

Gratos pela colaboração

Jorge Pinto e Luís Bastos

Questionário

1-Género

M

F

2-Idade_____ anos

3 - Antiguidade Profissional

Menos de 2 anos

2 a 5 anos

6 a 9 anos

10 a 15 anos

16 a 19 anos

\geq 20 anos

4 – Qual o serviço onde trabalha?

5 - Experiência profissional do Serviço actual

Menos de 2 anos

2 a 5 anos

6 a 9 anos

10 a 15 anos

16 a 19 anos

\geq 20 anos

6 - Grau académico

Bacharelato

Licenciatura

Mestrado

Doutoramento

7 – Categoria profissional

- Enfermeiro
- Enfermeiro Graduado
- Enfermeiro Especialista

8 - Quantos doentes lhe são atribuídos por turno?

- Menos de 4 doentes
- 4 a 6 doentes
- 7 a 9 doentes
- ≥ 10 doentes

9 – No seu serviço qual o número de horas de cuidados necessários (HCN) que em média são calculados por doente?

- 1 – 4
- 4,55 – 7,5
- 8 – 11
- 11,5 – 14,5

10 - Fez formação sobre úlceras por pressão?

- Sim
- Não

11 - A formação foi realizada onde?

- Na instituição/Serviço
- Fora da instituição
- Ambas

12 - Fez formação sobre Escala de Braden?

- Sim
- Não

13 - A formação foi realizada onde?

Na instituição/Serviço

Fora da instituição

Ambas

14 - Participou na implementação da Escala de Braden no serviço?

Sim

Não

15 - Avalia o risco para úlceras por pressão quando o doente é admitido no serviço?

Sempre

Às vezes

Nunca

15.1 – Se respondeu às vezes ou nunca diga porquê:

16 - A reavaliação do risco é feita de: (pode responder a mais que uma alternativa)

A cada 48 horas

1 vez por semana

De acordo com o score obtido na avaliação inicial

Sempre que haja alguma alteração

17 – O plano de cuidados é alterado de acordo com o resultado da reavaliação?

Sempre

Às vezes

Nunca

17.1 – Se respondeu às vezes ou nunca diga porquê:

18 - Qual o seu grau de motivação para utilizar a Escala de Braden?

Muito Mau

Mau

Razoável

Bom

Muito Bom

19 – Relativamente à avaliação da Percepção Sensorial tem:

Nenhuma dificuldade

Pouca dificuldade

Dificuldade

Muita dificuldade

19.1 – Se respondeu dificuldade e muita dificuldade diga qual:

20 – Relativamente à avaliação da Humidade tem:

Nenhuma dificuldade

Pouca dificuldade

Dificuldade

Muita dificuldade

20.1 – Se respondeu dificuldade e muita dificuldade diga qual:

21 – Relativamente à avaliação da Actividade tem:

Nenhuma dificuldade

Pouca dificuldade

Dificuldade

Muita dificuldade

21.1 – Se respondeu dificuldade e muita dificuldade diga qual:

22 – Relativamente à avaliação da Mobilidade tem:

Nenhuma dificuldade

Pouca dificuldade

Dificuldade

Muita dificuldade

22.1 – Se respondeu dificuldade e muita dificuldade diga qual:

23 – Relativamente à avaliação da Nutrição tem:

Nenhuma dificuldade

Pouca dificuldade

Dificuldade

Muita dificuldade

23.1 – Se respondeu dificuldade e muita dificuldade diga qual:

24 – Relativamente à avaliação da Fricção e Forças de Deslizamento tem:

Nenhuma dificuldade

Pouca dificuldade

Dificuldade

Muita dificuldade

24.1 – Se respondeu dificuldade e muita dificuldade diga qual:

25 - Considera a Escala de Braden uma estratégia eficaz para a prevenção de úlceras por pressão?

Nada Eficaz

Pouco Eficaz

Eficaz

Muito Eficaz

26 – Se na questão 25 respondeu nada eficaz ou pouco eficaz, dê a sua opinião?

25 – Se na questão 25 respondeu eficaz ou muito eficaz , dê a sua opinião?

Obrigado pela sua colaboração

Jorge Pinto e Luís Bastos

Apêndice V- Análise de Conteúdo de Bardin

O plano de cuidados é alterado de acordo com o resultado da reavaliação?

Categoria	Unidades de Contexto	Unidades de Registo	Unidades de Enumeração	Total	
Alteração do plano de cuidados	Sobrecarga horária	Sobrecarga horária;	1		
		Falta de tempo;	1		
		Pela limitação de horas;	1		
		Limitação de horas da prestação de cuidados.	1		
	Sub-Total				4
	Disponibilidade	Falta de disponibilidade;	1		
		Nem sempre há disponibilidade;	2		
		Tempo disponível;	1		
		Score diferente do anterior e não se alterou o plano.	1		
	Sub-Total				5
Processo de enfermagem desatualizado	Plano de cuidados obsoleto;	1			
	O plano de cuidados do serviço não está de acordo com a escala de Braden.	1			
Sub-Total			2		
Dificuldade no preenchimento	Não é de fácil preenchimento.	1			
Sub-Total			1		

	Falta de necessidade	Pode não haver necessidade.	1	16	
			Sub-Total		1
	Desmotivação	Por falta de motivação e tempo.	1		
			Sub-Total		1
	Organização do serviço	Devido ao racio enfermeiro/doente;	1		
		A dinâmica/carga horária (HCN) não o permite.	1		
			Sub-Total		2
	Esquecimento	Por vezes há esquecimento de actualizar o plano.	1		
		Sub-Total	1		

Apêndice VI- Análise de Conteúdo de Bardin

Considera a Escala de Braden uma estratégia eficaz para a prevenção de úlceras por pressão?

Categoria	Sub-Categoria	Unidades de Contexto	Unidades de Registo	Unidades de Enumeração	Total		
Eficácia para prevenção de UPP	Eficaz/ Muito Eficaz	Plano de cuidados	Alterações do plano de cuidados de acordo com os resultados obtidos;	1			
			Permite realizar um plano de cuidados;	1			
			Maior vigilância e implementação de cuidados;	1			
			Permite a elaboração de um plano de cuidados mais adequado;	1			
			Permite a elaboração de um plano de intervenção estruturado.	1			
		Sub-Total				5	
		Avaliação de factores de risco	Avaliação de algumas (os principais) factores de risco de UPP;	1		Permite orientar a avaliação para um conjunto de aspectos importantes;	1
				Desperta para as situações;			1
				Considera várias dimensões necessárias com o risco de desenvolvimento de UPP;			1
				Avaliação de algumas (os principais) factores de risco de UPP;			1
Sub-Total				5			

	Prevenção	Possibilitando implementar as medidas de prevenção segundo o risco avaliado;	1	
		Desenvolve estratégias de prevenção;	1	
		Faz parte de uma estratégia eficaz;	1	
		Leva os enfermeiros a pensar nas estratégias adequadas para a prevenção de UPP;	1	
		Permite-nos tomar as medidas necessárias para a prevenção;	1	
		Podemos ficar mais alerta para a prevenção de UPP;	1	
		Despertar para o fim pretendido;	1	
		Medidas de prevenção mais eficazes;	1	
		Introduzir medidas preventivas para diminuir o risco;		
		O score obtido alerta-nos para a necessidade de uma mais frequente alternância de decúbitos;	1	
		Permite implementar os cuidados de enfermagem adequados ao respectivo grau de risco avaliado;	1	
		Sub-Total	11	
	Percepção	Deixa mais perceptível a actuação;	1	
		Permite uma percepção mais real do nosso serviço;	1	
		Permite ter a percepção em termos numéricos do grau de risco de UPP.	1	

			Sub-Total	3	
		Utilização de recursos	Utilização de dispositivos de diminuição da pressão;	1	
			Alocação eficaz dos recursos/dispositivos para a prevenção de UPP;	1	
			Colocação de colchão anti-escaras.	1	
			Sub-Total	3	
		Cuidados Individualizados	Recurso útil no planeamento dos cuidados de enfermagem individualizados.	1	
				Sub-Total	1
Pouco Eficaz/ Nada Eficaz		Organização do Serviço	A equipa não se guia pela escala em si.	1	
				Sub-Total	1
		Subjectiva	Nem sempre é muito objectiva.	1	
				Sub-Total	1
		Plano de cuidados	Não é a escala de Braden que nos faz alterar o plano de cuidados;	1	
	Não contribui para a prestação directa dos cuidados;		1		
	Não é através de um resultado que se altera a prestação de cuidados aos doentes;		1		
	Os cuidados parecem-me similares.		1		
					34

			Sub-Total	4	
--	--	--	------------------	----------	--

