

A IMPLICAÇÃO DO CUIDADOR FAMILIAR NA PREVENÇÃO DAS ÚLCERAS POR PRESSÃO

Alexandre Rodrigues*; José Verdú Soriano**

* Professor Adjunto – Escola Superior de Enfermagem da Cruz Vermelha Portuguesa de Oliveira de Azeméis

** Profesor Titular de Escuela Universitaria - Escuela Universitaria del Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia. Universidade de Alicante

Resumo

Objetivos: i) Analisar os cuidados de prevenção de úlceras por pressão (UPP) prestados pelos enfermeiros; ii) Perceber de que forma os cuidadores familiares são implicados na prevenção de UPP.

Contextualização: Os cuidadores familiares têm um papel fulcral no acompanhamento diário à pessoa com UPP. Perante pessoas com risco de desenvolver UPP, estes devem ser capacitados para dar resposta às necessidades, ou para estabelecer a ligação com o enfermeiro.

Métodos: Estudo qualitativo, exploratório, com recurso a análise de conteúdo do discurso de enfermeiros de cuidados domiciliários.

Resultados/discussão: Os cuidados de prevenção executados pelos enfermeiros centram-se na avaliação de risco, cuidados à pele, posicionamentos, aplicação de dispositivos de alívio de pressão, cuidados nutricionais e educação do cliente/cuidador.

O cuidador familiar é integrado pelos enfermeiros, sendo considerado um agente fundamental para a aplicação do protocolo de prevenção de úlceras por pressão nos cuidados de saúde domiciliários.

Os enfermeiros necessitam do cuidador familiar, pois justificam que a sua implicação é uma mais-valia para alcançar uma prevenção efectiva.

Conclusões: Os enfermeiros de cuidados domiciliários executam os cuidados indicados para uma prevenção de qualidade, nos quais incluem o cuidador familiar como parceiro de cuidados. Este é considerado um elemento-chave na prevenção de úlceras por pressão no domicílio.

Palavras-chave: Cuidador familiar; Úlceras por pressão; Prevenção; Cuidados de enfermagem.

Introdução

No passado, o local privilegiado para a prestação de cuidados de enfermagem era o hospital. Hoje em dia, os enfermeiros encontram diversos locais para o seu exercício profissional, de entre eles o domicílio.

Verifica-se uma preocupação na diminuição do tempo de internamento hospitalar, logo um precoce regresso a casa do cliente. Este facto traduz-se, para muitas famílias, num problema grave pela não existência de condições habitacionais (barreiras arquitectónicas, equipamentos e ajudas técnicas), pelas dificuldades em lidar com a situação por escassez de

conhecimentos, por fragilidade emocional provocada por problemas económicos,

profissionais, diminuta rede familiar e alterações de papéis e, ainda, por debilidade física do cuidador relacionada com a idade e antecedentes de doença (RICE, 2004).

A família, ou um seu elemento, possui um papel fundamental – de cuidador – em todo o processo de tratamento, prevenção ou promoção da saúde do cliente, visto ser a «continuidade do profissional de saúde», quando este não está. Se o cliente não tiver um elemento da família, que se responsabilize pela continuidade de cuidados, esta responsabilidade será atribuída a outras pessoas da sua

confiança, ou nomeadas pelos serviços sociais (ajudantes familiares, famílias de acolhimento) (IMAGINÁRIO, 2004). MARTINS (2004) reitera, dizendo que o papel de um cuidador familiar deve merecer da parte dos profissionais de saúde um cuidado especial, no sentido de responder às suas necessidades, em grande parte relacionadas com a prestação de cuidados.

Desde 1988, HIBBS afirma que 95% das UPP podem ser prevenidas, pelo que deste ponto de vista, os cuidados aplicados deverão ser direccionados no sentido de atingir esse objectivo, e que para isso, é importante adoptar de estratégias de educação e prevenção baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis (VERDÚ, 2005).

Os dados epidemiológicos, apesar das variâncias, tendo em conta o tipo de população/amostragem em que se efectuam os estudos, orientam-nos para valores de prevalência ao nível dos cuidados domiciliários na ordem dos 6 aos 21,3 % (FERREL, JOSEPHSON, NORVID E ALCORN, 2000; HALFENS, BOURS, BRONNER, 2001; FRANTZ, HSIAO-CHEN TANG, TITLER, 2004; GRUPO ICE, 2010).

A realidade das UPP no arquipélago dos Açores em 2006 é de 9%, sendo menos meritória nos cuidados domiciliários face aos cuidados hospitalares e geriátricos, na medida em que segundo este estudo, se apresentou com valores mais elevados⁸. Noutro estudo, verificou-se uma prevalência de 24,6% (RODRIGUES E VERDÚ, 2011).

O aumento dos valores de prevalência e incidência de UPP representam um agravamento da doença e da qualidade de vida dos pacientes, levando a uma maior necessidade de cuidados, desta feita, os seus custos tornam-se muito elevados não só para o cliente mas também para o sistema de saúde.

Sabendo-se à partida das sérias complicações inerentes ao desenvolvimento das UPP, conjugadas com a realidade de um irregular acompanhamento do enfermeiro junto do cliente no domicílio, torna-se necessário

perceber qual a implicação do cuidador nos cuidados de prevenção das UPP. Assim, face a esta problemática, para o desenvolvimento deste estudo delinearam-se os seguintes objectivos:

- i) Analisar os cuidados de prevenção de úlceras por pressão (UPP) prestados pelos enfermeiros;
- ii) Perceber de que forma os cuidadores familiares são implicados na prevenção de UPP.

Enquadramento

Nos cuidados domiciliários a participação de um cuidador familiar, na prevenção de UPP, é fundamental para a continuidade da prevenção; assim é uma responsabilidade prioritária para a enfermagem verificar se os cuidadores familiares apresentam o conhecimento e a habilidade que lhe permitam assegurar os cuidados de prevenção indicados (RODRIGUES E VERDÚ, 2001; maklebus e sieggreen, 2001).

Os cuidadores têm um papel importante nos cuidados ao cliente, pois o acompanhamento diário é efectuado por estes. Pelo que devem, estes, ser capacitados para dar resposta às necessidades dos clientes, ou para estabelecer a ligação com o profissional de saúde que efectua a visita domiciliária.

Para que os cuidadores apliquem uma efectiva prevenção das UPP é necessário habilitá-los para escolher e implementar uma, ou mais, destas estratégias: implementar uma boa nutrição, cuidados à pele, posicionamentos e aplicação de material de alívio de pressão (GRUPO ICE, 2010; ROYAL COLLEGE OF NURSING, 2001).

Estes agentes necessitam de suporte, no que concerne ao aumento dos seus conhecimentos na área, visto que muitos deles não auferem formação de base, nem apresentam qualquer noção dos problemas que poderão advir se não forem efectuados cuidados preventivos. E esta é, em várias situações, uma lacuna que caracteriza o papel do enfermeiro na prevenção: o não envolvimento dos

cuidadores. Segundo um estudo (BOSTROM E KENNETH, 1992), as intervenções relatadas em maior número, pelos enfermeiros, eram os cuidados da pele e as menos evidenciadas eram a nutrição e a educação dos cuidadores. O que neste âmbito de acção se torna preocupante.

Nalguns estudos (FERREL et al, 2000; RODRIGUES, 2013) foram apontados problemas, no que concerne ao conhecimento dos cuidadores informais e às instruções técnicas que estavam a receber sobre a prevenção de UPP. O mesmo autor, concluiu que a adequação da educação dos pacientes e cuidadores acerca da prevenção de UPP estava, por vezes, em falta e também, a família e os cuidadores informais podem não ter a capacidade de assimilar os conhecimentos fornecidos, traduzindo-se na falta de cuidados otimizados ou de qualidade.

A educação do cliente e do cuidador familiar é fundamental para que a prevenção das úlceras por pressão seja efectiva. A participação do cliente e da família deverá ser incrementada, promovendo o direito à participação e à tomada de decisão sobre os seus cuidados sendo, para isso, necessários conhecimentos para optarem de forma responsável em prol de comportamentos saudáveis (AUSTRALIAN WOUND MANAGEMENT ASSOCIATION, 2012).

É altamente recomendável que, em cuidados domiciliários, se desenvolvam e implementem estratégias educacionais, com vista a prevenir as UPP, as quais se destinam não apenas aos profissionais envolvidos, mas também aos clientes e sobretudo aos cuidadores informais.

A educação dos pacientes/cuidadores deve iniciar-se a partir da primeira visita de identificação do cliente com o objectivo de se tornarem parte integrante da planificação, execução e avaliação dos cuidados de prevenção. Para tal, deverá ser adoptada uma linguagem que assegure uma correcta compreensão por parte do cliente e da família, reforçando a sua participação. Um apoio importante para

este efeito é a utilização de documentação escrita, sob a forma de guias de autocuidado e de recomendações para os cuidadores informais (MARTINEZ, 2008).

Esta abordagem deverá iniciar-se com o alerta para os factores de risco com maior evidência no cliente que está a cargo do cuidador, enunciando também as complicações passíveis de se desencadearem de forma a sustentar a necessidade e a pertinência desse realizarem cuidados de prevenção adequados. Existem estudos onde se estabelecem correlações entre o envolvimento da família nos cuidados e o aumento da tomada de consciência dos factores de risco, avaliação e tratamento precoce das UPP (LAMANTIA, 2000).

A transmissão de conhecimentos ao cuidador, já foi enunciada como um instrumento de trabalho. Assim, além do anteriormente exposto, informações sobre os diferentes tipos de cuidados a adoptar em função das necessidades do cliente, os tipos de materiais de prevenção, os cuidados com alimentação, bem como a importância das mobilizações são temáticas que deverão estar ao alcance deste, de forma que permita ao enfermeiro ter garantias de que existe um acompanhamento e uma maior sensibilidade do cuidador para esta problemática (RODRIGUES, 2013).

Os enfermeiros, para controlar os factores que influenciam os cuidados de prevenção devem educar os clientes e cuidadores relevando a importância de recorrer à inspecção diária da pele, como forma de diagnóstico e a métodos para reduzir a intensidade da pressão e da fricção (FRANTZ et al, 2004).

Metodologia

Este trabalho, enquadra-se num estudo mais amplo que teve como base uma abordagem quantitativa. No entanto, os dados relativos à envolvimento do cuidador familiar foram trabalhados com recurso ao método qualitativo através de questões abertas inseridas no questionário aplicado.

O resultado dessa informação foi analisado e produziu-se o presente artigo.

A população em estudo integrou a totalidade dos enfermeiros de cuidados domiciliários no Arquipélago dos Açores (121), dos quais, 99 aceitaram integrar o estudo.

O instrumento utilizado para a recolha de dados foi o questionário, construído para o efeito e constituído por questões abertas e fechadas. A validação do instrumento foi efectuada em dois períodos: validação por peritos e pre-teste. Inicialmente, pela análise crítica de peritos da área, estes verificaram a pertinência de cada questão face aos objectivos do trabalho. Posteriormente às alterações sugeridas pelos peritos, foi efectuado um pré-teste que decorreu na Região Autónoma da Madeira, de forma a certificar a clareza e imparcialidade da formulação do instrumento, bem como a sua adequação na obtenção das informações pretendidas. A análise de conteúdo das questões abertas procedeu-se de acordo com o método preconizado por FORTIN (2009), sendo efectuada uma categorização a posteriori com o suporte à do software NVIVO 9.0. As variáveis quantitativas foram analisadas através do programa estatístico SPSS 19.0.

Durante todas as etapas do estudo foram assegurados os princípios éticos imprescindíveis a qualquer investigação: foram solicitadas as autorizações às instituições de saúde envolvidas bem como se salvaguardou a informação de todos os sujeitos sobre as características do estudo, assim como garantidas a privacidade, a confidencialidade e o anonimato, quer dos sujeitos, quer dos dados recolhidos.

Resultados e Discussão

Os questionários aplicados incidiram sobre uma população de enfermeiros que se caracteriza por 80,8% do género feminino e 19,2% do masculino, o que vai ao encontro da maioria da mancha de género que caracteriza a profissão de enfermagem. Relativamente à faixa etária predominante, podemos considerar esta população como jovem, na medida em que apresentam uma média de idade de $31,35 \pm 6,77$ anos.

No que respeita à sua formação académica, prevalece a licenciatura com 96,0% e, relativamente à categoria profissional que ostentam, encontra-se explanada na tabela 1:

Tabela 1. Categoria Profissional

Categoria Profissional	%
Enfermeiro Nível 1	53,5
Enfermeiro Graduado	45,5
Enfermeiro Especialista	1
Total	100

Em média, estes profissionais trabalham há $7,57 \pm 6,40$ anos, no entanto devemos considerar a mediana de 5 anos e os extremos de 1 e 35 anos.

Na tabela 2 verifica-se o tempo de experiência agrupado por categorias, onde

se observa que 72,7% dos profissionais apresentam menos de 10 anos de serviço, o que indica, tendo em conta a sua idade, que se trata de uma população de enfermeiros relativamente jovem profissionalmente.

Tabela 2. Experiência Profissional

Anos	%
1-5	52,2
6-10	20,2
11-15	17,2
16-20	5,1
21-25	4,0
26-30	1,3
31-35	1,0
Total	100

De forma a perceber os cuidados de prevenção de UPP que os enfermeiros realizam nos cuidados domiciliários e, essencialmente a valorização do papel do cuidador familiar nestes cuidados, questionaram-se sobre os cuidados de prevenção que aplicam. Da análise efectuada às respostas abertas, surgiram as seguintes categorias: avaliação do risco; manter os cuidados à pele; efectuar posicionamentos, utilização de dispositivos de alívio de pressão; cuidados com a nutrição e a educação do cliente e cuidador familiar.

Como enunciado por vários autores, os factores de risco de desenvolver UPP podem ser inúmeros. Assim, os cuidados de prevenção, tendo como pretensão máxima a diminuição da acção destes factores, poderiam apresentar também uma vasta abrangência. No entanto as categorias que emergiram do discurso dos enfermeiros, coincidem com os tipos de cuidados enunciados na generalidade das guidelines internacionais para a prevenção deste tipo de feridas de referência para este estudo (AUSTRALIAN WOUND MANAGEMENT ASSOCIATION, 2012; EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL AND NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL, 2009; EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL AND NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL. AND PAN PACIFIC PRESSURE INJURY ALLIANCE, 2014).

Na categoria avaliação do risco de desenvolver UPP, referem-se à forma de diagnóstico do risco ao qual cada cliente está exposto, foi referida pelos enfermeiros nas unidades de registo: "avaliar o risco" e "aplicar a escala de Braden".

O processo de "avaliação do risco" destina-se à identificação dos clientes que necessitam de medidas de prevenção e a detecção dos seus factores de risco específicos¹⁹. Há quem defenda ser necessário para a avaliação do grau de risco a utilização de uma forma sistemática: uma escala validada de avaliação de risco de UPP²⁰. Por outro lado em vez de se utilizarem escalas indicadas para o efeito, são frequentemente substituídas por juízos clínicos subjectivos das enfermeiras, apesar deste método ainda não ter sido validado.

No que concerne à unidade de registo relativa à avaliação do risco com recurso à "escala de Braden", uma das recomendações para a prática clínica é efectuar uma avaliação de risco sistemática, através de escalas validadas (THE NURSING BEST PRACTICE GUIDELINE, 2003; RESEARCH DISSEMINATION CORE, 2002)

A categoria cuidados à pele, integra todos os tipos de cuidados e vigilâncias inerentes ao órgão de revestimento do corpo. Nesta categoria surgiram como unidades de registo "verificar as proeminências ósseas",

"avaliar áreas ruborizadas" e "secar a pele". Na observação da pele, é necessário ter especial atenção ao eritema não branqueável como sinal de alarme para o desenvolvimento de UPP, que se caracteriza por uma área ruborizada na pele que persiste quando pressionada momentaneamente e se mantém após o alívio (EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL AND NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL, 2009). Esta observação deverá ter abrangência à totalidade corporal, no entanto deverão ser alvos de maior atenção as proeminências ósseas (MARTINEZ, 2008; RODRIGUES, 2013).

Outro aspecto realçado pela WOUND OSTOMY CONTINENCE NURSES SOCIETY (2003) é a presença de humidade na pele, principalmente se é causada por fezes ou urina, pois esta torna-se mais vulnerável aos efeitos da fricção e da pressão do que quando se apresenta seca. Tratando-se de pessoas em ambiente domiciliário, o cuidador familiar apresenta-se como um agente de excelência para providenciar estas vigilâncias, de forma que seja um interlocutor eficaz no alerta ao enfermeiro de referência.

Relativamente à categoria posicionamentos, onde se inserem as unidades de registo "efectuar posicionamentos", "mobilizações" e "mudanças de posição" constatamos que este é um cuidado de prevenção evidenciado pelos enfermeiros e que é recomendado, principalmente por peritos, visto que as evidências científicas são limitadas.

A utilização de dispositivos de alívio de pressão surge como categoria traduzida nas seguintes unidades de registo: "colchões de pressão alterna"; "almofadas de protecção e calcanheiras". A utilidade dos dispositivos referidos é justificada quando se afirma que as superfícies dinâmicas actuam mediante um processo de alternância, que faz variar a pressão que se produz sobre as zonas de apoio (MARTINEZ, 2008). Os dispositivos estáticos são indicados para aumentar a zona de contacto do paciente, de forma

que, ao aumentar a superfície, diminui a pressão. Aqui incluem-se os revestimentos e todos os materiais de ar, espuma, poliuretano, gel, silicone e água. São ideais para pacientes com baixo risco de desenvolver úlceras por pressão (CULLUM, et al., 2004).

Centrando-nos na categoria nutrição, emergem as unidades de registo de "questionar sobre a alimentação do doente", "avaliar o estado nutricional" e "estimular a ingestão hídrica".

O estado nutricional e os aspectos relativos a uma boa alimentação do cliente devem ser avaliados pelo enfermeiro de cuidados domiciliários, pois é um aspecto protector no desenvolvimento das UPP. Quando o organismo está em défice de aporte nutritivo, a capacidade de auto-regeneração é deficiente. Por outro lado, a mal nutrição tem implicações na capacidade de resposta do sistema imunológico, potencia a redução da mobilidade, a apatia e a própria depressão, factores estes, que estão directamente relacionados com o desenvolvimento de UPP (OLIVER, 1994).

Centrando-nos na categoria educação do cliente/cuidador emergem as seguintes unidades de registo: "identificação do cuidador", "educação para a saúde ao cliente (quando possível) e ao cuidador", "delegar funções ao cuidador", "informação sobre cuidados de prevenção, factores de risco e material de prevenção". Propositadamente, deixamos esta categoria como a última relativa aos cuidados prestados, pois nela se irá congrega toda a informação anteriormente descrita sobre os cuidados. Todos esses cuidados, que o enfermeiro chama a si a responsabilidade de execução, em âmbito domiciliário, o cuidador familiar necessita de ser capacitado para os colocar em prática. Aqui reside, a relevância do cuidador!

Considerando que o cuidador familiar é o prolongamento do profissional de enfermagem no domicílio, é importante que o enfermeiro o instrua e capacite para desempenhar um papel na prevenção o mais eficiente possível. Deste modo, é uma

responsabilidade prioritária para a enfermagem assegurar-se que os cuidadores familiares têm o conhecimento e a habilidade para assegurar o protocolo de prevenção (MAKLEBUST et al, 2001; RODRIGUES, 2013). A educação dos clientes/cuidadores, deve começar imediatamente aquando da primeira visitação de identificação do cliente e devem ser integrados no processo de planificação, execução e avaliação dos cuidados de prevenção (MARTINEZ, 2008; PEREIRA E SOARES, 2012).

Noutra das questões colocadas, os enfermeiros, após afirmarem que consideravam os seus cuidados prestados como adequados às necessidades dos clientes, foram desafiados a indicar as razões que sustentam a sua percepção. As suas respostas produziram as seguintes categorias: a importância da implicação dos cuidadores informais; a frequência das visitas domiciliárias; a existência de material de prevenção; a possibilidade de formação em prevenção de UPP e a existência de um número de enfermeiros suficiente na prestação de cuidados.

Nos cuidados domiciliários, face a algumas condicionantes inerentes à dinâmica organizacional dos cuidados de saúde primários, o cuidador familiar torna-se num excelente "recurso" de trabalho, o qual poderá e deverá ser integrado pelo enfermeiro na prestação de cuidados. Assim, a implicação dos cuidadores familiares foi uma das categoria que surgiu como potenciador dos cuidados de prevenção de UPP. Este aspecto é relevado por vários autores (MAKLEBUST, 2001; RODRIGUES et al, 2011) quando afirmam que nos cuidados domiciliários a participação de um cuidador familiar na prevenção de UPP é fundamental para a continuidade desta mesma prevenção. Deste modo, e como já referido anteriormente, é uma responsabilidade prioritária para a enfermagem assegurar-se que os cuidadores informais têm o conhecimento e a capacidade para implementar os cuidados adequados e informar o enfermeiro quando surge alguma alteração ou quando não se sente

capaz de executar determinado tipo de cuidados. Para que o cliente e a família exerçam o direito à participação e à tomada de decisão sobre os cuidados, é necessário um suporte de conhecimentos gradual para uma tomada de decisão sustentada (AUSTRALIAN WOUND MANAGEMENT ASSOCIATION, 2012). Por outro lado, é importante realçar que, em certas situações, a motivação do cuidador é diminuta, pelo que se torna importante reflectir sobre ela e pensar no tempo acrescido que os enfermeiros necessitam para ajudar a superar e para dar uma resposta efetiva na educação e, posterior adesão do cuidador.

Estamos convictos que a implicação dos cuidadores familiares, será reforçada se este acompanhamento for o mais efetivo e recorrente possível, daí que a regularidade das visitas domiciliárias seja uma mais valia para o sucesso deste apoio e, por conseguinte para a prevenção das UPP. Com base na linha de pensamento de Dopieralda³⁰, justificámos uma categoria que emergiu do discurso dos sujeitos como um reforço positivo no processo de prevenção de UPP, e que se refere à frequência das visitas domiciliárias, dado que estas estão condicionadas pela quantidade de recursos humanos existentes e que quanto maior for a sua frequência mais efectivo será o acompanhamento aos clientes e aos cuidadores no domicílio.

Tratando-se de um ambiente de cuidados em que o cuidador acompanha o cliente praticamente nas 24h do dia, a existência de recursos adequados em função do risco de desenvolver UPP apresentado, é um aliado no papel por este desenvolvido.

Ao nível da categoria material de prevenção verificamos que a existência de material de prevenção suficiente para dar resposta às necessidades dos clientes em risco de desenvolver UPP é um fator realçado como potenciador da prevenção. Quando se constata que há um défice de recursos materiais, este fator torna-se limitativo para uma boa resposta de cuidados, pois eles funcionam como minimizadores da ação de fatores de risco

como a pressão e fricção, bem como reforçam a função do prestador de cuidados familiares.

Estes dispositivos são considerados, segundo as evidências disponíveis, elementos convenientes tanto para a prevenção como para o tratamento, em clientes em risco ou portadores de UPP³¹. Vários autores afirmam, ainda, que há evidências que indicam uma melhoria dos indicadores epidemiológicos de UPP relacionada com o aumento da disponibilidade de superfícies de redução da pressão.

Como temos vindo a observar, as UPP podem surgir de uma multiplicidade de fatores de risco que, por si só, induzem uma variedade de cuidados. Estas informações e estes sinais de alarme são imperiais para que se consiga efetuar uma prevenção efetiva – o que deverá ser transmitido ao cuidador familiar.

Assim, refletindo sobre a categoria formação em prevenção de UPP, esta é evidenciada como um fator benéfico para a prevenção, quando é uma aposta, tanto dos enfermeiros individualmente, como das organizações. O desenvolvimento profissional constante e uma aprendizagem ao longo da vida são conceitos bem estabelecidos para uma melhoria dos cuidados de saúde e é promovido um contínuo e atualizado processo de aprendizagem e aplicação na prática (PECK, et al.2000).

Em cuidados de saúde primários e centrando-nos na prevenção de UPP, os conhecimentos são transversais ao enfermeiro, não só como base sustentável para os cuidados que efetua, mas são, também, um instrumento no seu trabalho com o cuidador familiar. Sendo este cuidador um prolongamento do enfermeiro no domicílio é importante dotá-lo de competências para “tomar conta” do cliente nesta área de cuidados.

Indo ao encontro do que foi afirmado anteriormente e, suportando-nos em alguns dados percentuais, quando inquiridos sobre os intervenientes com responsabilidade na prevenção de UPP, 92,9% dos enfermeiros responsabilizaram

os cuidadores familiares. Mas, posteriormente, apuramos que a educação do cuidador foi um dos cuidados de prevenção enunciado apenas por 71,7% dos enfermeiros. Dado que se trata de cuidados domiciliários, onde que a presença do enfermeiro não é contínua, e se, quase na totalidade estes incutem responsabilidade ao cuidador, seria expectável uma maior percentagem de enfermeiros a valorizar a formação/implicação do cuidador.

Conclusões

Os dados obtidos neste estudo permitem-nos perceber o enquadramento que os enfermeiros fazem aos cuidadores familiares na prestação de cuidados de prevenção de UPP, em contexto domiciliário. E, considerando que os resultados de prevalência apurados neste contexto foram de 26,49%, ascendendo até aos 30,64% na população em risco de desenvolver UPP,⁹ verificamos que o acompanhamento aos cuidadores informais destes doentes deve constituir uma das preocupações para os enfermeiros.

Do discurso dos enfermeiros incluídos no estudo, maioritariamente do género feminino e de faixa etária jovem, emergiram informações sobre os cuidados de prevenção de UPP que efetuem, centrando-se na avaliação do risco de desenvolver UPP; nos cuidados à pele; nos posicionamentos; na aplicação de dispositivos de alívio de pressão; na preocupação com o estado nutricional e na educação do cliente/cuidador. Realçamos que os cuidados referidos vão ao encontro do preconizado pela maioria dos peritos e das associações ligadas à área, valorizados pelo facto de se basearem na melhor evidência disponível.

Os cuidados de prevenção reportam-se, em primeira instância, ao diagnóstico de risco de desenvolver UPP, que se apresenta como uma área altamente sensível à enfermagem, mas que, dependendo do contexto em que se apresente o cliente, bem como dos fatores de risco e patologias

associadas, a responsabilidade do desenvolvimento da UPP poderá ser partilhado com outros intervenientes. Assim, sendo num contexto domiciliário, torna-se necessário que o enfermeiro capacite o cuidador familiar para avaliar precocemente a presença de fatores de risco e que reporte ao enfermeiro, evitando o desenvolvimento de UPP.

Os cuidados de enfermagem na prevenção das UPP no domicílio são influenciados positiva ou negativamente por vários fatores. No que diz respeito a este aspeto, a implicação dos cuidadores familiares demonstra-se como um fator positivo e de potenciação dos cuidados no sentido de evitar o desenvolvimento das UPP. Por conseguinte, verificam-se outros fatores que são coadjuvantes para o melhor desempenho do cuidador no que concerne a uma maior efetividade na prevenção das UPP. Referimo-nos à frequência das visitas domiciliárias que permitem um acompanhamento mais próximo e contínuo, à presença de material suficiente e adequado em função do risco do cliente e a formação específica tanto para os cuidadores como para os enfermeiros.

Apesar do reconhecimento do maior aprofundamento que este estudo poderia ter alcançado, consideramos que o mesmo nos coloca perante a necessidade de investigar com maior efetividade a implicação dos cuidadores familiares de pessoas com risco de desenvolver UPP e com UPP adquiridas, de forma a avaliar as suas necessidades. Será com base nestas que se poderão induzir responsabilidades de acompanhamento a diferentes níveis e com abordagens multidisciplinares dirigidas.

Referências Bibliográficas

AUSTRALIAN WOUND MANAGEMENT ASSOCIATION. - **Pan Pacific Clinical Practice Guideline for the Prevention and Management of Pressure Injury**. Cambridge Publishing: Osborne Park, WA, 2012

BERGSTROM E BRADEN, - A prospective study of pressure sore risk among institutionalized elderly. *J A m Ger Soc*, 40. (1992), p.748-58.

BOSTROM J. & KENNETH H. - Staff nurse knowledge and perceptions about prevention of pressure sores. *Dermatologic Nursing* 4, (1992) 365-368.

CULLUM N, MCINNES E, BELL-SYER SEM, LEGOOD R. - **Support surfaces for pressure ulcer prevention : The Cochrane Library**, Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd, 2004

DOPIERALDA - 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: (2007) 81 -84

EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL AND NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL. - **Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide**. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009

EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL AND NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL. AND PAN PACIFIC PRESSURE INJURY ALLIANCE - **Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide**. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2014

FERREL, B.; JOSEPHSON, K.; NORVID, P; ALCORN, H. - Pressure ulcers among patients admitted to home care. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49 (5). (2000) 1042-1047.

FORTIN, M. - **Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação**. Lusodidacta. ISBN: 9789898075185, 2009

FRANTZ, RA, HSIAO-CHEN TANG, J, TITLER, Mg - Evidence-Based protocol prevention of pressure ulcers. *J Gerontol Nur*; 30, 2 (2004) 4-11.

GRUPO ICE - **Prevenção de úlceras por pressão: Manual de orientações.** 2ª Edição. Angra do Heroísmo. ISBN: 978-972-8612-43-6, 2010

HALFENS RJG, BOURS GJJW, BRONNER CM. (2001). The impact of assessing the prevalence of pressure ulcers on the willingness of health care institutions to plan and implement activities to reduce the prevalence. *Journal of Advanced Nursing*, 36(5) (2001) 617-625.

IMAGINARIO, C. (2004). **O idoso dependente em contexto familiar: uma análise da visão da família e do cuidador principal.** Coimbra: Formasau, 2001

LAMANTIA, J. (2000). **Integridade da pele. In Enfermagem de reabilitação – Aplicação e processo.** Loures: Lusodidacta, 2000

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

MAKLEBUST J.A. e SIEGGREEN M. - **Pressure Ulcers. Guideline for Prevention and Management**, 3rd edn. Springhouse Corporation, Springhouse, PA., 2001

MARTINEZ - **Las Úlceras por Presión: Una problemática prevenible: Enfermagem e Úlceras por Pressão: Da Reflexão sobre a Disciplina às Evidências nos Cuidados.** GRUPO ICE: Angra do Heroísmo, ISBN: 978-972-8612-41-2, 2008

MARTINS, T. - Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI)- Reavaliação das propriedades. *Revista Referência* . 11 (2004)11-31.

OLIVER E. - **Maintaining Nutritional Support in the Community.** 21st Conference of the Society. Bristol, 1994

PECK C, [et al.]. - Continuing medical education and continuing professional development: international comparisons. *BMJ*, 320: (2000) 432–5.

PEREIRA, S.; SOARES, H. - Úlceras por pressão: percepção dos familiares acerca do impacto emocional e custos intangíveis. *Revista Referência*. III Série nº 7. (2012)

RESEARCH DISSEMINATION CORE - **Prevention of Pressure Sore.** Gerontological Nursing Interventions Research Center, University of Iowa: Iowa City. 2002

RICE, R. - **Prática de Enfermagem nos Cuidados Domiciliários.** Loures: Lusociência, 2004

RODRIGUES, A. - Ser cuidador informal de pessoa com úlcera por pressão no Arquipélago dos Açores, Tese de Doutoramento. Universidad Rovira i Virgili: Facultad de Enfermería, 2013

RODRIGUES, A.; Verdú, J. - Factores influenciadores dos cuidados de enfermagem domiciliários na prevenção de úlceras por pressão. *Revista referência*. III Série nº5 , (2011)

ROYAL COLLEGE OF NURSING. - **Pressure ulcer risk assessment and prevention. Implementation guide and audit protocol.** Cavendish Square: London, 2001

SERVICIO ANDALUZ DE SALUD - **Guía de práctica clínica para la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión.** Servicio Andaluz de Salud, 2007

THE NURSING BEST PRACTICE GUIDELINE (2003). Risk Assessment and Prevention of Pressure Ulcers. Registered Nurses' Association of Ontario, Ontario. Consultado em <http://www.rnao.org> a 30 Junho 2008

TORRA I BOU , JE, RUEDA J, CANTÓN R. - Reducción de la presión en zonas de riesgo para desarrollar úlcera por presión con un apósito hidrocélular. *Rev Rol Enf*; 23 (3) (2000) 211-218.

VANDEBOSCH T., [et al.] - Predictive validity of the Braden scale and nurse perception in identifying pressure ulcer

risk. **AppliedNursing Research** 9(2), (1996)
80–86.

VERDÚ, J. - Epidemiología, Prevención y Tratamiento de las Úlceras por Presión. Tese de doutoramento apresentada em Outubro na Universidade de Alicante p.11-13, 2005

WOUND OSTOMY CONTINENCE NURSES SOCIETY - **Guideline for prevention and management of pressure ulcers**. Glenview, 2003