

PADRÕES DE QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

**PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE DOS
CUIDADOS DE ENFERMAGEM:**

**A QUALIDADE DOS CUIDADOS NA PREVENÇÃO,
MONITORIZAÇÃO E REGISTO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO
NO CHMT**

TRABALHO ELABORADO POR:

Catarina Vieira, Clara Cação, Cláudia Neves, Diana Costa, Inês Santarém

ABREVIATURAS/ SIGLAS/ ACRÓNIMOS

CHMT – Centro Hospitalar Médio Tejo

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção Geral de Saúde

EPUAP – European Pressure Ulcer Advisory Panel

IMP - Impresso

IT – Instrução de Trabalho

NPUAP – National Pressure Ulcer Advisory Panel

Pág. - Página

PPQCE – Projeto Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

PT – Protocolo de Trabalho

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UP – Úlceras de Pressão

ÍNDICE

Pág.

1- IDENTIFICAR E DESCREVER O PROBLEMA	8
2- PERCEBER O PROBLEMA.....	7
3- FORMULAR OBJETIVOS INICIAIS	12
4- PERCEBER AS CAUSAS DO PROBLEMA	12
5- PLANEAR E EXECUTAR AS TAREFAS.....	16
6 - AVALIAÇÃO DO PROGRAMA.....	17
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	18

ANEXOS

ANEXO I - PROTOCOLO DE TRABALHO: "MEDIDAS DE PREVENÇÃO FACE AO RISCO DE ÚLCERA DE PRESSÃO" PT.GRL.052

ANEXO II - DIRETRIZES PARA A PREVENÇÃO DE UP BASEADAS EM NÍVEIS E FORÇAS DA EVIDÊNCIA

ANEXO III - INSTRUÇÃO DE TRABALHO: "AVALIAÇÃO DO GRAU DE RISCO DE ÚLCERA DE PRESSÃO" IT.GRL.354

ANEXO IV - IMPRESSO: "MEDIDAS DE PREVENÇÃO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO" IMP.GRL.360

ANEXO V - IMPRESSO: "LISTA DE VERIFICAÇÃO - AUDITORIA INTERNA: PROJETO ÚLCERAS DE PRESSÃO" IMP.GRL.022

ANEXO VI - INDICADORES: "TAXA DE INCIDÊNCIA DE ÚLCERAS DE PRESSÃO", "TAXA DE PREVALÊNCIA DE ÚLCERA DE PRESSÃO", "TAXA DE EFETIVIDADE DIAGNÓSTICA DO RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO", "TAXA DE EFETIVIDADE NA PREVENÇÃO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO", "TAXA DE RESOLUÇÃO (CICATRIZAÇÃO) DE ÚLCERAS DE PRESSÃO".

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1 – Diagrama de Causa Efeito (Ishikawa ou Espinha de Peixe).....	12

ÍNDICE DE TABELAS

	Pág.
Tabela 1 – Critérios explícitos – normativos: PT.GRL.052 e IT.GRL.354	14
Tabela 2 – Planeamento de Atividades.....	17

1- IDENTIFICAR E DESCREVER O PROBLEMA

No ano de 2008, a Direção de Enfermagem do Centro Hospitalar Médio Tejo (CHMT) definiu como prioridade, em termos de qualidade, a monitorização do número de Úlceras de Pressão (UP). Esta decisão teve como ponto de partida as orientações da Direção Geral de Saúde (DGS) e da *Joint Comission Internacional*.

Ainda que nesse momento não fosse conhecida a real dimensão do problema, estabeleceram-se como objetivos: monitorizar o número de UP - Taxa de Prevalência; o número de novos casos de UP - Taxa de Incidência; e a implementação das medidas de prevenção de UP - Taxa de efetividade na prevenção de complicações - UP.

Não existem dados concretos e fidedignos sobre as taxas de incidência, prevalência e de efetividade na prevenção de complicações - UP no CHMT até ao ano de 2012. Embora existam dados produzidos individualmente por alguns serviços, estes não podem ser extrapolados para o CHMT.

No âmbito do Projeto Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem do CMHT em parceria com a Ordem dos Enfermeiros foi criado o Grupo de Úlceras de Pressão em 2013, sendo que um dos objetivos foi monitorizar os dados e taxas relativos às UP, bem como perceber a realidade da problemática das UP no CHMT.

Neste contexto, surgiu a necessidade da elaboração de um projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, que garantisse a prestação de cuidados preventivos de UP e a otimização dos registos de enfermagem.

As UP constituem um **problema centrado na pessoa**, sensível à prática autónoma de enfermagem e conducente a ganhos em saúde e otimização de custos. As **intervenções de enfermagem** no âmbito da prevenção das UP permitem uma melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

O presente projeto enquadra-se nos **enunciados descritivos** dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem “Prevenção de Complicações” e “Organização dos Cuidados de Enfermagem”.

Úlcera de Pressão é um **foco** de enfermagem que se define como “inflamação ou ferida sobre as proeminências ósseas devido a compressão e fricção da pele entre o osso e a superfície

subjacente, em que os estádios são graduados segundo a gravidade” (ICN, 2011). O foco UP consta do Resumo mínimo de dados e Core de Indicadores de Enfermagem.

2- PERCEBER O PROBLEMA

A prevalência e/ou incidência das UP permanece elevada, apesar da modernização dos cuidados de saúde, particularmente nas pessoas hospitalizadas. Constitui, assim, uma causa importante de morbilidade e mortalidade, afetando a qualidade de vida da pessoa e dos seus cuidadores com uma consequente sobrecarga económica para os serviços de saúde.

Segundo a European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP, 2009) a incidência de UP em Portugal é de 11,5% e a prevalência de 12,5%. No CHMT relativamente aos anos de 2012 e 2013, a taxa de incidência de UP foi de 0,96% e de 0,66% respetivamente. A taxa de prevalência em 2012 foi de 5,53% e em 2013 de 6,15%.

Existe uma enorme diferença destes indicadores em relação à média nacional, o que nos leva a questionar a fidelidade destes resultados, nomeadamente, pelas limitações do sistema produtor de resultados – Plataforma Informática “Gerenciador de relatórios”.

A evidência científica sugere que a equipa de enfermagem através dos seus conhecimentos específicos tem um papel preponderante na problemática das UP pois, através do tratamento e sistematização do cuidado responde pelas ações de preservação da pele.

Muitos são os fatores que justificam a importância atribuída à prevenção de UP com destaque especial para o impacto que a lesão tem sobre a segurança e qualidade de vida da pessoa. Para além disso, medidas preventivas resultam em taxas menos elevadas de prevalência e/ou incidência deste evento indicando qualidade da assistência prestada.

De acordo com dados da DGS (2013), estima-se que cerca de 95% das UP são evitáveis através da identificação precoce do grau de risco. O conhecimento da etiologia e fatores de risco associados ao desenvolvimento de UP são a chave para o sucesso das estratégias de prevenção. Deste modo, para se poder intervir tem que se atender aos vários fatores de risco Intrínsecos (Faixa Etária, Doenças sistémicas, Mobilidade, Desnutrição, Peso corporal, Humidade/Incontinência) e Extrínsecos (Pressão exercida, Fatores químicos extrínsecos, Higiene corporal inadequada, Fricção e forças de cisalhamento) à pessoa para o desenvolvimento de UP.

Ao longo do tempo e face aos avanços científicos as UP foram adquirindo diversas definições. A EPUAP (2009) e a National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP, 2009) definem UP como uma

área de lesão localizada na pele e/ou tecidos subjacentes, normalmente sobre uma proeminência óssea, em resultado da pressão ou de uma combinação entre esta e forças de torção/cisalhamento. A localização das UP está associada às proeminências ósseas e estão sempre relacionadas com a atitude postural da pessoa (Rocha et al, 2006).

A NPUAP/EPUAP (2009) desenvolveram um sistema de classificação em categorias comum para as UP utilizado pela comunidade internacional. Tem como objetivo facilitar a identificação da lesão a partir da descrição das suas características. Consideram-se, deste modo, quatro categorias de classificação para UP (Anexo I): Categoria I- Eritema não branqueável, Categoria II- Perda parcial da espessura da pele, Categoria III- Perda total da espessura da pele e Categoria IV- Perda total da espessura dos tecidos.

Para a prevenção de UP a NPUAP/EPUAP publicaram em 2009 um documento com as principais diretrizes, baseadas em níveis e força da evidência para a prevenção de UP (Anexo II).

A prevenção das UP inicia-se pela identificação das pessoas em risco, a fim de programar a melhor estratégia e impedir o surgimento da lesão. Assim, a DGS (2009) recomendou a aplicação da Escala de Braden por ser a escala que a EPUAP considera, até ao momento, a que apresenta maior fiabilidade e menor custo. É aplicada no CHMT.

Nas orientações da NPUAP/EPUAP (2009) as estratégias para a prevenção das UP incluem também os cuidados e avaliação da pele, medidas de alívio da pressão e reposicionamento.

A avaliação da integridade da pele no momento da admissão da pessoa e diariamente é uma das principais medidas preventivas, uma vez que existe uma monitorização desde o início, podendo ser implementadas ações que evitarão futuras lesões.

Outros cuidados essenciais que se devem ter, e que a DGS (2007) recomenda, consideradas boas práticas, são a aplicação de creme hidratante, pelo menos uma vez ao dia, não massajar sobre proeminências ósseas ou zonas ruborizadas (os capilares já estão afetados) e proteger a pele da humidade excessiva. A NPUAP/EPUAP (2009) refere ainda, que se deve vigiar a pele quanto a danos causados por pressão devido a dispositivos médicos, nomeadamente cateteres, tubos de oxigénio, sonda nasogástrica, entre outros.

Dos fatores extrínsecos que predispõem o aparecimento de UP, a literatura aponta a pressão como o de maior relevância. O processo de decisão de utilização de um dispositivo de alívio de pressão é dinâmico e ajustável às modificações do estado clínico da pessoa, devendo ter em conta o contexto onde são prestados os cuidados (Anexo II). Na realidade hospitalar a escolha

deve ter em consideração fatores como o nível de mobilidade da pessoa na cama, o seu conforto, a necessidade de controlar o microclima e atender ao local e às circunstâncias da prestação de cuidados.

A medida básica mais importante na prevenção de UP é a mudança periódica de posicionamento da pessoa (Anexo II). A aplicação direta de pressão superior à pressão do encerramento dos capilares, sobre a pele e tecidos moles provoca hipoxia em toda a região abrangida, e a pressão e o tempo a que os tecidos a ela estão sujeitos, são fatores determinantes no aparecimento de UP. O alívio da pressão sobre uma proeminência óssea por 5 minutos a cada 2h permite a adequada recuperação do tecido à agressão isquémica e evita, muitas vezes, a formação de uma lesão (Wada et al, 2010).

Salientam-se as recomendações da NPUAP/EPUAP (2009):

- ✓ Alternar decúbitos em todas as pessoas que se encontrem em risco de desenvolver UP. Deve ser executada para reduzir a duração e magnitude da pressão sobre as áreas vulneráveis do corpo, logo, é importante reduzir-se o tempo e quantidade de pressão a que estas áreas estão expostas;
- ✓ A frequência dos posicionamentos será influenciada por variáveis relacionadas com a pessoa, nomeadamente a tolerância dos tecidos da pessoa, o seu nível de atividade e mobilidade, condição clínica geral, avaliação da condição individual da pele e objetivos gerais do tratamento, e pelas superfícies de apoio em uso. Caso a pessoa não responda ao regime de posicionamentos conforme o pretendido deve-se reconsiderar a frequência e método dos posicionamentos.

A documentação dos posicionamentos é importante e tendo em conta que o sistema informático utilizado no CHMT - SClínico, permite elaborar um plano de cuidados, onde é possível especificar a frequência de posicionamentos a efetuar para cada pessoa, deve-se sempre registar a posição adotada pela pessoa em cada posicionamento, sua tolerância e resultados obtidos.

Pode concluir-se pela revisão da literatura realizada, que a atuação dos enfermeiros para a prevenção das UP junto das pessoas é insubstituível e o correto registo das UP, sua identificação e classificação adequadas também. Pinto (2009) citando Figueiro-Rêgo (2003) referem que os registos de enfermagem geram informação que servem como base para a prestação de cuidados de qualidade.

Apurou-se no CHMT, na análise efetuada aos registos de enfermagem, que nos anos de 2012 e de 2013 a maior percentagem de UP ocorreu nas pessoas com avaliação de alto risco. Em 2% das

para as pessoas não foi efetuada a aplicação da Escala de Braden, no momento do acolhimento, tal como se encontra definido na Instrução de Trabalho (IT) – Avaliação do Grau de risco de UP. Concluiu-se, ainda, que foram as pessoas com idade superior a 80 anos, do género masculino e com patologia respiratória, que desenvolveram a maioria das UP. A maior percentagem de pessoas com UP verificou-se no intervalo compreendido entre 6 a 15 dias de internamento.

Salienta-se que a maioria das UP foi de Categoria II. Relativamente à localização anatómica predomina a região sacrococcígea e a região dos calcanhares. Sendo de referir, que, houve um aumento do número de UP de categorias I, II e IV em 2013, e um decréscimo na ocorrência de UP de Categoria III relativamente ao ano de 2012. Salienta-se ainda que nos dois anos em análise não houve registo da localização anatómica numa percentagem superior a 30%. Relativamente à taxa de efetividade na prevenção de complicações – UP, não existem dados disponíveis de 2012, sendo que em 2013 foi de 79,2%.

Das intervenções para a prevenção de UP as mais utilizadas em 2012 e 2013 foram: “Monitorizar o risco de úlcera de pressão através da Escala de Braden” e “Posicionar a pessoa” em percentagens superiores a 90%. As restantes intervenções foram aplicadas em percentagens inferiores a 75%. Apurou-se que apenas dois serviços do CHMT evidenciaram registos de ensinamentos aos cuidadores sobre medidas de prevenção e controlo de UP.

Através da análise rigorosa dos processos de enfermagem efetuada pelo grupo, verificou-se ainda a existência de registos que não cumprem o Protocolo (PT) e IT definidas pela instituição.

No que diz respeito à prevenção de UP as intervenções autónomas do Enfermeiro têm grande impacto, conforme se pode observar na Figura 1 – Diagrama de Causa Efeito (Ishikawa ou Espinha de Peixe). Os cuidados necessários à restituição da integridade cutânea são complexos e exigem a participação de uma equipa multiprofissional. Contudo, as atuações do Enfermeiro sobrepõem-se à dos outros profissionais da equipa interdisciplinar, uma vez que é o profissional da equipa em maior contacto com as pessoas. Assim, é fundamental que os enfermeiros desenvolvam competências constituindo-se agentes pró ativos na implementação de métodos eficazes. De acordo com as *Guidelines* internacionais a política a implementar deve ter em conta as seguintes orientações: Avaliação de risco; Avaliação e cuidados à pele; Superfícies de apoio para alívio de pressão e o Reposicionamento.

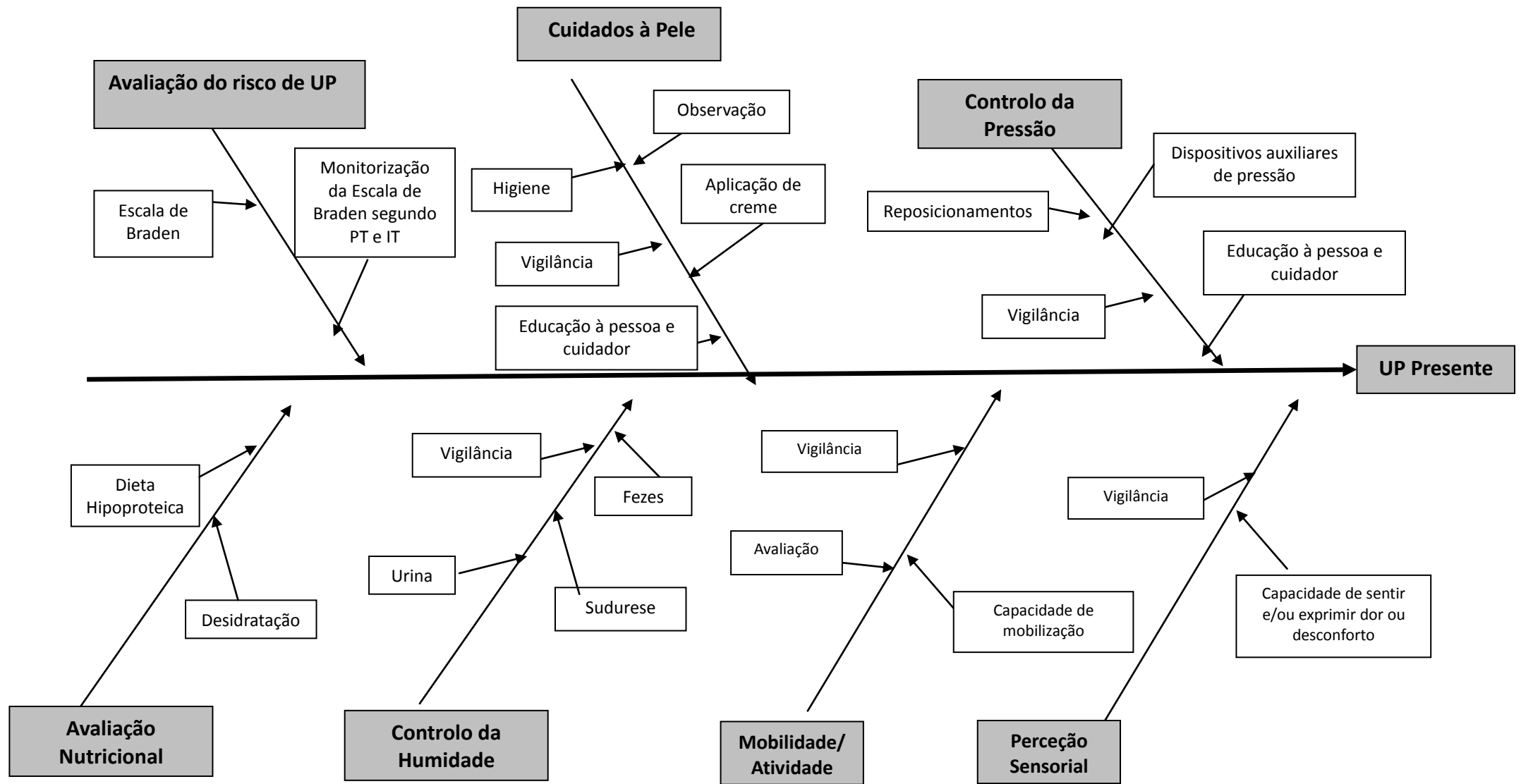


Figura 1 - Diagrama de Causa Efeito (Ishikawa ou Espinha de Peixe)

3- FORMULAR OBJETIVOS INICIAIS

De acordo com o que foi anteriormente referido formulamos os seguintes objetivos:

- Registar todas as UP nos serviços do CHMT;
- Uniformizar procedimentos inerentes à prevenção de UP;
- Otimizar o registo das intervenções autónomas de enfermagem do foco Úlcera de pressão no aplicativo informático SClinico ou em suporte de papel;
- Obter indicadores relacionados com as UP.

4- PERCEBER AS CAUSAS DO PROBLEMA

Existem elevadas taxas de incidência e prevalência hospitalar a nível nacional, como constatado na revisão da literatura efetuada. A diminuição destas taxas passa pela implementação de medidas de prevenção.

Se analisarmos isoladamente a taxa de incidência e de prevalência, estas seriam indicadores ótimos da qualidade de cuidados prestados. No entanto, os dados recolhidos são referentes a um ano de grandes reestruturações ao nível do CHMT, com o encerramento, reorganização e criação de serviços, com consequente mobilidade de enfermeiros, o que conduz à perceção de que eventualmente esta não será a realidade no CHMT. Deste modo, considera-se indispensável a continuidade na monitorização dos indicadores das UP para efeitos comparativos futuros e a implementação de medidas de prevenção de UP. Para tal, são necessários registos corretos e rigorosos, cumprindo-se a IT de avaliação de risco de UP e o PT de medidas de prevenção face ao risco de UP em vigor no CHMT.

A prossecução do Projeto respeitará os passos a seguir apresentados:

a) Identificação da dimensão em estudo

- Adequação técnica científica (os cuidados de enfermagem devem seguir os critérios da qualidade definidos).

b) Unidades de estudo

- Utilizadores incluídos na avaliação: Todas as pessoas admitidas nos serviços de internamento (inclui serviços de Pediatria, UCI), unidade de cuidados paliativos, e Serviços de urgência (face a internamento administrativo) do CHMT. Em todos os contextos assistenciais decorrentes do internamento (bloco operatório, recobro, unidades de exames especiais).
- Profissionais em avaliação: Enfermeiros.
- Período de tempo que se avalia: Janeiro a Dezembro de 2014.

c) Tipo de dados a colher

- Os dados recolhidos serão para a produção de indicadores epidemiológicos, de processo e de resultado.

d) Fonte de dados

As fontes de dados a utilizar são:

- SClinico;
- Plataforma Informática SGQu@L (notificação de eventos de UP);
- Plataforma Informática PQCE – Indicadores.

e) Tipo de Avaliação

A avaliação será:

- Interna (Elemento dinamizador do PPQCE no serviço e/ou enfermeiros do Grupo de trabalho UP) e inter-pares.

f) Critérios de avaliação

Os critérios de avaliação serão:

- Interna: Critérios explícitos.

Será importante referir que haverá indicação sobre as medidas adequadas para a prevenção de ocorrência de UP normalizadas no PT e IT que serão revistos sempre que necessário. Em todos as pessoas que apresentem UP ocorrida no serviço será auditada a correta implementação das medidas implementadas no PT.GRL.052 “Medidas de Prevenção face ao risco de Úlcera” e IT.GRL.354 “Avaliação do grau de risco de Úlcera de Pressão” (Anexo III).

Tabela 1 – Critérios explícitos – normativos: PT.GRL.052 e IT.GRL.354

CRITÉRIOS	EXCEPÇÕES	ESCLARECIMENTOS
O enfermeiro:		
1. Avalia e regista no SClinico a integridade cutânea a todas as pessoas no momento do acolhimento	Serviços sem SClinico registam no IMP.URG.002	IT.GRL.354
2. Identifica fatores extrínsecos e intrínsecos para a ocorrência de UP	Não há	PT.GRL.052
3. Identifica as áreas de risco para a ocorrência de UP	Não há	PT.GRL.052
4. Identifica a existência de UP e classifica-a segundo a	Não há	IT.GRL.354

categoria		
5. Faz o registo da UP no SClínico	Serviços sem SClínico registam no IMP.GRL.310 e/ou IMP.GRL.308	IT.GRL.354
6. Formula o diagnóstico de enfermagem para cada UP de acordo com a categoria, localização e topologia no SClínico	Serviços sem SClínico registam no IMP.GRL.310 e/ou IMP.GRL.308	IT.GRL.354
7. Avalia o grau de risco de UP a todas as pessoas recorrendo à Escala de Braden no SClínico ou Braden Q no IMP.GRL.359 em função da idade	Situação de assistência ambulatoria ou em qualquer situação em que não está previsto tempo de internamento superior ou igual a 24 horas e Portadores de doença mental e de patologia em que esteja implícito o risco de automutilação; Serviços sem SClínico registam no IMP.GRL.349	IT.GRL.354
8. Reavalia o grau de risco de UP de 48/48 horas nos serviços de internamento e unidade de cuidados paliativos; de 24/24 horas nos serviços de urgência e UCI	Não há	IT.GRL.354
9. Formula o diagnóstico de enfermagem de UP segundo o grau de risco no SClínico	Serviços sem SClínico registam no IMP.GRL.349	IT.GRL.354
10. Prescreve as intervenções segundo o grau de risco de UP no SClínico	Serviços sem SClínico registam no IMP.GRL.360 (Anexo IV)	PT.GRL.052

g) Colheita dos dados

Os dados são obtidos automaticamente através da plataforma informática PQCE–Indicadores.

Os responsáveis pela consulta e análise dos dados são:

- Interna: Enfermeiro chefe/Responsável do serviço ou elementos dinamizadores do PPQCE ou enfermeiros cooperantes do Grupo de Trabalho UP e enfermeiros do Grupo de Trabalho UP.

h) Relação Temporal

Avaliação dos dados: retrospectiva.

i) Definição da população

População: todas as pessoas admitidas nos serviços de internamento (inclui serviços de Pediatria, UCI), Unidade de cuidados paliativos e Serviços de urgência (face a internamento administrativo) do CHMT. Em todos os contextos assistenciais decorrentes do internamento (bloco operatório, recobro, unidades de exames especiais) entre 01 Janeiro de 2014 a 31 Dezembro de 2014.

j) Tipo de intervenção prevista:

- Medidas educacionais: Formação em serviço aos Enfermeiros Chefes/Responsáveis de serviços e elementos dinamizadores do PPQCE e enfermeiros cooperantes do Grupo de Trabalho UP.
- Medidas estruturais: Reformulação do PT “Medidas de Prevenção face ao risco de Úlcera de Pressão”, IT “Avaliação do Grau de Risco de Úlcera de Pressão” e Impresso “Medidas de Prevenção de Úlceras de Pressão”.

5- PLANEAR E EXECUTAR AS TAREFAS

Tendo em atenção ao atrás referido ir-se-ão desenvolver as seguintes atividades:

Tabela 2 - Planeamento de Atividades

TAREFA	QUEM	QUANDO	METAS
Reestruturação das plataformas informáticas produtoras de dados e de indicadores das UP	Grupo das UP Programadores Informáticos	Primeiro semestre 2014	Extração de dados e indicadores fidedignos
Reformulação do PT “Medidas de Prevenção face ao risco de UP”, IT “Avaliação do Grau de Risco de UP” e IMP “Medidas de Prevenção de UP”	Grupo das UP	Primeiro semestre 2014	PT, IT e IMP homologados até ao final de Julho 2014
Elaboração do IMP “Lista de Verificação – Auditoria Interna: Projeto Úlceras” (Anexo V)	Grupo das UP	Primeiro Semestre 2014	IMP homologado até ao final de Julho 2014
Formação em serviço “Projeto: Úlceras de Pressão - Padrões de Qualidade dos Cuidados de enfermagem” aos enfermeiros chefes/Responsáveis de serviços e elementos dinamizadores do PPQCE e enfermeiros cooperantes do Grupo de Trabalho UP	Grupo das UP	Primeiro semestre 2014	Que os enfermeiros tenham conhecimento e apliquem as alterações efetuadas ao PT e IT
Auditoria aos processos clínicos com evento de UP “Úlcera de Pressão Presente”	Enfermeiros chefes/Responsáveis de serviços e/ou elementos dinamizadores do PPQCE e/ou enfermeiros cooperantes do grupo e Grupo das UP	Ano 2014	Identificar oportunidades de melhoria e implementar medidas corretivas

6- AVALIAÇÃO DO PROJETO

Indicadores (Anexo VI):

Epidemiológicos

Taxa de incidência de UP.

Taxa de prevalência de UP.

De Processo

Taxa de efetividade diagnóstica do risco de UP.

De Resultado

Taxa de efetividade na prevenção de UP.

Taxa de resolução (cicatrização) de UP.

De Estrutura

Critérios de qualidade (PT e IT).

Plataforma informática SGQu@L- notificação de evento UP.

Plataforma informática PQCE-indicadores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALBERT, Einstein - **Protocolo de Prevenção de Úlcera por Pressão**. Brasil: Sociedade Beneficiente Israelita Brasileira, 2010.
- ALVES, P., OLIVEIRA, J., DIAS, V., MOTA, F. **Prevenção de Úlceras de Pressão na posição de sentado: indicações práticas**. *Revista Nursing*. Portugal; Série: 22, nº. 263, (2010),p. 2-6.
- DEFLOOR, Tom; SCHOONHOVEN, Lisette; FLETCHER, Jacqui; FURTADO, Katia *et al*- **Pressure Ulcer Classification** [em linha] [consultado em Maio 2013]. Disponível na internet: <http://www.puclas.ugent.be/puclas/esp/>
- DIRECCÇÃO GERAL DE SAÚDE. Orientação da DGS nº17/2011 de 19/05/2011. **Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q)**. Lisboa: DGS, 2011.
- DIRECCÇÃO GERAL DE SAÚDE - **Orientações de abordagem em cuidados Continuados Integrados - Úlceras de pressão prevenção**, 2007. Disponível na internet:<http://www.acss.min.saude.pt/Portals/0/%C3%9Alceras%20de%20Press%C3%A3o%20-%20Preven%C3%A7%C3%A3o.pdf>.
- DIRECCÇÃO GERAL DE SAÚDE- **Prevenção das Úlceras de Pressão** [em linha] [consultado em Maio 2013]. Disponível na internet: <https://www.dgs.pt/ms/8/pagina.aspx?codigoms=5521&back=1&codigono=001100150176AAAAAAAAAAAAA>
- DUQUE, *et al* - **Manual de Boas Práticas- Guia para Enfermeiros**. Coimbra: Formasau– Formação e Saúde, Lda., 2009.
- EPUAP/NPUAP. European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel - **Prevention and treatment of pressure ulcers**: Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009.
- EPUAP\NPUAP - **Guidelines Internacionais Úlceras de Pressão** - Disponível em: www.epuap.org, 2009.
- EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL; NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL - **Prevenção das úlceras de pressão: Guia de consulta rápido**. [em linha]. [consultado em Julho 2013]. Disponível em http://gaif.net/sites/default/files/Guideline_Prevencao_da_UPressao_PT.pdf
- EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL; NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL - **Prevenção das úlceras de pressão: Guia de consulta rápido**. Trad. de Filomena Mota, Domingues Malta, Rita Videira, Lúcia Vales e Paulo Alves, 2009.

- FERREIRA, P., MIGUÉNS, C., GOUVEIA, J., FURTADO, K. - **Risco de Desenvolvimento de Úlceras de Pressão: Implementação Nacional da Escala de Braden**. 1ª ed. : Coimbra: Lusociência, 2007.
- GOULART (S/D) - **Prevenção de úlcera por pressão em pacinetes acamados: uma revisão de literatura**.
- ICN - **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem** Versão 2. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2011.
- MORISON, M. - **Prevenção e tratamento de úlceras de pressão**. Loures: Lusociência, 2004.
- MOTA, R., MOTA, F., ALVES, P. - **A massagem como método de prevenção de úlceras de pressão: Sim ou Não?** *Revista Nursing*. Portugal, nº. 260, (2010), p. 1-7.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, enquadramento conceptual, enunciados descritivos**. Lisboa, 2001.
- PINTO, Liliana Filipa Bandeira - **Sistemas de Informação e profissionais de enfermagem**. Dissertação de Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde. Vila Real, 2009.
- REGULAMENTO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO (REPE). **Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (EOE)** aprovado pelo Decreto-lei nº 104/98, alterado pela Lei Nº. 111/2009.
- ROCHA, J.A; Miranda, M.J.; Andrade, M.J. - **Abordagem Terapêutica das úlceras de Pressão - Intervenções baseadas na evidência**. Porto, 2006.
- SERPA, L. et al. - **Predictive Validity of the Braden Scale for Pressure Ulcer Risk in Critical Care Patients**. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 19 (1), (2011). 50-7.
- SOLDEVILLA, J., TORRA, J. - **Atencion Primária de las heridas crónicas**. Madrid: António Lopez, 2004.
- WADA, Alexandra; NETO, Teixeira Nuberto; FERREIRA, Castro Marcus - **Úlceras por Pressão**, *Revista de Medicina São Paulo*, Julho - Dezembro de 2010.

ANEXOS

ANEXO I

Protocolo de Trabalho:

**“Medidas de Prevenção face ao risco de Úlcera de Pressão”
PT.GRL.052**

ANEXO II

**Diretrizes para a prevenção de UP baseadas em níveis e forças da
evidência**

A Ordem dos Enfermeiros preconiza que, no processo de tomada de decisão, o Enfermeiro deve incorporar resultados de investigações científicas na sua prática e utilizar Guias Orientadores da boa prática para a melhoria da qualidade do exercício profissional.

No que diz respeito à prevenção de UP muitas são as evidências científicas já disponíveis para apoiar a prática dos Enfermeiros. A NPUAP/EPUAP publicaram em 2009 um documento com as principais diretrizes, baseadas em níveis e força da evidência para prevenção de UP, tal como se pode visualizar nos Quadros 1 e 2.

Quadro 1 - Nível de evidência para estudos individuais (Adaptado de EPUAP, 2009)

<i>Nível de evidência</i>	<i>Descrição</i>
1	Grandes estudos aleatórios com resultados claros (e baixo risco de erro).
2	Pequenos estudos aleatórios com resultados incertos (risco moderado a alto de erro).
3	Pequenos estudos aleatórios com resultados incertos (risco moderado a alto de erro).
4	Estudos não aleatórios com concorrentes históricos.
5	Estudo de caso sem controlo. Especificar número de sujeitos.

Quadro 2 - Escala da força de evidência para cada recomendação (Adaptado de EPUAP, 2009)

<i>Força da evidência</i>	<i>Descrição</i>
A	A recomendação é suportada por uma evidência científica direta, proveniente de estudos controlados, adequadamente desenhados e implementados, em úlceras de pressão em humanos (ou em humanos em risco de úlcera de pressão), fornecem resultados estatísticos que suportam de forma consistente a recomendação (são exigidos estudos de nível 1).
B	A recomendação é suportada por uma evidência científica direta de estudos clínicos, adequadamente desenhados e implementados, em úlceras de pressão em humanos (ou em humanos em risco de úlcera de pressão), que fornecem resultados estatísticos que suportam a recomendação de forma consistente (estudos de nível 2, 3, 4 e 5).
C	A recomendação é suportada por uma evidência indireta (isto é, estudos em sujeitos humanos saudáveis, humanos com outro tipo de feridas crónicas, modelos animais) e/ou a opinião de peritos.

O primeiro passo para a prevenção das UP é identificar as pessoas em risco a fim de programar a melhor estratégia e impedir o surgimento da lesão. De forma a prevenir o desenvolvimento das UP é necessário realizar uma avaliação contínua das pessoas. Neste sentido, Duque et al (2009) consideram as escalas de avaliação de risco instrumentos valiosos pois permitem aumentar a atenção aos fatores de risco, fornecer um padrão mínimo e um motivo para avaliação do risco, melhorar os registos, estruturar uma base de trabalho para a prestação de cuidados e fornecer um indicador preciso de risco. As escalas de avaliação de risco para o desenvolvimento de UP foram estudadas e implementadas em grupos vulneráveis ou em grupos mais expostos a alterações da integridade cutânea (Serpa et al, 2011).

A DGS no ano de 2009 recomendou a aplicação da Escala de Braden em todas as unidades de saúde por ser a escala que a EPUAP considera, até ao momento, a que apresenta maior fiabilidade, aceitabilidade, segurança, simplicidade e menor custo. No CHMT é aplicada a Escala de Braden.

Segundo as orientações da EPUAP e NPUAP as estratégias para a prevenção das UP incluem também os cuidados e avaliação da pele, medidas de alívio da pressão e reposicionamento para prevenção das UP.

É fundamental assegurar que uma avaliação completa da pele é incluída na política de rastreio de todas as instituições de saúde (EPUAP e NPUAP, 2009) (Força de Evidência C). A avaliação da integridade da pele no momento da admissão da pessoa e diariamente é uma das principais medidas preventivas, uma vez que existe uma monitorização desde o início do internamento, podendo ser implementadas ações que evitarão futuras lesões.

De acordo com a EPUAP e NPUAP (2009), deve-se inspecionar a pele regularmente procurando zonas de rubor em pessoas que foram identificadas como estando em risco de desenvolver UP (Força de Evidência B). A inspeção diária da pele deve incluir a avaliação do calor localizado, edema ou tumefação, especialmente em pessoas com pele mais pigmentada, sendo que, o registo desta avaliação no plano de cuidados é fundamental para acompanhar a evolução da pessoa, permitindo a comunicação entre os profissionais (Força de Evidência C).

Para além da avaliação da pele existem cuidados essenciais que se devem ter, e que a DGS (2007) recomenda:

- Manter a pele seca e limpa;
- Lavar com água morna e sem causar fricção;

- Secar a pele, sem friccionar e utilizar toalhas ou outros tecidos suaves e lisos;
- Não utilizar álcool, usar sabões não irritantes e hidratantes;
- Aplicar creme hidratante, pelo menos uma vez ao dia (Força de Evidência B);
- Não massajar sobre as proeminências ósseas ou zonas ruborizadas (os capilares já estão afetados);
- Proteger a pele da humidade excessiva; quando presente situação de incontinência, a zona afetada deve ser limpa e seca o mais rapidamente possível (Força de evidência C);
- Usar meios de proteção que não danifiquem ou irrite a pele.

A NPUAP/EPUAP (2009) defendem ainda que não se deve utilizar a massagem na prevenção de UP (Força de evidência B) e deve vigiar-se a pele quanto a danos causados por pressão devido a dispositivos médicos, nomeadamente cateteres, tubos de oxigénio, tubos do ventilador, sonda nasogástrica, entre outros (Força de evidência C).

Dos fatores extrínsecos que predispoem o aparecimento de UP, a literatura aponta a pressão como o de maior relevância. O processo de decisão de utilização de um dispositivo de alívio de pressão é dinâmico e ajustável às modificações do estado clínico da pessoa, e também deve ter em conta o contexto onde são prestados os cuidados.

Existe uma grande diversidade de superfícies de apoio à disposição no mercado atual, no entanto, nos hospitais, nem sempre existem as que, segundo estudos, revelaram evidência científica direta na prevenção de UP. São as mais eficazes na prevenção, mas possuem elevado custo.

Segundo Duque et al (2009) as superfícies de apoio são categorizadas de duas formas:

1. Pela forma como agem em relação ao excesso de pressão, ou seja a superfície de suporte é examinada em termos de pressão sobre encerramento capilar:
 - a) Redução da pressão:
 - O equipamento reduz a pressão na região das proeminências ósseas porém, não reduz a pressão para limites menores;
 - A pressão é redistribuída para uma área mais ampla.
 - b) Alívio da pressão:
 - O equipamento que reduz a pressão para limites abaixo dos níveis em que ocorre o encerramento dos capilares na região das proeminências ósseas;
 - São usados para pessoas que não podem ser movimentadas.

2. Pela sua natureza estática ou dinâmica, podendo estas ser:

a) Dinâmicas:

- Geralmente usam a eletricidade para alterar a pressão da interface com os tecidos (ex.: pressão alterna, células de ar com insuflação alternada e fluxo de ar aquecido em gel de silicone).

b) Estáticas:

- Geralmente reduzem a pressão pela redistribuição da carga sobre uma maior área do equipamento (ex.: calcanheiras, cotoveleiras, almofadas, colchões de espuma, material de gel/água, ar).

A NPUAP/EPUAP (2009) refere que:

- No momento de selecionar a superfície de apoio, não se baseie unicamente no risco de desenvolvimento das UP percebido ou na categoria da úlcera de pressão já existente (Força da Evidência C). A escolha da superfície de apoio apropriada deve ter em consideração fatores como o nível de mobilidade da pessoa na cama, o seu conforto, a necessidade de controlar o microclima e atender ao local e às circunstâncias da prestação de cuidados;
- Utilizar colchões de espuma de alta especificidade em vez de espuma padrão hospitalar (standard), em todas as pessoas avaliadas em risco de desenvolver UP (Força de evidência A);
- Usar uma superfície de apoio dinâmica (colchão ou de sobreposição) em pessoas com alto risco de desenvolver UP quando não é possível o reposicionamento manual frequente (Força de Evidência B). Em pessoas de alto risco, que não podem ser posicionados manualmente, as superfícies dinâmicas são necessárias, uma vez que estas podem variar as propriedades de distribuição da carga;
- Assegurar-se que os calcanhares se encontram afastados da superfície da cama (Força de evidência C);
- Os dispositivos de proteção dos calcanhares devem elevá-los completamente (ausência de carga) de tal forma que o peso da perna seja distribuído ao longo da sua parte posterior sem colocar pressão sobre o tendão de Aquiles. O joelho deve ficar em ligeira flexão (Força de Evidência C);
- Usar uma almofada debaixo das pernas (região dos gêmeos) para elevar os calcanhares (Força de Evidência B). Usar uma almofada debaixo dos gêmeos eleva os calcanhares do

colchão;

- Usar uma almofada de assento de redistribuição de pressão em pessoas sentadas numa cadeira e que apresentam diminuição da mobilidade e que se encontrem em risco de desenvolver UP (Força de Evidência B);
- Limitar o tempo que a pessoa passa sentada numa cadeira sem alívio de pressão. (Força de Evidência B).

Wada, Neto e Ferreira (2010) referem que a medida básica mais importante na prevenção de UP é a mudança periódica de posicionamento da pessoa. O que acontece é que a aplicação direta de pressão superior à pressão do encerramento dos capilares, sobre a pele e tecidos moles vai provocar hipoxia em toda a região abrangida, e a pressão e o tempo a que os tecidos a ela estão sujeitos, são fatores determinantes no aparecimento de UP.

Estes autores defendem ainda, que o alívio da pressão sobre uma proeminência óssea por 5 minutos a cada 2h permite a adequada recuperação do tecido à agressão isquémica e evita, muitas vezes, a formação de uma lesão.

Quando sentadas, as pessoas sob risco de desenvolverem UP devem estar posicionadas sobre um dispositivo de redistribuição de pressão no máximo 2h, com alternância da angulação e do posicionamento dos pés apoiados no chão na primeira hora e sobre uma superfície de apoio na segunda hora (Einstein, 2010).

De acordo com as recomendações da EPUAP e NPUAP (2009):

- ✓ Deve considerar-se a alternância de decúbitos em todas as pessoas que se encontrem em risco de desenvolver UP. A alternância de decúbito deve ser executada para reduzir a duração e magnitude da pressão sobre as áreas vulneráveis do corpo, logo, é importante reduzir-se o tempo e quantidade de pressão a que estas áreas (proeminências ósseas) estão expostas (Força de Evidência A);
- ✓ A frequência dos posicionamentos será influenciada por variáveis relacionadas com a pessoa (Força de Evidência C) e pelas superfícies de apoio em uso (Força de Evidência A), isto é, deve ter-se em conta a tolerância dos tecidos da pessoa, o seu nível de atividade e mobilidade, condição clínica geral, avaliação da condição individual da pele e objetivos gerais do tratamento. Caso a pessoa não responda ao regime de posicionamentos conforme o pretendido deve-se reconsiderar a frequência e método dos posicionamentos.

De acordo com a EPUAP e NPUAP (2009) o posicionamento contribui para o conforto, a dignidade e a capacidade funcional da pessoa (Força de Evidência C). Goulart et al (S/D) referem que a pessoa deve ser posicionada corretamente, evitando que a mesma seja “arrastada” durante a movimentação. Deve utilizar-se o lençol móvel e erguer a pessoa a fim de evitar lesões causadas por fricção e forças de cisalhamento (Força de Evidência C).

Quando se efetua o reposicionamento de uma pessoa que está no leito é necessário ter em conta as seguintes orientações (EPUAP e NPUAP, 2009):

- ✓ Deve optar-se por colocar a pessoa em posições “naturais” (respeitando o alinhamento corporal);
- ✓ O reposicionamento deve ser feito usando 30º na posição de semifowler ou prono e nas posições laterais, caso a pessoa tolere estas posições e a sua condição clínica o permita;
- ✓ Evitar posicionar a pessoa diretamente sobre sondas e drenos e sobre proeminências ósseas que apresentem eritema não branqueável (Força de Evidência C);
- ✓ Se a pessoa estiver sentada na cama evitar elevar a cabeceira de tal forma que a posição centre a pressão ao nível do sacro e cóccix;
- ✓ Quando se pretende executar a posição de sentado deve-se procurar fazê-lo para que a pessoa mantenha todas as suas atividades por completo. Deste modo existem algumas orientações a ter em conta:
 - Escolher uma posição que seja tolerada pela pessoa e que minimize a pressão e a torção exercidas na pele e tecidos moles (Força de Evidência C);
 - Caso os pés não cheguem ao chão colocá-los sobre um apoio (Força de Evidência C);
 - Limitar o tempo que a pessoa passa sentada sem alívio da pressão (Força de Evidência B).

No geral deve-se reter que o tempo que uma pessoa pode permanecer em qualquer posição, depende dos meios e materiais usados, posição e estado geral da pessoa.

A documentação dos posicionamentos é importante e tendo em conta que o sistema informático utilizado no CHMT - SClínico, permite elaborar um plano de cuidados, onde é possível especificar a frequência de posicionamentos a efetuar para cada pessoa, deve-se sempre registar a posição adotada pela pessoa em cada posicionamento, sua tolerância e resultados obtidos (Força de Evidência C).

ANEXO III

Instrução de Trabalho:

**“Avaliação do Grau de Risco de Úlcera de Pressão”
IT.GRL.354**

ANEXO IV

Impresso:

**“Medidas de Prevenção de Úlceras de Pressão”
IMP.GRL.360**

ANEXO V

Impresso:

**“Lista de Verificação – Auditoria Interna: Projeto Úlceras de Pressão”
IMP.GRL.022**

ANEXO VI

Indicadores:

“Taxa de incidência de úlceras de pressão”

“Taxa de prevalência de úlcera de pressão”

“Taxa de efetividade diagnóstica do risco de úlceras de pressão”

“Taxa de efetividade na prevenção de úlceras de pressão”

“Taxa de resolução (cicatrização) de úlceras de pressão”

⇒ 1. Objetivo

Definir a metodologia de implementação das medidas de prevenção face ao risco de úlcera de pressão de acordo com:

- Organização de cuidados;
- Prevenção de complicações;
- Promoção do bem-estar e autocuidado.

⇒ 2. Âmbito

Aplica-se a todos os Serviços de Internamento e serviços em que a pessoa permaneça mais de 24 de horas, nomeadamente serviços de urgência.

⇒ 3. Definições

AVD: Atividade de vida diária

CIPE: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

SClínico: Plataforma Informática SAM/SAPE

CIPE: Classificação Internacional da Prática de Enfermagem;

SClínico: Software informático que faz a junção entre os sistemas de informação SAM e SAPE

SGQu@L: Plataforma informática que trata a notificação dos eventos

UP: Úlcera de Pressão

⇒ 4. Descrição

A melhor estratégia perante a problemática das UP consiste em prevenir o seu aparecimento. A médio e longo prazo, os ganhos em saúde para a população são relevantes. A prevenção tem custos elevados quer materiais, quer humanos, mas sempre inferiores aos do tratamento.

Em todos os contextos assistenciais decorrentes do internamento (bloco operatório, recobro, unidades de exames especiais...) deve ser assegurada a manutenção das medidas implementadas em plano e a monitorização de acordo com a periodicidade estabelecida.

⇒ 4.1. Responsável pela execução

Enfermeiro responsável pelos cuidados à pessoa e enfermeiro especialista de reabilitação na sua área específica de intervenção.

Nº. DOC	ELABORADO	VERIFICADO	APROVADO	DATA	PÁG. Nº.
PT.GRL.052.02	<i>Glória Lopes</i> <i>Redação Plano</i> <i>21/02/2014</i> <i>David</i>	<i>[assinatura]</i>	<i>[assinatura]</i>	15-07-2014	1/8

⇒ 4.2.Considerações

A **Úlcera de Pressão** é um tipo de úlcera com as seguintes características: dano, inflamação ou ferida da pele ou de estruturas subjacentes como resultado da compressão tecidular e perfusão inadequada (CIPE), em que os estadios são graduados segundo a gravidade.

- Úlcera de pressão Grau I – Eritema não branqueável:

Pele intacta com rubor não branqueável, numa área localizada geralmente sobre uma proeminência óssea. Em pele de pigmentação escura pode não ser visível o branqueamento, a sua cor pode ser diferente da pele circundante. Comparativamente ao tecido adjacente, a área pode estar dolorosa, dura, mole, mais quente ou mais fria.



Figura1: Úlcera de Pressão de Grau I (Fonte: PUCLAS, 2010)

- Úlcera de Pressão Grau II – Perda parcial da espessura da pele:

Perda parcial da espessura dérmica que se apresenta como uma ferida superficial, com leito de coloração vermelho/ rosa e sem esfacelo. Pode ainda apresentar-se sob a forma de flitenas aberta ou fechada, preenchida por líquido seroso ou sero-hemático. Apresenta-se como uma úlcera seca ou brilhante, sem crosta ou equimose (indicador de lesão profunda). O grau II não deve ser usado para descrever fissuras da pele, dermatite associada a incontinência, queimaduras por abrasão, maceração ou escoriações.

Nº. DOC	ELABORADO	VERIFICADO	APROVADO	DATA	PÁG. Nº.
PT.GRL.052.02	 Cláudia Neves			15-07-2014	2/8



Figura 2: Úlcera de Pressão de Grau II (Fonte: PUCLAS, 2010)

- Úlcera de pressão Grau III – Perda total da espessura da pele:

Perda total da espessura tecidual, o tecido adiposo subcutâneo pode estar visível porém, não estão expostos ossos, tendões ou músculos. Pode estar visível algum tecido desvitalizado (fibrina húmida), mas não oculta a profundidade dos tecidos lesados. Pode incluir lesão cavitária e encapsulamento. A profundidade de uma úlcera de grau III varia com a localização anatómica podendo ser superficial em zonas que não têm tecido subcutâneo como a asa do nariz, orelhas, região occipital e maléolos. Por outro lado, em zonas com tecido adiposo abundante pode desenvolver-se úlcera de pressão de grau III extremamente profunda. O osso/tendão não são visíveis ou diretamente palpáveis.



Figura 3: Úlcera de Pressão grau III (Fonte: PUCLAS, 2010)

Nº. DOC	ELABORADO	VERIFICADO	APROVADO	DATA	PÁG. Nº.
PT.GRL.052.02	Clara Carrilho Ricardo Pinto Diana Clara Carrilho Ricardo Pinto Diana			15-07-2014	3/8

- Úlcera de Pressão Grau IV – Perda total da espessura dos tecidos:

Perda total da espessura dos tecidos com exposição óssea, dos tendões ou músculos. Pode estar presente tecido desvitalizado e/ou tecido necrótico. Geralmente são cavitadas e fistulizadas. A profundidade de uma úlcera de pressão desta categoria pode variar com a localização anatómica. A asa do nariz, orelhas, região occipital e maléolos não possuem tecido subcutâneo e estas úlceras podem ser superficiais. Uma úlcera de grau IV pode atingir músculo e/ou estruturas de suporte (fáscia, tendão ou cápsula articular) havendo possibilidade de ocorrer osteomielite ou osteíte. Existe osso/músculo exposto visível ou diretamente palpável.



Figura 4: Úlcera de Pressão de categoria IV (Fonte: PUCLAS, 2010)

UP com tecido necrótico, mesmo que sob pele intacta, deve ser classificado como úlcera de pressão de grau IV.

As UP cicatrizam progressivamente para profundidades mais superficiais, não havendo substituição do músculo, gordura subjacente e derme destruídos. A ferida é preenchida com tecido de granulação. Assim, as UP cicatrizam sempre no seu grau (ex: uma UP de Grau IV ainda que cicatrizada deve ser classificada como UP Grau IV cicatrizada).

As lesões por humidade são frequentemente confundidas com UP, sendo que, estas são lesões cutâneas e não são causadas por pressão e/ou forças de deslizamento. São geralmente, feridas livres de proeminência óssea, superficiais, com bordos difusos irregulares e não apresentam necrose.

Nº. DOC	ELABORADO	VERIFICADO	APROVADO	DATA	PÁG. Nº.
PT.GRL.052.02	<i>Olga Carrilho</i> <i>Piedade</i> <i>2014</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	15-07-2014	4/8



Figura 5: Lesão por humidade (Fonte: PUCLAS, 2010)

O Risco de Úlcera de Pressão pressupõe a existência de fatores intrínsecos e extrínsecos.

FATORES EXTRÍNSECOS:

Pressão exercida, Fatores químicos (desinfetantes e sabões), **Higiene corporal inadequada** (humidade excessiva), **Fricção e forças de cisalhamento** (quando o à pessoa é arrastado ou quando não tem um apoio adequado e desliza ao longo do leito).

FATORES INTRÍNSECOS:

Faixa etária, Doenças sistémicas (doenças cardiovasculares, hepáticas, hipertensão arterial, Diabetes Mellitus, entre outras), **Mobilidade, Desnutrição, Peso corporal** (à pessoas emagrecidos por estarem desprovidos de gordura localizada sobre as proeminências ósseas, os à pessoas obesos, pela dificuldade de mobilização e pelo posicionamento por arrastamento), **Humidade/ Incontinência**.

As áreas de risco estão relacionadas com as proeminências ósseas e posturas da pessoa. As localizações mais frequentes são: região sacrococcígea e calcanhares, seguindo-se a trocanteriana, isquiática, maleolar, escapular, occipital e cotovelos.

- Em decúbito dorsal as regiões mais atingidas são: região occipital, sagrada, omoplatas, calcanhares e cotovelos;
- Em decúbito lateral são: pavilhão auricular, região do acrómio, caixa torácica (costelas), região trocanteriana, face externa dos joelhos e região maleolar externa;
- Em decúbito ventral são: região da espinha ilíaca, trocanteriana, joelho e dedos;
- Na posição de sentado são: região sagrada, isquiática e calcanhares.

Nº. DOC	ELABORADO	VERIFICADO	APROVADO	DATA	PÁG. Nº.
PT.GRL.052.02	Clara Costa Ricardo Nunes Dourado	Clara Nunes Dourado		15-07-2014	5/8

O primeiro passo para a prevenção das UP é identificar as pessoas em risco a fim de programar a melhor estratégia e impedir o surgimento da lesão. De forma a prevenir o desenvolvimento das UP é necessário realizar uma avaliação contínua dos utentes.

O instrumento de avaliação do risco de UP encontra-se descrito na IT.GRL.354 – “Avaliação do Grau de Risco de Úlcera de Pressão”, assim como a metodologia da sua aplicação.

Alerta-se para a necessidade de:

- Utilizar água tépida nos cuidados de higiene e não esfregar vigorosamente a pele;
- Evitar forças de fricção, torção, cisalhamento e deslizamento durante os cuidados prestados e utilizar (se adequado) a técnica de rolar no leito e dispositivos de elevação (ex: trapézio, elevador, resguardo, calças de pijama, roll board, etc);
- Proteger proeminências ósseas não permitindo o contacto direto com/entre superfícies duras (ex.: joelho/ joelho, calcanhar/colchão);
- Evitar a permanência das pessoas na mesma posição por períodos superiores a duas horas sem alívio da pressão;
- Posicionar as pessoas usando preferencialmente o decúbito semi-dorsal (com inclinação lateral de sensivelmente 30 graus) e o semi-ventral, para alívio de pressão, se tolerados e indicados;
- Estar atento à existência de zonas ruborizadas aquando dos posicionamentos. Se mantiverem rubor passados 30 minutos, após alívio da pressão, deve-se vigiar com maior acuidade e evitar/diminuir o tempo de permanência nesse decúbito;
- Manter a vigilância da pele quanto a danos causados por pressão devido a dispositivos médicos (óculos nasais, sondas, sistemas);
- Utilizar sempre que disponível uma almofada de redistribuição da pressão (exemplo: almofada de gel) em utentes sentados no cadeirão;
- Garantir que quando sentadas, as pessoas mantenham os pés apoiados de modo a manterem uma postura adequada que impeça a pressão exagerada na região sacrococcígea e calcanhares;
- Sempre que possível incentivar as pessoas sentadas no cadeirão a aliviarem a pressão frequentemente, mediante a técnica de “push up’s” e/ou lateralização do tronco.

⇒ **4.3. Orientações quanto à execução**

As intervenções de enfermagem são estratificadas de acordo com o nível de risco de UP atribuído à pessoa.

Nº. DOC	ELABORADO	VERIFICADO	APROVADO	DATA	PÁG. Nº.
PT.GRL.052.02				15-07-2014	6/8

4.3.1. Medidas de enfermagem para o baixo risco de UP

Dividem-se em obrigatórias e facultativas, sendo que, as medidas facultativas serão de acordo com o juízo clínico do enfermeiro adequadas à pessoa.

Medidas Obrigatórias

- **Avaliar a integridade cutânea** no acolhimento no âmbito da avaliação inicial;
- **Vigiar características da pele** – pelo menos uma vez por dia;
- **Monitorizar risco de úlcera de pressão** através da *Escala de Braden e Braden Q – Pediátrica*, de acordo com a IT. GRL. 354 – “*Avaliação do Grau De Risco de Ulcera de Pressão*”.

Medidas Facultativas

- Manter a pele limpa e seca e a roupa esticada;
- Aplicar creme hidratante (pelo menos uma vez dia);
- Requerer apoio técnico (enfermeiro de reabilitação, fisioterapeuta, dietista...);
- Executar reforço hídrico;
- Vigiar a actividade física;
- Estimular a deambulação;
- Estimular/Assistir/Executar técnica de posicionamento no leito com uma frequência mínima de 3/3 horas;
- Instruir utente/Prestador de cuidados sobre medidas de prevenção da UP;
- Instruir utente/Prestador de cuidados sobre hábitos de vida saudável;
- Treinar o utente/prestador de cuidados sobre medidas de prevenção da UP;
- Assistir/executar/treinar técnica de mobilização passiva/activa/assistida 1x/dia (enfermeiro de reabilitação);
- Assistir/executar/treinar técnica de auto mobilização 1 x dia (enfermeiro de reabilitação);
- Executar/treinar/instruir contracções musculares isométrico 1 x dia (enfermeiro de reabilitação);
- Executar/treinar/instruir exercícios de fortalecimento muscular 1 x dia (enfermeiro de reabilitação);
- Instruir/treinar o prestador de cuidados sobre técnica de automobilização (enfermeiro de reabilitação);
- Alívio das zonas pressão.

Nº. DOC	ELABORADO	VERIFICADO	APROVADO	DATA	PÁG. Nº.
PT.GRL.052.02	<i>Diagonalização</i> <i>Redacção</i> <i>Revisão</i> <i>Ass. Neres</i> <i>Ass. Jof.</i>	<i>[Assinatura]</i>	<i>[Assinatura]</i>	15-07-2014	7/8

4.3.2. Medidas de Enfermagem para o Alto Risco de UP

Incluem as medidas de Enfermagem facultativas do nível de risco anterior e as seguintes:

Medidas obrigatórias

- **Avaliar a integridade cutânea** no acolhimento no âmbito da avaliação inicial;
- **Vigiar características da pele** – uma vez por turno e/ou a cada posicionamento desde que esteja identificada uma zona de rubor branqueável;
- **Monitorizar risco de úlceras de pressão através da Escala de Braden e Braden Q – Pediátrica**, de acordo com a IT. GRL. 354 – “Avaliação do Grau de Risco de Ulcera de Pressão”;
- **Estimular/Assistir/Executar técnica de posicionamento no leito** com uma frequência mínima de 2/2 horas;
- **Aplicar creme hidratante** pelo menos três vezes por dia;
- **Aplicar dispositivo auxiliar de alívio da pressão** (ex: almofadas e rolos posicionamento, cotoveleiras/calcanheiras e almofadas de gel, colchões de espuma de alta especificidade, entre outros disponíveis em cada serviço).

Medidas facultativas

- **Assistir/executar/treinar técnica de auto mobilização** 2 x dia (enfermeiro de reabilitação);
- **Assistir/executar/treinar técnica de mobilização passiva/activa/assistida** 1x dia (enfermeiro de reabilitação);
- **Executar/treinar/instruir contracções musculares isométricas** 2 x dia (enfermeiro de reabilitação);
- **Executar/treinar/instruir exercícios de fortalecimento muscular** 2 x dia (enfermeiro de reabilitação).

Nº. DOC	ELABORADO	VERIFICADO	APROVADO	DATA	PÁG. Nº.
PT.GRL.052.02	<i>Elaborado por: Cláudia Neves</i>	<i>[assinatura]</i>	<i>[assinatura]</i>	15-07-2014	8/8

⇒ 1. Objectivo

Definir em termos da organização dos cuidados:

- A metodologia na avaliação do Risco de Úlcera de Pressão
- O circuito de notificação da Úlcera de Pressão
- O processo de auditoria da metodologia implementada na avaliação do risco de úlcera de pressão

⇒ 2. Âmbito

Aplica-se a todos os Serviços de Internamento e serviços em que a pessoa permaneça mais de 24 horas, nomeadamente serviços de urgência.

⇒ 3. Definições

CIPE: Classificação Internacional da Prática de Enfermagem;

DGS: Direção Geral de Saúde

PPQCE: Programa Padrão de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem;

PQCE- Indicadores: Plataforma informática onde são apresentados os resultados dos indicadores relacionados com a atividade de enfermagem

SAM: Sistema apoio ao Médico

SAPE: Sistema apoio à prática de enfermagem

SClínico: Software informático que faz a junção entre os sistemas de informação SAM e SAPE

SGQu@L: Plataforma informática que trata a notificação dos eventos

Úlcera de Pressão: é um tipo de Úlcera com as seguintes características: dano, inflamação ou ferida da pele ou de estruturas subjacentes como resultado da compressão tecidular e perfusão inadequada (CIPE), em que os estadios são graduados segundo a gravidade.

UP: Úlcera de Pressão

⇒ 4. Descrição**4.1. Responsável pela execução**

Enfermeiro responsável pelos cuidados à pessoa, enfermeiro chefe/ responsável de serviço.

4.2. Avaliação do Risco de Úlcera de Pressão

Para avaliação do risco de UP utilizam-se duas escalas em função da idade da pessoa.

N.º DOC	ELABORADO	VERIFICADO	APROVADO	DATA	PÁG. N.º
IT.GRL.354.02	<i>Clara Neves</i> <i>Piedade</i> <i>Amândio</i>	<i>[assinatura]</i>	<i>[assinatura]</i>	15.07.2014	1/6

➡ 4.2.1. Escala de Braden

A *Escala de Braden* é utilizada às pessoas com idade superior a 18 anos

Esta escala é constituída por seis subescalas: perceção sensorial, humidade, atividade, mobilidade, nutrição e fricção/ forças de deslizamento;

- Cada uma das subescalas pontua entre 1 a 4, exceto a última que pontua de 1 a 3;
- A soma dos níveis produz um *score* que pode variar de 6 a 23 pontos;
- Quanto mais baixa for a pontuação, maior é o risco de UP;
- As pessoas classificadas pela escala são estratificadas em duas categorias:
 - Baixo risco – *score* de ≥ 17 pontos;
 - Alto risco – *score* ≤ 16 pontos.

A escala é operacionalizada:

- Nos Serviços que possuem o aplicativo informático SClínico, seleciona-se a intervenção “*Monitorizar o risco de Ulcera de Pressão segundo Escala de Braden*”.
- Nos Serviços que não têm aplicativo informático, utiliza-se o Impresso IMP.GRL.349 – “*Escala de Braden*” e na pediatria o IMP.GRL.359 - “*Escala de Braden Q - Pediátrica*”
- Os impressos são arquivados no processo clínico da pessoa.

➡ 4.2.2. Escala de Braden Q – Pediátrica

A *Escala de Braden Q - Pediátrica* é utilizada em pessoas entre os 21 dias de vida e os 18 anos de idade.

- Esta escala é constituída por sete subescalas;
- Cada uma das subescalas pontua entre 1 a 4;
- A soma dos níveis produz um *score* que pode variar de 7 a 28 pontos;
- Quanto mais baixa for a pontuação, maior é o risco de UP;
- As pessoas classificadas pela escala são estratificadas em duas categorias:
 - Baixo risco – *score* de ≥ 22 pontos;
 - Alto risco – *score* < 22 pontos.

Na avaliação do grau de risco pela escala de *Braden Q*, na ausência da prescrição médica da avaliação da tensão arterial ou oximetria capilar, dever-se-ão planear uma das intervenções referidas.

N.º DOC	ELABORADO	VERIFICADO	APROVADO	DATA	PÁG. N.º
IT.GRL.354.02	 Cláudia Neves Psicóloga			15.07.2014	2/6

São critérios de exclusão de aplicação das escalas:

- Situação de assistência ambulatoria ou em qualquer situação em que não está previsto tempo de internamento superior ou igual a 24 horas, a menos que exista mudança do estado clínico do pessoa;
- Portadores de doença mental;
- Portadores de patologia em que esteja implícito o risco de automutilação.

⇒ 4.2.3. Avaliações e reavaliações

As escalas de avaliação de risco de UP aplicam-se:

- No Serviço de Urgência a pessoas com mais de 24 horas de permanência;
- No Serviços de internamento:
 - ✓ Primeira avaliação no acolhimento da pessoa
 - ✓ Primeira reavaliação no turno da manhã seguinte
 - ✓ Posteriormente o risco de desenvolvimento de úlcera de pressão deve ser reavaliado de acordo com a seguinte tabela:

Internamentos Hospitalares	Serviços de Urgência e Unidades de Cuidados Intensivos	Unidade de Cuidados Paliativos	Pessoas que não permaneçam mais de 48 horas no Serviço
48/48 horas	24/24 horas	48/48 horas	Apenas se existir alguma intercorrência

⇒ 4.2.4. Resultado da avaliação do risco

Em função dos resultados obtidos pelo uso das escalas são formulados os seguintes diagnósticos:

Baixo Risco de UP
Alto Risco de UP

As medidas a tomar devem estar de acordo com o PT.GRL.052 – “Medidas de Prevenção face ao Risco de Úlcera de Pressão”.

⇒ 5. Notificação da Ocorrência de Úlcera de Pressão

Paralelamente à aplicação da Escala de Braden ou Braden Q é avaliada a integridade cutânea. O registo da integridade cutânea deve ser feito no momento do acolhimento da pessoa na avaliação inicial.

N.º DOC	ELABORADO	VERIFICADO	APROVADO	DATA	PÁG. N.º
IT.GRL.354.02	 Cláudia Neves Pedagoga Doula			15.07.2014	3/6

Quando uma pessoa é admitida no serviço com penso oclusivo podem existir 2 hipóteses:

Hipótese 1- Há registos que caracterizam a ferida e o tratamento. Nesta situação formula-se o diagnóstico em conformidade com os registos, dando-se continuidade ao tratamento em termos de planeamento;

Hipótese 2- Não há registos que caracterizam a ferida e o tratamento. Nesta situação realiza-se a avaliação diagnóstica e formula-se o diagnóstico, planeiam-se as intervenções, efetuando-se o tratamento à ferida.

Quando uma pessoa é admitida no serviço apresentando uma UP não documentada e sem penso oclusivo, realiza-se a avaliação diagnóstica, formula-se o diagnóstico, planeiam-se as intervenções, efetuando-se o tratamento à UP.

A elaboração dos diagnósticos de UP resultantes da avaliação da integridade cutânea deve ser feito **obrigatoriamente** até às 6 horas de admissão no serviço, porque este registo influencia diretamente a taxa de incidência de UP. São considerados novos casos de úlceras de pressão aqueles que ocorrerem após as 6 horas de admissão no serviço.

É considerada **hora de admissão** no serviço:

- No internamento, quando é atribuída cama à pessoa;
- Na urgência, quando é realizado o internamento administrativo (PPP).

A elaboração do diagnóstico implica a mobilização do foco “Úlcera de Pressão”. Construir o diagnóstico “Úlcera de Pressão presente em grau...” **localização e topologia**, para cada UP, **sem recurso a texto livre**.

Nos serviços de urgência não é obrigatório planear as intervenções no Sclínico, estas podem ser evidenciadas nos IMP.GRL.360 “Medidas de prevenção de úlceras de pressão” e IMP.GRL.308 “Registo de Feridas-Avaliação”

Numa UP cicatrizada não dar termo ao Foco “Úlcera Pressão” mas sim alterar o diagnóstico para “Úlcera ausente”, deste modo é possível extrair o indicador Taxa de Resolução (cicatrização) de UP.

Nos serviços com SClínico e nos serviços de urgência após o internamento administrativo (PPP):

A construção do diagnóstico “UP presente” após as 6h de admissão no serviço, origina automaticamente uma notificação na plataforma informática SGQu@L. Esta notificação automática só ocorre em eventos UP após as 6h pois, apenas são notificados os novos casos de UP (taxa de incidência).

N.º DOC	ELABORADO	VERIFICADO	APROVADO	DATA	PÁG. N.º
IT.GRL.354.02				15.07.2014	4/6

Os eventos de UP só são criados uma hora após o registo do fenómeno, pelo que, durante este período é possível alterar/ corrigir ou dar termo ao foco UP antes de ser gerado o evento UP.

Nos serviços sem SClínico e nos serviços de urgência antes do internamento administrativo (PPP):

- Na Intranet, no ícone Eventos;
- Cursar Notificação de eventos;
- Selecionar Risco Clínico/ Prestação de cuidados/ Avaliação da pessoa/ UP

Nos serviços sem SClínico e no caso de falha do aplicativo informático efetua-se o registo do diagnóstico de UP em suporte de papel no IMP.GRL.310 “Registo de Feridas- Planeamento e avaliação”. Nos serviços com SClínico efetua-se á posteriori o registo informático, seguindo a metodologia anteriormente descrita.

➡ **6. Validação da ocorrência de Ulcera de Pressão**

A validação do evento UP é da responsabilidade do Enfermeiro Chefe/ Responsável do serviço, este e o enfermeiro que procedeu ao registo de UP (notificador) recebem um e-mail gerado automaticamente pela plataforma informática SGQu@L. Este e-mail contem o link que permite ao Enfermeiro Chefe/ Responsável do serviço o acesso à aplicação SGQu@L, para que possa validar o evento. São-lhe apresentados três cenários possíveis:


- Considerar o evento sem efeito, justificando esta opção;
- Editar o evento;
- Analisar o evento.

Esta informação será analisada posteriormente pelo grupo do PPQCE Ulceras.

➡ **7. Monitorização de Ulceras de Pressão**

A plataforma informática “PQCE- INDICADORES” permite a **consulta e análise** dos dados referentes às UP, através dos episódios com alta, estando incluídos as pessoas com alta em *PPP*.

Fornece também os seguintes indicadores: Taxa de incidência UP, Taxa de prevalência UP, Taxa de Efetividade na prevenção de UP, Taxa de efetividade diagnóstica do risco de UP, Taxa de Resolução (cicatrização de UP).

N.º DOC	ELABORADO	VERIFICADO	APROVADO	DATA	PÁG. N.º
IT.GRL.354.02				15.07.2014	5/6

O Enfermeiro chefe/ Responsável do serviço e o Grupo PPQCE Úlceras de Pressão têm acesso à plataforma, através de número de utilizador e password.

⇒ 8. Auditoria aos processos com notificação de Evento de Úlcera de Pressão

As auditorias são realizadas pelo Enfermeiro Cooperante do serviço a todos os processos clínicos com evento “Úlcera de Pressão Presente”, notificados após as 6 Horas de admissão da pessoa ao serviço. Para tal, o Enfermeiro Chefe/ Responsável do serviço deverá reencaminhar para o enfermeiro Cooperante UP o email que recebe com a notificação da UP.

O elemento Dinamizador PQCE/ Enfermeiro Cooperante deverá:

- Analisar os dados relacionados com o foco “Úlcera de Pressão” com base em IT, PT e Grelha de Auditoria, avaliando os seguintes aspetos:
 - a. Evidência da avaliação do risco de úlcera de pressão em conformidade com IT.GRL.354;
 - b. Evidência da elaboração do diagnóstico em conformidade com o grau de risco;
 - c. Evidência do planeamento das intervenções ajustadas ao grau de risco identificado, conforme o PT.GRL.052 – “Medidas de prevenção face ao risco de UP”;
 - d. Evidência da reavaliação do nível de risco UP conforme IT e consequente alteração do diagnóstico se necessário;
 - e. Evidência do registo de UP em conformidade com IT;
 - f. Evidência da notificação da ocorrência de UP como definido para os serviços sem SClínico.
- Elaborar relatório anual UP do serviço de acordo com:
 - Os resultados das auditorias e das medidas implementadas;
 - Os indicadores e resultados fornecidos pela Plataforma PQCE- INDICADORES.

Deve enviar este relatório ao Grupo PPQCE Úlceras de Pressão até 31 Janeiro do ano seguinte.

N.º DOC	ELABORADO	VERIFICADO	APROVADO	DATA	PÁG. N.º
IT.GRL.354.02	<i>Inf.</i>	<i>8</i>	<i>41</i>	15.07.2014	6/6

LISTA DE VERIFICAÇÃO AUDITORIA INTERNA

AUDITORIA n.º: _____ DATA: ____ / ____ / ____ HORA: ____ : ____

 UNIDADE: ☐ ABRANTES ☐ TOMAR ☐ TORRES NOVAS SERVIÇO: _____

Resp. Serviço / Dep: _____

Contactos efectuados: _____

Referência documental: _____

Outras referências: _____

Equipa auditora: _____

N.º	QUESTÕES	CONFORMIDADE			NA	OBSERVAÇÕES
		C (1)	C/ Obs. (0.5)	NC (0)		
PROJETO ÚLCERAS – Itens obrigatórios						
1	Registo da integridade cutânea nos Serviços de Internamento no acolhimento. No Serviço de Urgência após internamento administrativo.					
2	Avaliação do grau de risco de úlcera de pressão através da Escala de Braden ou Braden Q conforme IT.GRL.354 <i>Avaliação do risco de Úlcera de Pressão</i> após internamento administrativo no Serviço de Urgência (IMP.GRL.349)					
3	Avaliação do grau de risco de úlcera de pressão através da Escala de Braden ou Braden Q conforme IT.GRL.354 <i>Avaliação do risco de Úlcera de Pressão</i> no acolhimento nos Serviços de Internamento					
4	Reavaliação do grau de risco de úlcera de pressão através da Escala de Braden de 24h/ 24h no Serviço de Urgência e UCI					
5	Reavaliação do grau de risco de úlcera de pressão através da Escala de Braden ou Braden Q no turno da manhã seguinte e posteriormente de 48h/ 48h nos Serviços de Internamento					
6	Elaboração do status de grau de risco de úlcera de pressão de acordo com o score obtido no acolhimento (Escala de Braden ou Braden Q)					
7	Atualização do status de grau de risco de úlcera de pressão de acordo com o score obtido nas reavaliações (Escala de Braden ou Braden Q)					
8	Evidência da vigilância das características da pele uma vez por dia quando <i>Baixo Risco de Úlcera</i>					
9	Quando <i>Alto Risco de úlcera de pressão</i> , há evidência de:	Vigilância das características da pele uma vez por turno				
		Posicionamento da pessoa de, pelo menos, 2 em 2 horas (estimular, assistir, executar)				
		Aplicação de creme hidratante (pelo menos 3 vezes por dia)				
		Alívio das zonas de pressão				

N.º	QUESTÕES	CONFORMIDADE			NA	OBSERVAÇÕES
		C (1)	C/ Obs. (0.5)	NC (0)		
10	Elaboração do diagnóstico de úlcera de pressão da seguinte forma: "Úlcera de pressão presente em grau..." localização e topologia, para cada úlcera de pressão, sem recurso a texto livre					
11	Evidência da notificação da úlcera de pressão através da intranet - ícone Eventos na UCIP					
12	No serviço de Pediatria na ausência de prescrição médica da avaliação da tensão arterial ou da oximetria de pulso, há evidência do planeamento de pelo menos uma destas intervenções					
Totais						
Percentagem obtida						

A Equipa auditora:

UNIDADE:

- ☐ Abrantes
☐ Tomar
☐ Torres Novas

SERVIÇO:

Etiqueta de identificação do Utente

DATA DE ADMISSÃO: ____ / ____ / ____

MEDIDAS DE PREVENÇÃO FACE AO RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO : (complete, sublinhe para especificar ou risque o que não se aplica)	EXECUÇÃO											
	____ / ____ / ____			____ / ____ / ____			____ / ____ / ____			____ / ____ / ____		
	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T
BAIXO RISCO - Obrigatórias												
Avaliar a integridade cutânea no acolhimento (avaliação inicial)	Rúb.	Rúb.	Rúb.									
Vigiar características da pele – pelo menos 1 x dia	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.
Monitorizar risco de úlcera de pressão através da <i>Escala de Braden segundo IT.GRL.354</i>	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.
BAIXO RISCO - Facultativas												
Aplicar creme hidratante (pelo menos 1 x dia)	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.
Requerer apoio técnico (Enf. de reabilitação, fisioterapeuta, dietista...)	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.
Executar reforço hídrico	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.
Vigiar a actividade física	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.
Estimular a deambulação	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.
Estimular/assistir/executar técnica de posicionamento no leito com uma frequência mínima de 3/3 horas	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.
Alívio das zonas de pressão	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.
Instruir Utente/Prestador de cuidados sobre medidas de prevenção da UP	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.
Instruir Utente/Prestador de cuidados sobre hábitos de vida saudável	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.
Treinar o Utente/Prestador de cuidados sobre medidas de prevenção da UP	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.
Assistir/executar/treinar técnica de mobilização passiva/ activa/assistida 1 x dia (Enf. de reabilitação)	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.
Assistir/executar/treinar técnica de auto mobilização 1 x dia (Enf. de reabilitação)	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.
Executar/treinar/instruir contracções musculares isométricas 1 x dia (Enf. de reabilitação)	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.
Executar/treinar/instruir exercícios de fortalecimento muscular 1 x dia (Enf. de reabilitação)	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.
Instruir/treinar o prestador de cuidados sobre técnica de automobilização (Enf. de reabilitação)	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.
ALTO RISCO - Obrigatórias (incluem as medidas do nível de risco anterior)												
Vigiar características da pele 1 x turno e/ou a cada posicionamento desde que identificada uma zona de rubor branqueável	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.
Estimular/assistir/executar técnica de posicionamento no leito com uma frequência mínima de 2/2 horas	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.
Aplicar creme hidratante pelo menos 3 x dia	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.
Aplicar dispositivo auxiliar de alívio da pressão	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.
ALTO RISCO – Facultativas (incluem as medidas do nível de risco anterior)												
Assistir/executar/treinar técnica de auto mobilização 2 x dia (Enf. de reabilitação)	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.
Assistir/executar/treinar técnica de mobilização passiva/ activa/assistida 1 x dia (Enf. de reabilitação)	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.
Executar/treinar/instruir contracções musculares isométricas 2 x dia (Enf. de reabilitação)	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.
Executar/treinar/instruir exercícios de fortalecimento muscular 2 x dia (Enf. de reabilitação)	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.	Rúb.

OBJECTIVO / INDICADOR

OBJECTIVO / INDICADOR N.º 1 REV.

DATA: 08/07/2014

☐ INDICADOR
 ☐ OBJECTIVO
 ☐ Geral
 ☐ Específico de área ou serviço: Enfermagem

OBJECTIVO	Manter/Melhorar o número de Úlceras de Pressão nas pessoas que recorrem ao CHMT.	
DESCRIÇÃO DO OBJECTIVO	Demonstrar que há evidência de intervenções, em pessoas com risco de Úlcera de Pressão, que contribuem para a prevenção de complicações.	
INDICADOR	Taxa de incidência de úlceras de pressão.	
DESCRIÇÃO DO INDICADOR	Indicador epidemiológico que exprime a relação entre o número de novos casos (pessoas) de úlceras de pressão documentados e a população existente, num determinado momento ou período.	
TIPO DE FALHA SUBJACENTE	Falha do sistema informático (SClinico). Deficiência nos registos. Inadequação dos Recursos Humanos às reais necessidades dos serviços. Falha/falta/degradação no equipamento.	
OBJECTIVO DA MONITORIZAÇÃO	Determinar a ocorrência de novos casos de úlceras de pressão (após as seis horas de admissão)	
FÓRMULA	Numerador (A): Pessoas saídas no período em análise, a quem foi documentado: a. O diagnóstico de enfermagem “úlceras de pressão presente”, após as primeiras 6h de admissão ao serviço Denominador (B): Pessoas saídas no período em análise A/Bx100	
UNIDADE DE MEDIDA	Percentagem	
EXCLUSÕES	UP documentadas após permanência noutro serviço, no período em que o utente está à sua responsabilidade.	
PERÍODO APLICÁVEL	Anual	
FREQUÊNCIA DE MONITORIZAÇÃO	Mensal/ Trimestral/ Anual	
FONTE DE DADOS	Plataforma Informática “PQCE- Indicadores” Aplicativo Informático - SClinico Plataforma “Notificação de Eventos”	
RESPONSÁVEL PELA RECOLHA DE DADOS	Enf.º Chefe/Responsável de serviço ou Elemento Dinamizador/Cooperante dos Padrões de Qualidade – Úlceras de Pressão	ASSINATURA:

OBJECTIVO / INDICADOR

OBJECTIVO / INDICADOR N.º 1 REV.

DATA: 08/07/2014

RESPONSÁVEL PELA MONITORIZAÇÃO	Enf.º Chefe/Responsável de serviço ou Elemento Dinamizador/Cooperante dos Padrões de Qualidade – Úlceras de Pressão	ASSINATURA:	
REFERÊNCIA COMPARATIVA	Ano de 2013 o valor foi 0,66%		
METAS	Que 100% dos utentes com Úlcera de Pressão adquirida no serviço tenham documentado o Diagnóstico de Úlcera de Pressão após as 6 horas de admissão no serviço	PRAZOS	
OBSERVAÇÕES			

OBJECTIVO / INDICADOR

OBJECTIVO / INDICADOR N.º2 REV. ____

DATA: 08/07/2014

☐ INDICADOR
 ☐ OBJECTIVO
 ☐ Geral
 ☐ Específico de área ou serviço: Enfermagem

OBJECTIVO	Manter/Melhorar o número de úlceras de pressão nas pessoas recorrem ao CHMT
DESCRIÇÃO DO OBJECTIVO	Demonstrar que há evidência de intervenções de enfermagem, em pessoas com risco de úlceras de pressão, que contribuem para a prevenção de complicações
INDICADOR	Taxa de efetividade na prevenção de úlceras de pressão
DESCRIÇÃO DO INDICADOR	Indicador de resultado que exprime a relação entre o número de pessoas com risco de úlcera de pressão documentado, com intervenções de enfermagem implementadas, que não desenvolveram úlcera de pressão e o número de pessoas com risco de úlcera de pressão documentado, num determinado período.
TIPO DE FALHA SUBJACENTE	Falha do sistema informático (SClínico). Deficiência na avaliação do nível de risco/falha na avaliação e/ou registo de intervenções.
OBJECTIVO DA MONITORIZAÇÃO	Avaliar a efetividade dos cuidados de enfermagem na prevenção de úlceras de pressão
FÓRMULA	<p>Numerador (A): Pessoas saídas no período em análise, a quem não foi documentado: a. O diagnóstico de enfermagem “úlceras de pressão presente”, com data/hora posterior à data/hora de início do diagnóstico de enfermagem “úlceras de pressão: Baixo risco/ Alto risco...”, após as primeiras 6h de admissão ao serviço e Pessoas saídas no período em análise, a quem foi documentado: a. Pelo menos as intervenções de enfermagem obrigatórias de acordo com o grau de risco, no período em análise</p> <p>Denominador (B): Pessoas saídas no período em análise, a quem foi documentado o diagnóstico de enfermagem “úlceras de pressão: Baixo risco/ Alto risco...”,</p> <p>A/Bx100</p> <p style="text-align: center;">INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</p> <p style="text-align: center;"><u>Baixo Risco de úlceras de pressão</u></p> <p><u>OBRIGATORIAS:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a integridade cutânea (acolhimento no âmbito da avaliação inicial); • Vigiar características da pele; • Monitorizar risco de úlcera de pressão; <p><u>FACULTATIVAS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Manter a pele limpa e seca; • Aplicar creme hidratante (pelo menos uma vez dia); • Requerer apoio técnico (enfermeiro de reabilitação, fisioterapeuta, dietista...); • Executar reforço hídrico; • Vigiar a atividade física; • Estimular a deambulação; • Estimular/Assistir/Executar técnica de posicionamento no leito com uma frequência <u>mínima</u> de 3/3 horas; • Instruir pessoa/Prestador de cuidados sobre medidas de prevenção da UP; • Instruir pessoa/Prestador de cuidados sobre hábitos de vida saudável; • Treinar a pessoa/prestador de cuidados sobre medidas de prevenção da UP; • Assistir/executar/treinar técnica de mobilização passiva/ativa/assistida 1xdia (enfermeiro de reabilitação); • Assistir/executar/treinar técnica de auto mobilização 1 x dia (enfermeiro de reabilitação); • Executar/treinar/instruir contrações musculares isométrico 1 x dia (enfermeiro de

OBJECTIVO / INDICADOR

OBJECTIVO / INDICADOR N.º2 REV. ____

DATA: 08/07/2014

	<div>reabilitação);</div> <div><ul style="list-style-type: none">• Executar/treinar/instruir exercícios de fortalecimento muscular 1 x dia (enfermeiro de reabilitação);• Instruir/treinar o prestador de cuidados sobre técnica de automobilização (enfermeiro de reabilitação);• Alívio das zonas pressão.</div> <div><div>Alto Risco de úlceras de pressão</div></div> <div><div>OBRIGATÓRIAS:</div><div><ul style="list-style-type: none">• Avaliar a integridade cutânea (acolhimento no âmbito da avaliação inicial);• Vigiar características da pele;• Monitorizar risco de úlceras de pressão através da Escala de Braden;• Estimular/Assistir/Executar técnica de posicionamento no leito;• Aplicar creme hidratante;• Aplicar dispositivo auxiliar de alívio da pressão;</div></div> <div><div>FACULTATIVAS</div><div>Incluem as medidas de Enfermagem facultativas do nível de risco anterior e as seguintes:</div><div><ul style="list-style-type: none">• Assistir/executar/treinar técnica de auto mobilização 2 x dia (enfermeiro de reabilitação);• Assistir/executar/treinar técnica de mobilização passiva/ativa/assistida 1x dia (enfermeiro de reabilitação);• Executar/treinar/instruir contrações musculares isométricas 2 x dia (enfermeiro de reabilitação);• Executar/treinar/instruir exercícios de fortalecimento muscular 2 x dia (enfermeiro de reabilitação).</div></div>			
	UNIDADE DE MEDIDA	Percentagem		
	EXCLUSÕES	UP verificadas/documentadas após permanência noutro serviço, no período em que o Utente está à sua responsabilidade.		
	PERÍODO APLICÁVEL	Anual		
	FREQUÊNCIA DE MONITORIZAÇÃO	Mensal/ Trimestral/ Anual		
FONTE DE DADOS	Plataforma Informática “PQCE- Indicadores” Aplicativo Informático - SClínico Plataforma “Notificação de Eventos”			
RESPONSÁVEL PELA RECOLHA DE DADOS	Enf.º Chefe/Responsável de serviço ou Elemento Dinamizador/Cooperante dos Padrões de Qualidade – Úlceras de Pressão	ASSINATURA:		
RESPONSÁVEL PELA MONITORIZAÇÃO	Enf.º Chefe/Responsável de serviço ou Elemento Dinamizador/Cooperante dos Padrões de Qualidade – Úlceras de Pressão	ASSINATURA:		
REFERÊNCIA COMPARATIVA	Referente ao ano de 2013 que foi 79,2%			
METAS	Que 90% das pessoas com risco de UP tenham pelo menos as respetivas intervenções obrigatórias documentadas	PRAZOS	Dezembro de 2014	
OBSERVAÇÕES				

OBJECTIVO / INDICADOR

OBJECTIVO / INDICADOR N.º3 REV. ____

DATA: 08/07/2014

☐ INDICADOR
 ☐ OBJECTIVO
 ☐ Geral
 ☐ Específico de área ou serviço: Enfermagem

OBJECTIVO	Manter/Melhorar o número de úlceras de pressão nas pessoas que recorrem ao CHMT
DESCRIÇÃO DO OBJECTIVO	Demonstrar que há evidência de intervenções de enfermagem, em pessoas com risco de úlceras de pressão, que contribuem para a prevenção de complicações
INDICADOR	Taxa de efetividade diagnóstica do risco de úlceras de pressão
DESCRIÇÃO DO INDICADOR	Indicador de processo que exprime a relação entre o número de pessoas que desenvolveram úlceras de pressão, com risco previamente documentado e o número de pessoas que desenvolveram úlcera de pressão, num determinado período.
TIPO DE FALHA SUBJACENTE	Falha do sistema informático (SClinico). Deficiência na avaliação do nível de risco/falha na avaliação e/ou registo de intervenções.
OBJECTIVO DA MONITORIZAÇÃO	Avaliar a efetividade diagnóstica do risco em desenvolver úlceras de pressão
FÓRMULA	<p>Numerador (A): Pessoas saídas no período em análise, a quem foi documentado:</p> <p>a. O diagnóstico de enfermagem “úlceras de pressão presente”, com data/hora posterior à data/hora de início do diagnóstico de enfermagem “úlceras de pressão: baixo risco ou alto risco”, após as primeiras 6h de admissão ao serviço</p> <p>Denominador (B): Pessoas saídas no período em análise, a quem foi documentado o diagnóstico de enfermagem “úlceras de pressão presente”, após as primeiras 6h de admissão ao serviço</p> <p>A/Bx100</p>
UNIDADE DE MEDIDA	Porcentagem
EXCLUSÕES	UP verificadas/documentadas após permanência noutro serviço, no período em que a pessoa está à sua responsabilidade.
PERÍODO APLICÁVEL	Anual
FREQUÊNCIA DE MONITORIZAÇÃO	Mensal/ Trimestral/ Anual
FONTE DE DADOS	Plataforma Informática “PQCE- Indicadores” Aplicativo Informático - SClinico Plataforma “Notificação de Eventos”
RESPONSÁVEL PELA RECOLHA DE DADOS	<div>Enf.º Chefe/Responsável de serviço ou Elemento Dinamizador/Cooperante dos Padrões de Qualidade – Úlceras de Pressão</div> <div>ASSINATURA:</div>

OBJECTIVO / INDICADOR

OBJECTIVO / INDICADOR N.º3 REV. ____

DATA: 08/07/2014

RESPONSÁVEL PELA MONITORIZAÇÃO	Enf.º Chefe/Responsável de serviço ou Elemento Dinamizador/Cooperante dos Padrões de Qualidade – Úlceras de Pressão		ASSINATURA:
REFERÊNCIA COMPARATIVA	Ano de 2013		
METAS	Que o indicador seja superior a 80%	PRAZOS	Dezembro de 2014
OBSERVAÇÕES			

OBJECTIVO / INDICADOR

OBJECTIVO / INDICADOR N.º 4 REV. __

DATA: 08/07/2014

☐ INDICADOR ☐ OBJECTIVO ☐ Geral ☐ Específico de área ou serviço: _____

OBJECTIVO	Registar todas as Úlceras de Pressão nos serviços de internamento do CHMT	
DESCRIÇÃO DO OBJECTIVO	Conhecer a dimensão do problema/ complicação: Úlcera de pressão	
INDICADOR	Taxa de prevalência de Úlcera de Pressão	
DESCRIÇÃO DO INDICADOR	Indicador epidemiológico que consiste na relação entre o número de casos de úlceras de pressão documentados e a população existente, num determinado momento ou período.	
TIPO DE FALHA SUBJACENTE	Inadequação dos Recursos na Comunidade para colmatar as reais necessidades em cuidados de enfermagem. Inadequação dos Recursos Humanos às reais necessidades dos serviços. Falha do sistema informático (SClinico). Deficiência nos registos. Falha/falta/degradação no equipamento	
OBJECTIVO DA MONITORIZAÇÃO	Determinar a ocorrência de úlceras de pressão	
FÓRMULA	Numerador (A): Pessoas saídas, no período em análise, a quem foi documentado: a. O diagnóstico de enfermagem “úlceras de pressão presente”.... Denominador (B): Pessoas saídas no período em análise $A/B \times 100$	
UNIDADE DE MEDIDA	Porcentagem	
EXCLUSÕES	Não existem	
PERÍODO APLICÁVEL	Anual	
FREQUÊNCIA DE MONITORIZAÇÃO	Mensal/ Trimestral/ Anual	
FONTE DE DADOS	Plataforma Informática “PQCE - Indicadores Aplicativo Informático - SClinico Plataforma “Notificação de Eventos	
RESPONSÁVEL PELA RECOLHA DE DADOS	Enf.º Chefe/Responsável de serviço ou Elemento Dinamizador/Cooperante dos Padrões de Qualidade – Úlceras de Pressão	ASSINATURA:

OBJECTIVO / INDICADOR

OBJECTIVO / INDICADOR N.º 4 REV. __

DATA: 08/07/2014

RESPONSÁVEL PELA MONITORIZAÇÃO	Enf.º Chefe/Responsável de serviço ou Elemento Dinamizador/Cooperante dos Padrões de Qualidade – Úlceras de Pressão		ASSINATURA:
REFERÊNCIA COMPARATIVA	Ano de 2013		
METAS	Que 100% das úlceras sejam documentadas	PRAZOS	Dezembro 2014
OBSERVAÇÕES			

OBJECTIVO / INDICADOR

OBJECTIVO / INDICADOR N.º 5 REV. __

DATA: 05/07/2014

☐ INDICADOR
 ☐ OBJECTIVO
 ☐ Geral
 ☐ Específico de área ou serviço: _____

OBJECTIVO	Avaliar o número de úlceras de pressão resolvidas (cicatrizadas) nas pessoas que recorrem ao CHMT.
------------------	--

DESCRIÇÃO DO OBJECTIVO	Demonstrar a efetividade dos cuidados de enfermagem no tratamento de úlceras de pressão.
-------------------------------	--

INDICADOR	Taxa de resolução (cicatrização) de úlceras de pressão
------------------	--

DESCRIÇÃO DO INDICADOR	Indicador de resultado que consiste na relação entre o número de casos de úlceras de pressão resolvidos e o número de casos de úlceras de pressão existentes, num determinado período.
-------------------------------	--

TIPO DE FALHA SUBJACENTE	Falha do sistema informático (SClinico). Deficiência nos registos. Inadequação dos Recursos Humanos às reais necessidades dos serviços. Falha/falta/degradação no equipamento.
---------------------------------	---

OBJECTIVO DA MONITORIZAÇÃO	Avaliar a efetividade dos cuidados de enfermagem no tratamento de úlceras de pressão
-----------------------------------	--

FÓRMULA	Numerador (A): Número de úlceras de pressão cicatrizadas no período em análise, nas pessoas saídas Denominador (B): Número total de úlceras de pressão no período em análise, nas pessoas saídas
----------------	---

UNIDADE DE MEDIDA	Percentagem
--------------------------	-------------

EXCLUSÕES	Não existem
------------------	-------------

PERÍODO APLICÁVEL	Anual
--------------------------	-------

FREQUÊNCIA DE MONITORIZAÇÃO	Mensal/ Trimestral/ Anual
------------------------------------	---------------------------

FONTE DE DADOS	Plataforma Informática "PQCE.- Indicadores" Aplicativo Informático - SClinico Plataforma "Notificação de Eventos"
-----------------------	---

RESPONSÁVEL PELA RECOLHA DE DADOS	Enf.º Chefe/Responsável de serviço ou Elemento Dinamizador/Cooperante dos Padrões de Qualidade – Úlceras de Pressão	ASSINATURA:
--	--	-------------

RESPONSÁVEL PELA MONITORIZAÇÃO	Enf.º Chefe/Responsável de serviço ou Elemento Dinamizador/Cooperante dos Padrões de Qualidade – Úlceras de Pressão	ASSINATURA:
---------------------------------------	--	-------------

OBJECTIVO / INDICADOR

OBJECTIVO / INDICADOR N.º 5 REV. __

DATA: 05/07/2014

REFERÊNCIA COMPARATIVA	Não temos		
METAS	Que 50% das UP cicatrizem	PRAZOS	2014
OBSERVAÇÕES			