



**Prevenção de Úlceras de
Pressão em Utentes de
Equipa de Cuidados
Continuados Integrados.**

**Relatório de Estágio para a obtenção do grau de Mestre na área
de Enfermagem Comunitária**

**Tiago Miguel de
Vasconcelos Fontes
Barbosa**

2021, Março



**Prevenção de Úlceras de
Pressão em Utentes da
Equipa de Cuidados
Continuados Integrados.**

**Relatório de Estágio para a obtenção do grau de Mestre na área
de Enfermagem Comunitária**

**Tiago Miguel de
Vasconcelos Fontes
Barbosa**

Orientador

Professora Doutora Maria Irene Mendes Pedro Santos

2021, Março

Ao meu Pai.

Foste... És e serás sempre a minha LUZ.

AGRADECIMENTOS

Aos Utentes da ECCI do Cartaxo, respetivas famílias e cuidadores.

À Professora Doutora Irene Santos, por toda a disponibilidade e orientação.

À equipa da UCC do Cartaxo em especial à Sr.ª Enf.ª Corina Freire pelo modelo, caloroso acolhimento, pela constante disponibilidade e partilha de conhecimento.

À Câmara Municipal de Cartaxo, na pessoa da Dra. Conceição Reis, pela cooperação.

À minha esposa Joana, por ter levado “a casa às costas” para que este Mestrado fosse possível.

Aos meus queridos filhos, Francisco, Sofia e Frederico pelo tempo que não tive para lhes dedicar.

À minha família, em especial à minha Mãe por todo e incondicional apoio.

Aos meus colegas do 8º CMEC, em especial à Enf.ª Sandra Bispo, Enf.ª Eduardo Gil, Enf.ª Lúcia Faria, Enf.ª Joana Burnay e Enf.ª Maria Calado pela motivação e espírito de interajuda.

À Santa Casa da Misericórdia da Chamusca, pela flexibilidade que proporcionou.

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS e SIGLAS

ACES- Agrupamentos de Centros de Saúde
ACSS- Administração Central do Sistema de Saúde
AVD- Atividades de Vida Diárias
CIF- Classificação Internacional da Funcionalidade
CPCJ- Comissão de Proteção de Crianças e Jovens
DGS- Direcção Geral Saúde
DL- Decreto-lei
ECCI- Equipa de Cuidados Continuados Integrados
EEECSP- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública
EPUAP- European Pressure Ulcer Advisory Panel
IDG- Índice de Desempenho Global
IPSS- Instituições Particulares de Segurança Social
NACJR- Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco
NLI- Núcleo local de inserção
NPUAP- National Pressure Ulcer Advisory Panel
OE- Ordem dos Enfermeiros
OMS- Organização Mundial de Saúde
PICC- Processo Individual de Cuidados Continuados
PIE- Processo Individual de Enfermagem
PPPIA - Pan Pacific Pressure injury Alliance
PII- Plano Individual de Intervenção
REPE- Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
RNCCI- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
RJPST-Regime jurídico da promoção da segurança e saúde no trabalho
RSI- Rendimento Social de Inserção
SA- Superfícies de Apoio
SNS- Serviço Nacional de Saúde
TDP- Tomada de Decisão Partilhada
UCC- Unidade de Cuidados na Comunidade
UP- Úlcera de Pressão

RESUMO

Prevenção de Úlceras de Pressão em Utentes de ECCI

As UP são consideradas um problema de saúde pública em Portugal e traduzem-se num indicador de qualidade dos cuidados de saúde prestados. Estima-se que 95% das UP são evitáveis;

Consultados os indicadores da equipa do Cartaxo, identifica-se necessidade de intervenção nesta área. Neste sentido, desenvolveu-se uma Scoping Review, com a questão: Quais as estratégias de intervenção de enfermagem para prevenção de Úlceras de pressão nos Utentes da ECCI?

Tendo como base a metodologia do Planeamento em Saúde, foi desenvolvido o projeto, traduzindo-se na intervenção comunitária aplicando competências específicas do EEECS. Teve como objetivo geral “Prevenir a Incidência de UP nos Utentes da ECCI do Cartaxo”.

Após a implementação deste projeto, verifica-se que os indicadores de processo foram atingidos e ultrapassados. Os indicadores de resultado tiveram, embora com uma evolução bastante positiva, necessitam de mais tempo de intervenção para atingir o objetivo.

Palavras-chave: Prevenção, Úlcera de Pressão e Enfermagem

ABSTRACT

Prevention of Pressure Ulcers in ECCI Patients

PU are considered a public health problem in Portugal and are an indicator of the quality of healthcare provided. It is estimated that 95% of PU are preventable; therefore, priority intervention in several dimensions is necessary.

After consulting Cartaxo team indicators, there is a need for intervention in this area. In this sense, a Scoping Review was developed, with the question: What are the nursing intervention strategies to prevent PU in ECCI users?

Based on the Health Planning methodology, translating into the community intervention applying the specific skills of the EEECS, whose general objective was "Preventing the Incidence of Pressure Ulcers in ECCI do Cartaxo Users".

After the implementation of this project, it appears that the process indicators have been reached and exceeded. The result indicators had a very positive evolution, but they need more time to achieve the goals.

Keywords: Primary Prevention, Pressure Ulcers and Nursing

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	12
1 – CARACTERIZAÇÃO DO ACES LEZIRIA.....	15
1.1- CARACTERIZAÇÃO DO CONCELHO EM ESTUDO.....	17
1.1.1– CONCELHO DO CARTAXO	17
1.2 - CARATERIZAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DO CARTAXO	18
1.2.1- ECCI DO CARTAXO	22
2- TEMA E ENQUADRAMENTO.....	25
2.1- ÚLCERAS DE PRESSÃO	26
3 - REFERENCIAL TEÓRICO DE BETTY NEUMAN	30
4 – METODOLOGIA.....	32
4.1 - PLANEAMENTO EM SAÚDE	32
4.1.1 – Diagnóstico de situação e Pertinência do estudo	32
4.1.2 – Definição de Prioridade e Fixação de Objetivos.....	35
4.1.3 – Seleção de Estratégias.....	36
4.1.3.1 – Scoping Review.....	37
4.1.4- Elaboração de Programas e Projetos e Preparação para a Execução do Plano.....	40
4.1.4.2 – Princípios Éticos.....	45
4.1.5-Avaliação	45
4.1.5.1- Dificuldades.....	50
5-OUTRAS ATIVIDADES.....	52
6-ANALISE REFLEXIVA.....	55
7-CONCLUSÃO	58
BIBLIOGRAFIA.....	60
ANEXOS	69
ANEXO I – PROJETO DE ESTÁGIO	70
ANEXO II – SCOPING REVIEW.....	116
ANEXO III – PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE UP DA ECCI DO CARTAXO.....	160
ANEXO IV – FOLHETO	178
ANEXO V – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DO IPS.....	181
ANEXO VI – PEDIDO E AUTORIZAÇÃO DA COORDENADORA DA UCC DO CARTAXO PARA ACESSO E TRATAMENTO DOS DADOS	184
ANEXO VII – BI DOS INDICADORES 285 E 287	186
ANEXO VIII – APRESENTAÇÃO REALIZADA NO SEMINÁRIO INTERCALAR	189
ANEXO IX – APRESENTAÇÃO REALIZADA NO SEMINÁRIO FINAL	201

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Mapa dos Concelhos – ACES Lezíria	16
Figura 2- Foto ilustrativa da apresentação de EPIS- COVID-19.....	50

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Freguesias do concelho do Cartaxo (Fonte: CM do Cartaxo).....	18
Quadro 2 – Recursos da comunidade do Cartaxo (Fonte: CM do Cartaxo).....	19
Quadro 3 – Equipa nuclear da UCC do Cartaxo.....	21
Quadro 4 – Indicadores UCC Cartaxo.	22
Quadro 5 – Indicadores ECCI Cartaxo.....	24
Quadro 6 – Ações e metas para Prevenir a ocorrência de úlceras de pressão.....	26
Quadro 7 – Indicadores de processo.	46
Quadro 8 – Indicadores de resultado.....	47
Quadro 9 - Prevalência de UP, Risco e Score da Escala de Braden na ECCI do Cartaxo.....	48

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Evolução da Taxa de efetividade na prevenção de úlceras de pressão.....47

Gráfico 2 - Evolução da Taxa de incidência de úlceras de pressão.....48

INTRODUÇÃO

No âmbito do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública da Escola Superior de Saúde de Santarém, integrado na unidade curricular - Estágio e Relatório de Intervenção Comunitária, foi proposta a realização do presente relatório de estágio.

Dada a atual e inesperada pandemia de COVID-19, houve necessidade de reajuste do cronograma inicial do estágio, de forma a cumprir com as normas da DGS. Assim, este estágio decorreu no período de 22 de junho a 4 de dezembro de 2020 na ECCI da Unidade de Cuidados na Comunidade do Cartaxo, onde, através da metodologia de planeamento em saúde, se procedeu à realização de um projeto de estágio (ANEXO I) de intervenção de Saúde Comunitária e Saúde Pública que fosse pertinente e que se traduza em ganhos em saúde para a população.

Integrado na Estratégia Nacional para a Qualidade da Saúde, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, criado pelo Despacho n.º1400-A/2015 de 10 de fevereiro, inscreve-se no quadro de uma política pública de prevenção de incidentes de segurança associados à prestação de cuidados de saúde no âmbito do Serviço Nacional de Saúde.

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes consubstancia-se como um instrumento de apoio fundamental na aplicação de boas práticas de segurança a gestores e clínicos e tem como objetivo melhorar, de forma integrada e contínua, a prestação de cuidados de saúde em todos os níveis, e num processo de melhoria contínua da qualidade do SNS. **Prevenir a ocorrência de úlceras de pressão** é um das metas a atingir.

Segundo a orientação nº17/2011 da DGS, cerca de 95% das úlceras de pressão são evitáveis; neste sentido, tendo como objetivo final a qualidade da prestação de cuidados, é necessária uma intervenção prioritária no que concerne aos fatores de risco e etiologia, avaliação do risco, caracterização das úlceras de pressão e registos.

Imperator e Giralde (1982), referem que o planeamento em saúde conduz à identificação de problemas junto das comunidades, de modo confiável, objetivando mudar o seu comportamento e modos de vida, promovendo a adequada utilização dos serviços de saúde. Deste modo, há que implementar estratégias e intervenções no âmbito da prevenção, que auxiliem na recuperação e manutenção das capacidades do doente, de modo a preservar a sua qualidade de vida. Assim, também é necessário acompanhar, apoiar e capacitar a família/cuidador no que concerne a aquisição das competências adequadas.

Segundo Nunes (2006) os enfermeiros são profissionais de saúde que têm como missão promover a qualidade de vida dos seus pacientes, ajudar as pessoas saudáveis a conservar a sua saúde, auxiliar o doente no processo de recuperação da sua saúde, a maximizar as

potencialidades dos que do não podem ser curados e ajudar a viver tão plenamente quanto possível até á morte os que estão a morrer.

Assim, os enfermeiros devem estar cientes desta situação, e encontrarem-se capacitados para a assumpção das suas responsabilidades na tomada de decisão, através de intervenções dirigidas à prevenção, dando primazia às atividades autónomas, permitindo uma consciencialização e familiarização dos conceitos, objetivos propostos e a aquisição de hábitos de trabalho, baseados em procedimentos estabelecidos (Ferreira, 2007).

Tendo como contexto a comunidade, pretende-se adquirir e consolidar conhecimentos acerca do diagnóstico de enfermagem da comunidade, utilizando a metodologia do planeamento em saúde, no sentido de desenvolver uma intervenção na mesma, tendo como finalidade o desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista.

A Ordem dos Enfermeiros (OE 2018) refere que, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, desenvolve uma prática centrada na comunidade, assumindo um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, com uma elevada capacidade de resposta às necessidades dos diferentes clientes, proporcionando-lhes ganhos efetivos em saúde.

Revela-se fundamental na elaboração dos objetivos do estágio, englobar as condições de acesso ao título de especialista nesta área do conhecimento especializado em Enfermagem, pela Ordem dos Enfermeiros.

Neste contexto, é objetivo deste estágio a aquisição de competências no âmbito da intervenção de enfermagem na comunidade, nomeadamente:

- Analisar os processos de saúde/doença no contexto da enfermagem comunitária;
- Desenvolver estratégias de intervenção em enfermagem comunitária numa perspetiva transdisciplinar;
- Criticar os resultados das intervenções de enfermagem no contexto dos cuidados especializados em enfermagem comunitária.

Na prossecução dos referidos objetivos de estágio, foram elaborados os seguintes objetivos do relatório:

Objetivo geral:

- Apresentar de modo reflexivo o percurso desenvolvido durante o estágio de intervenção comunitária.

Define-se os seguintes objetivos específicos:

- Enquadrar a prática clínica na evidência científica com recurso à Revisão Sistemática da Literatura acerca da prevenção das UP.

- Prevenir a Incidência de Úlceras de Pressão nos Utentes da ECCI do Cartaxo.
- Sensibilizar os utentes e os profissionais da ECCI do Cartaxo para a importância da prevenção das UP;
- Incentivar a equipa multidisciplinar da ECCI para a prevenção de UP;
- Capacitar a família/cuidador na prevenção de UP;
- Sensibilizar a equipa de enfermagem na identificação da pessoa em risco de desenvolver UP;
- Implementar estratégias de promoção e manutenção da integridade cutânea e prevenção de UP, nomeadamente com a construção de um procedimento.
- Fundamentar, sustentado na enfermagem avançada, as competências desenvolvidas ao longo do estágio;
- Avaliar a eficácia e eficiência do projeto de intervenção e registar e divulgar os resultados sensíveis à intervenção de enfermagem, produtoras de resultados sensíveis, nas pessoas cuidadas.

Este relatório é composto por um capítulo inicial onde é feita a caracterização do ACES Lezíria, caracterização do concelho do Cartaxo, da UCC Cartaxo e da ECCI. Segue-se o enquadramento teórico, referencial teórico de Betty Neuman, a metodologia utilizada, seguido do desenvolvimento do plano de atividades e terminando com a conclusão.

Para a realização deste documento foram utilizadas as normas de elaboração e apresentação dos trabalhos escritos da ESSS, do Instituto Politécnico de Santarém.

1 – CARACTERIZAÇÃO DO ACES LEZIRIA

As Administrações Distritais dos Serviços de Saúde, criadas pelo Decreto-Lei n.º 488/75, de 4 de setembro, deram lugar, em 1982, às Administrações Regionais de Cuidados de Saúde (ARS) - (Decreto-Lei n.º 254/82, de 29 de junho). O novo estatuto do Serviço Nacional de Saúde (SNS) é aprovado, em 1993, através do Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro; este decreto consagra que “o SNS tem como objetivo a efetivação por parte do Estado, da responsabilidade que lhe cabe na proteção da saúde individual e coletiva”.

A crescente demanda das populações para uma resposta eficaz às suas necessidades em matéria de saúde e de uma maior qualidade na prestação de serviços, levou à criação e organização do SNS em Regiões de Saúde. O Decreto-Lei n.º 335/93, de 29 de setembro, aprovou o Regulamento das Administrações Regionais de Saúde, que determina que as ARS "são pessoas coletivas públicas, dotadas de autonomia administrativa e financeira e de património próprio, sob a tutela do Ministro da Saúde". As Regiões de Saúde permitiram, assim, a gestão dos recursos de uma forma mais próxima da população.

No quadro das orientações definidas pelo Programa de Reestruturação da Administração Central do Estado (PRACE) é aprovado, em 2008, o novo modelo organizacional das ARS. Como consequência da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários e na sequência da reestruturação do Ministério da Saúde decorrente do PRACE, surgem os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES).

Os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) constituem serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias Unidades Funcionais, compostas por um ou mais Centros de Saúde, integradas nas Administrações Regionais de Saúde ou em Unidades Locais de Saúde. Têm “por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica”, e como objetivo “dar estabilidade à organização da prestação de cuidados de saúde primários, permitindo uma gestão rigorosa, equilibrada, ciente das necessidades das populações e, acima de tudo, (...) a melhoria no acesso aos cuidados de saúde” - Decreto-Lei Nº28/2008, de 22 de fevereiro.

Segundo o Manual de acolhimento do ACES medio Tejo, os Agrupamentos de Centros de Saúde, são unidades de gestão responsáveis pela organização e integração da prestação de Cuidados de Saúde Primários. A gestão dos ACES assenta em 5 pilares que compõem o seu âmbito de ação:

- a) Adequar e otimizar os recursos existentes ao nível dos CS introduzindo ferramentas de planeamento e monitorização que permitiram melhorar a qualidade do serviço, reduzir os custos, racionalizar recursos e diminuir a burocracia;

- b) Introduzir a diferenciação técnica e a governação clínica;
- c) Coordenar a atuação das várias Unidades Funcionais sem prejuízo do grau de autonomia técnica e assistencial que se pretende que estas venham a ter;
- d) Introduzir a contratualização interna com as diversas Unidades Funcionais;
- e) Promover a identificação de necessidades em saúde das comunidades que servem e apresentar propostas de afetação de recursos, visando ganhos de saúde para a comunidade.

A população abrangida por cada ACES relaciona-se com a densidade populacional e com outros fatores demográficos.

Segundo o Dec-lei 28/2008, de 22 de fevereiro, “a delimitação geográfica deve corresponder (...) a um agrupamento de concelhos ou a um concelho” e “O número de pessoas residentes na área do ACES não deve, em regra, ser inferior a 50.000 nem superior a 200.000”. A Portaria n.º 276/2009, de 18 de março, retificada nos termos da Declaração de Retificação n.º 31/2009, de 15 de maio, (n.º 5), criou os ACES Lezíria I – Ribatejo e o ACES Lezíria II -, os quais posteriormente deram lugar ao atual ACES Lezíria.

O ACES Lezíria situa-se na Lezíria do Tejo. Do ACES Lezíria fazem parte nove concelhos (Almeirim, Alpiarça, Cartaxo, Chamusca, Coruche, Golegã, Rio Maior, Salvaterra de Magos e Santarém). Com uma área de cerca de 3.500 km², engloba 73 freguesias, presta serviços de cuidados a uma população de aproximadamente de 200.000 utentes (ARSLVT 2017).



Figura 1- Concelhos do ACES Lezíria

O ACES Lezíria conta com 552 colaboradores, de diversos grupos profissionais, distribuídos por 24 Unidades Funcionais, sendo que: cinco são Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados; sete são Unidades de Cuidados na Comunidade e 10 são Unidades de Saúde Familiares., uma Unidade de Saúde Pública e uma Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (ARSLVT, 2017).

Dos cerca de 200.000 utentes, 17% não possui médico de família atribuído - 34.316, sendo os concelhos de Salvaterra de Magos, Almeirim e Rio Maior os que têm maior lista de espera (ARSLVT, 2017).

1.1- CARACTERIZAÇÃO DO CONCELHO EM ESTUDO

1.1.1- CONCELHO DO CARTAXO

O modelo sistémico de Neuman assenta no desenvolvimento da teoria geral dos sistemas e assume como sistemas abertos, a natureza dos organismos vivos. Assim, o modelo sistémico de Neuman, tem como base que o sistema está em permanente mudança e em interação recíproca com o ambiente, tendo quatro conceitos fundamentais: Pessoa, Ambiente, Saúde e Enfermagem. Refere ainda três eixos que compõem o sistema no seu todo, nomeadamente: o ser humano, os stressores e a resposta da pessoa aos mesmos.

Tendo como base o Modelo de Betty Neuman e considerando a Comunidade como Cliente, caracteriza-se o concelho do Cartaxo através dos contextos intrasistémico e intersistémico.

Tendo em conta o contexto intrasistémico, descreve-se o concelho do Cartaxo como um dos 21 Concelhos que constituem o Distrito de Santarém. Com uma área aproximada de 158,18 Km², o Concelho do Cartaxo é limitado a Norte pelo Concelho de Santarém, a Sul e a Sudeste pelo Rio Tejo e pelo Concelho de Salvaterra de Magos, a Nascente com os Concelhos de Santarém e Almeirim e a Poente pelo Concelho de Azambuja (UCCCartaxo 2017).

Como resposta ao contexto socioeconómico nacional, em 2013, o município foi alvo de nova reorganização administrativa, enquadrado na Reforma da Administração Local, legislada pela Lei n.º22/2012, e concretizada pela Lei n.º11-A/2013 de 28 de janeiro - Reorganização administrativa do território das freguesias. Este novo quadro legal implicou a redução do número de freguesias, coliminando na reconfiguração do município do Cartaxo em seis novas freguesias, nomeadamente as representadas no quadro seguinte:

Quadro 1 – Freguesias do concelho do Cartaxo (Fonte: CM do Cartaxo)

Freguesias criadas por agregação	Sede	População	Área
União de freguesias Cartaxo e Vale da Pinta	Vale da Pinta	12 665	28,23 km ²
União de freguesias Ereira e Lapa	Ereira	1 836	12,62 km ²
Freguesias			
Pontével	Pontével	4 614	27,84 km ²
Valada	Valada	821	42,17 km ²
Vale da Pedra	Vale da Pedra	1 755	14,1 km ²
Vila Chã de Ourique	Vila Chã de Ourique	2 771	33,22 km ²

O concelho é atravessado por cerca de 40 km de estradas nacionais que o ligam quer aos grandes centros urbanos de Santarém e Lisboa, quer aos concelhos vizinhos e, cerca de 80 km de estradas municipais.

Os recursos da comunidade do concelho do Cartaxo, caracterizados segundo o Modelo de Sistemas de Neuman, tendo em conta o contexto intersistémico, podem-se caracterizar através da análise dos seus subsistemas que se enumeram no quadro seguinte:

Quadro 2 - Recursos da comunidade do Cartaxo: (Fonte: CM do Cartaxo)

Subsistema	Recursos
Cultural	<ul style="list-style-type: none"> • Biblioteca Marcelino Mesquita • Rádio Local: Rádio Cartaxo • Museu Rural e do Vinho do Cartaxo • Museu escolar do concelho do Cartaxo • Piscinas Municipais

	<ul style="list-style-type: none"> • Centro Cultural • Casa da Juventude • 1 Jornal • Feiras anuais: Feira dos Santos, Festa do vinho, Festas anuais das freguesias
Social	<ul style="list-style-type: none"> • Centros dia com serviços de apoio domiciliário (SAD). • Estruturas Residências para Pessoas Idosas. • Grupo de voluntariado da Cruz Vermelha. • Rede social do Cartaxo
Saúde e segurança	<ul style="list-style-type: none"> • 2 USF, uma sediada na cidade do Cartaxo (Terra Viva) e outra na freguesia de Pontével (D. Sancho I) e 1 UCC. • 8 Farmácias (1 em Pontével, 1 em Vale da Pedra, 1 em Ereira, 1 Vila Chã de Ourique e 4 no Cartaxo). • Bombeiros Voluntários do Cartaxo. • Cruz Vermelha Portuguesa. • Clinicas privadas de saúde • Laboratórios de análises clínicas. • Exames complementares de diagnóstico • Recolha e triagem de lixo com Ecopontos distribuídos pelas diversas freguesias • Água potável, Tratamento de águas residuais e a rede de esgotos • A rede de esgotos e o tratamento de águas residuais não existe ainda em todo o concelho.
Educativo	<ul style="list-style-type: none"> • Jardim-de-infância • Escolas do 1º ciclo • Escola Secundária do Cartaxo • Escola E.B. 2, 3 D. Sancho I – Pontével • Escola E.B. 2, 3 Marcelino Mesquita - Cartaxo.
Recreativo	<ul style="list-style-type: none"> • Sport Lisboa e Cartaxo • Associações desportivas e culturais e filarmónicas nas diversas freguesias • Agrupamento de escuteiros • Ranchos folclóricos

1.2 - CARATERIZAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DO CARTAXO

O Centro de Saúde do Cartaxo está integrado no Agrupamento de Centros de Saúde da Lezíria, e é composto pelas seguintes unidades funcionais (UCCCartaxo, 2017):

- Unidade de Cuidados na Comunidade do Cartaxo - Sediada nas instalações do Cartaxo
- Unidade de Saúde Familiar D Sancho I - Sediada nas instalações de Pontével, com extensões em Vale da Pedra e em Valada)
- Unidade de Saúde Familiar Cartaxo Terra Viva - Sediada nas instalações do Cartaxo
- Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados- Sediada nas instalações do Cartaxo
- Atendimento Complementar -Sediado nas instalações do Cartaxo
- Unidade de Saúde Pública – Pólo Cartaxo (Sediada nas instalações do Cartaxo)
- Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados – Pólo Cartaxo (Sediada nas instalações do Cartaxo)

A Unidade de Cuidados na Comunidade do Cartaxo, é definida segundo o Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de fevereiro, artigo 11º, como uma “unidade funcional de prestação de cuidados de saúde, apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física funcional ou de doença, que requeira acompanhamento próximo”.

Pretende contribuir, segundo a UCCCartaxo (2017:8) para a “melhoria do estado de saúde da população do Cartaxo visando a obtenção de ganhos e concorrendo de um modo direto para o cumprimento da missão do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Lezíria” em que se integra.

É dotada de autonomia organizativa técnica e integrada numa lógica de rede com as outras unidades funcionais do ACES Lezíria, sem prejuízo da necessária articulação interinstitucional e intersectorial, indispensável à concretização da sua missão (artigo 2.º do despacho nº 10143/2009, de 16 Abril).

A UCC do Cartaxo é uma organização constituída por uma equipa multidisciplinar. No quadro seguinte identificam-se os profissionais da equipa nuclear da UCC do Cartaxo:

Quadro 3- Equipa nuclear da UCC do Cartaxo (UCCCartaxo 2017)

Unidade de Cuidados na Comunidade*	Enfermeiros	8
	Fisioterapeuta	1
	Terapeuta Ocupacional	1
	Psicólogo	1

	Serviço Social	1
	Assistente Técnica	2

Tendo como contributo a consolidação de uma “cultura de gestão rigorosa, responsável e transparente no SNS” a ACSS publica os Termos de Referência para a Contratualização de cuidados de saúde no SNS para 2019, o documento base que estabelece o conjunto de orientações destinadas à contratualização nos cuidados de saúde primários, hospitalares e integrados. Este é o último dos três anos de vigência do contrato-programa do triénio 2017-2019 (ACSS 2018).

As UCC são unidades cujo processo de contratualização se iniciou, no ano de 2016, de forma transversal a nível nacional, necessitando de continuar a ser fortalecido e mais abrangente.

A matriz multidimensional tem como objetivo enumerar a carteira de serviços inerente a esta tipologia de unidades, procurando a uniformização do seu espectro de atuação, bem como na criação de instrumentos conducentes à desejável comparabilidade a nível nacional, promovendo uma orientação harmonizada e com objetivos comuns (ACSS 2018).

De acordo como o Manual de Acolhimento a Novos Profissionais e Estudantes a UCC do Cartaxo disponibiliza a seguinte carteira de serviços (UCCCartaxo 2017):

- Parentalidade – Preparação para o nascimento e Recuperação Pós – parto
- Equipa de Intervenção Precoce na Infância
- Saúde Escolar
- ECCI
- NACJR
- CPCJ
- Rede Social
- NLI/RSI
- Classes de Mobilidade

Associados às dimensões da matriz multidimensional, existem Indicadores com impacto no cálculo do IDG, sustentado pelo Portal BI CSP.

Para cada indicador de desempenho está definido um intervalo esperado e 2 intervalos de variação aceitável, nos seguintes termos:

- Os resultados pertencentes ao intervalo esperado são valorizados com 2 pontos;
- Os resultados pertencentes aos intervalos de variação aceitável são valorizados com 1 ponto;
- Outros resultados são valorizados com 0 pontos.

Elencam-se no quadro seguinte os indicadores referentes à UCC do Cartaxo, consultado no portal BI-CSP, referentes a Maio de 2020:

Quadro 4 – Indicadores UCC Cartaxo.

Designação Indicador (+ID)	Hierarq	Min. A	Min. Es	Máx. Es	Máx. A	Resulta	Score
279 - Proporção VD enfermagem fim-de-semana e feriado	Distribuiã	6,00	10,00	30,00	30,00	11,021	2
280 - Proporção ute. aval. equi. multip. prim. 48h	Tempos M	60,00	80,00	100,00	100,00	66,197	1
281 - Número médio visitas domic. por utente, por mês	Distribuiã	9,00	12,00	31,00	31,00	10,053	1
282 - Proporção de turmas abrangidas p/ P. N. S. Escolar	Cobertura	20,00	45,00	100,00	100,00	49,248	2
283 - Proporção crian./jov. c/ NSE c/ interv. S. Escolar	Saúde Escc	15,00	35,00	100,00	100,00	27,380	1
284 - Propor. uten. c/ alta ECCI c/ objet. atingidos	ECCI	60,00	70,00	100,00	100,00	85,915	2
285 - Taxa de efetivid. na prevenção de úlceras pressão	ECCI	85,00	93,00	100,00	100,00	91,304	1
287 - Taxa incidência de úlcera pressão na ECCI	ECCI	0,00	0,00	5,00	9,00	8,450	1
289 - Proporção utentes c/ ganhos no controlo da dor	ECCI	50,00	65,00	100,00	100,00	65,354	2
290 - Propor. utentes c/ melhoria "depend. autocuid."	ECCI	45,00	60,00	100,00	100,00	62,295	2
291 - Proporção utentes integrados ECCI c/ intern. hosp.	ECCI	0,00	0,00	10,00	15,00	1,408	2
292 - Taxa de ocupação da ECCI	Cobertura	70,00	80,00	100,00	100,00	57,509	0
293 - Tempo médio de permanência em ECCI	ECCI	15,00	30,00	120,00	150,00	105,507	2
329 - Taxa de resolução da ineficácia/compromisso na GRT	Doença Cr	40,00	60,00	100,00	100,00	47,368	1
366 - Proporção de grávidas com intervenção da UCC	Cobertura	20,00	35,00	100,00	100,00	51,219	2
367 - Proporção utentes c/ ganhos no controlo da dor	Abordager	45,00	65,00	100,00	100,00	66,666	2
368 - Proporção de crianças e jovens com interv. da UCC	Cobertura	15,00	35,00	100,00	100,00	42,767	2
369 - Proporção de consultas não presenciais na UCC	Distribuiã	9,00	12,00	25,00	25,00	35,047	0
373 - Prop. utentes c/ asma/DPOC e intervenção na UCC	Cobertura	6,00	13,00	100,00	100,00	11,011	1
375 - Proporção de RN de termo, de baixo peso	Saúde Rep	0,00	0,00	3,00	5,00	3,076	1
376 - Prop. utentes c/ ganho gestão stress prest. cuid.	Saúde Mer	20,00	50,00	100,00	100,00	5,263	0
377 - Proporção úlceras pressão melhoradas	ECCI	15,00	30,00	100,00	100,00	46,875	2
387 - Proporção de utentes com melhorias funcionais	Reabilitaçã	45,00	70,00	100,00	100,00	63,333	1
388 - Prop. utentes c/ melhoria no controlo de sintomas	Abordager	40,00	65,00	100,00	100,00	40,000	1
62 - Propor. crianças 1A, c/ aleit. mat. exclus. até 4M	Saúde Rep	48,00	60,00	100,00	100,00	63,157	2

Sendo grande a abrangência da intervenção da UCC do Cartaxo, foi proposto pela coordenadora da UCC do Cartaxo, dado ser uma necessidade identificada não só pelos indicadores, mas também pelo serviço, a realização do projeto de intervenção comunitária na ECCI do Cartaxo.

1.2.1- ECCI DO CARTAXO

De acordo com o projeto de estágio, (c.f. Anexo I) a gestão pública da terceira idade desenvolve-se, atualmente, nas instituições tradicionais, nomeadamente as misericórdias, IPSS e diversas outras organizações. Fernandes (1997) refere que somente após da década de 70, as instituições começam a ser conduzidas no sentido da prevenção da dependência e da integração das pessoas idosas na comunidade, tendo em conta as novas políticas internacionais.

Neste sentido, a partir da década de 70, surgiu uma nova política que preconiza a continuação dos idosos no seu domicílio, criando condições para que possam aí permanecer, integrados socialmente, partindo do pressuposto de que é possível retardar o envelhecimento (físico e mental) através de diferentes atividades culturais, recreativas e desportivas. Para além disso, também veicula uma representação de velhice diferente da velhice dos asilos, ou seja, uma velhice autónoma e ativa (Martins, 2012).

No entanto, para colmatar a dependência física da pessoa idosa de um familiar (cuidador informal), poucas foram as estratégias eficazes para tornar capaz o cuidador na sua função, conduzindo a hospitalizações recorrentes da pessoa idosa e o isolamento social do cuidador.

A 6 de junho de 2006, foi publicado o Decreto-Lei nº101/2006, que cria a RNCCI, sob jurisdição partilhada entre o Ministério da Saúde e o Ministério do Trabalho e Segurança Social, com o objectivo de colmatar as necessidades da pessoa idosa dependente e seu cuidador informal.

Neste âmbito, ciente de que a RNCCI é da responsabilidade partilhada de dois ministérios, da Saúde e da Segurança Social, a mesma partilha de responsabilidade foi implementada na gestão e prestação de cuidados ao utente e cuidador, no sentido que toda a avaliação das necessidades e conseqüente processo de cuidados devem ter uma intervenção multidisciplinar.

A RNCCI tem como objectivo geral “a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência” (Decreto-Lei nº101/2006:3858), procurando responder às novas necessidades de saúde e sociais, que visam satisfazer o incremento esperado da procura por parte de pessoas idosas com dependência funcional, de doentes com patologia crónica múltipla e de pessoas com doença incurável em estado avançado e em fase final de vida, através da promoção do reforço das capacidades e competências das famílias para lidar com essas situações, nomeadamente no que concerne à conciliação das obrigações da vida profissional com o acompanhamento familiar.

Os objectivos dos cuidados são diferenciados, tendo em conta as necessidades específicas da unidade familiar. Neste sentido, a RNCCI encontra-se dividida por unidades de internamento e de ambulatório. As unidades de ambulatório são constituídas pelas equipas de cuidados continuados integrados e pelas equipas comunitárias de suporte de cuidados paliativos; as unidades de internamento são constituídas por 5 tipologias: Unidades de Convalescência (UC); Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR); Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM) e Unidades de Cuidados Paliativos (UCP) e as Unidades de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental (UCSM).

As Equipas de Cuidados Continuados Integrados são da responsabilidade das Unidades de Cuidados na Comunidade dos ACES (Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de fevereiro). Estas equipas multidisciplinares prestam cuidados centrados na reabilitação, readaptação, manutenção e conforto, a pessoas em situação de dependência funcional transitória ou prolongada, doença terminal ou processo de convalescência, que não se podem deslocar de forma autónoma (Portaria nº50/2017).

De acordo com a Portaria nº 50/2017 dos Ministérios da Saúde e do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social a ECCI “presta cuidados centrados na reabilitação, readaptação,

manutenção e conforto, a pessoas em situação de dependência, doença terminal, ou em processo de convalescença, cuja situação não requer internamento, mas que não podem deslocar-se de forma autónoma” (Portaria nº50/2017:613)., tem assim como objectivo: “garantir à pessoa a prestação dos cuidados de saúde, de reabilitação, de manutenção, de natureza paliativa e de apoio psicossocial adequados, promovendo o envolvimento dos familiares ou dos cuidadores informais” visando a promoção da autonomia e garantindo a capacitação dos familiares ou dos cuidadores informais (Portaria nº50/2017:614), assegurar apoio psicológico e emocional e paliativo, bem como o apoio e a capacitação no desempenho das atividades básicas e instrumentais da vida diária. Preferencialmente, deverá ser designado um enfermeiro, como gestor de caso.

A ECCI do Cartaxo dirige a sua intervenção a pessoas em situação de dependência, que necessitam de cuidados continuados de saúde e de apoio social, de natureza preventiva, reabilitadora ou paliativa, incluindo os cuidadores informais. Foram contratualizadas 35 vagas na ECCI para população do concelho do Cartaxo. Esta equipa assegura a prestação de cuidados, todos os dias do ano, no horário de funcionamento das 8 às 18 horas nos dias úteis e, conforme as necessidades, aos fins-de-semana e feriados, das 9 às 14 horas (UCCCartaxo 2017).

Elencam-se no quadro seguinte os indicadores disponíveis à data de consulta, referentes à ECCI do Cartaxo, consultado no portal BI-CSP, referentes a Maio de 2020:

Quadro 5 – Indicadores ECCI Cartaxo

Designação Indicador (+ID)	Hierarq.	Min. A	Min. E	Máx. E	Máx. A	Resulta	Score
284 - Propor. uten. c/ alta ECCI c/ objet. atingidos	ECCI	60,00	70,00	100,00	100,00	85,915	2
285 - Taxa de efetivid. na prevenção de úlceras pressão	ECCI	85,00	93,00	100,00	100,00	91,304	1
287 - Taxa incidência de úlcera pressão na ECCI	ECCI	0,00	0,00	5,00	9,00	8,450	1
289 - Proporção utentes c/ ganhos no controlo da dor	ECCI	50,00	65,00	100,00	100,00	65,354	2
290 - Propor. utentes c/ melhoria "depend. autocuid."	ECCI	45,00	60,00	100,00	100,00	62,295	2
291 - Proporção utentes integrados ECCI c/ intern. hosp.	ECCI	0,00	0,00	10,00	15,00	1,408	2
293 - Tempo médio de permanência em ECCI	ECCI	15,00	30,00	120,00	150,00	105,507	2
377 - Proporção úlceras pressão melhoradas	ECCI	15,00	30,00	100,00	100,00	46,875	2

Constata-se que existe um score de 1 em dois indicadores da ECCI do cartaxo, nomeadamente:

- 285-Taxa de efetividade na prevenção de úlceras de pressão
- 287- Taxa de incidência de úlceras de pressão na ECCI.

Neste sentido, este projeto de intervenção comunitário incidirá sobre a problemática da incidência de ulceras de pressão e a sua prevenção em contexto da ECCI.

2- TEMA E ENQUADRAMENTO

Na comunidade, ao longo dos anos, têm existido alterações no perfil demográfico, refletindo-se em novas e evolutivas necessidades de saúde. Neste sentido, e de acordo com o regulamento 428/2018 da OE, realça-se o fulcral papel do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e saúde pública, cujo foco de intervenção é a comunidade capacitada e informada sobre as suas necessidades de saúde.

Assim, através da experiência clínica e através da aquisição de competências específicas, o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e saúde pública assume destaque na compreensão dos seus utentes (quer na sua forma individual, quer coletiva, em menores ou maior grupos), traduzindo-se em ganhos em saúde.

Segundo o mesmo regulamento, as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública são:

- a) Estabelecer, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade
- b) Contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades;
- c) Integrar a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde.
- d) Realizar e cooperar na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, criado pelo Despacho nº 1400-A/2015, de 10 de fevereiro, Integrado na Estratégia Nacional para a Qualidade da Saúde, é coordenado pelo Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde. Contempla as recomendações do Conselho da União Europeia, sobre a segurança dos doentes, assenta numa política pública de prevenção de incidentes de segurança associados à prestação de cuidados de saúde no âmbito do SNS.

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes é um instrumento de apoio à gestão e aos prestadores de cuidados, visando um processo de melhoria contínua da qualidade e aplicação de boas práticas de segurança, sendo da responsabilidade de cada unidade de prestação de cuidados de saúde, a sua implementação. A segurança, sendo um elemento indispensável na qualidade em saúde, possibilita fomentar a confiança nos cuidados prestados.

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, visa atingir os seguintes objetivos estratégicos:

1. Aumentar a cultura de segurança do ambiente interno;
2. Aumentar a segurança da comunicação;

3. Aumentar a segurança cirúrgica;
4. Aumentar a segurança na utilização da medicação;
5. Assegurar a identificação inequívoca dos doentes;
6. Prevenir a ocorrência de quedas;
7. **Prevenir a ocorrência de úlceras de pressão;**
8. Assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes;
9. Prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos.

De modo a cumprir com os objetivos acima identificados, as Comissões da Qualidade e Segurança dos hospitais e agrupamentos de centros de saúde são obrigadas a inscreverem nos seus planos de ação anuais, atividades que potenciem o alcançar dos objetivos estratégicos definidos no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020.

No quadro seguinte, estão esplanadas as ações e metas para o objetivo estratégico número sete, “prevenir a ocorrência de úlceras de pressão”, que é parte integrante do mesmo documento:

Quadro 6 - Ações e metas para Prevenir a ocorrência de úlceras de pressão

OBJETIVO ESTRATÉGICO	AÇÕES	METAS PARA O FINAL DE 2020
7 - PREVENIR A OCORRÊNCIA DE ÚLCERAS DE PRESSÃO	<ul style="list-style-type: none"> ● Publicar Norma. ● Implementar práticas para avaliar, prevenir e tratar úlceras de pressão. ● Auditar, semestralmente, as práticas para a avaliação, prevenção e tratamento de úlceras de pressão. 	<p>1) 95% das instituições prestadoras de cuidados de saúde implementaram práticas para avaliar, prevenir e tratar úlceras de pressão.</p> <p>2) Reduzir em 50% face a 2014 o número de úlceras de pressão adquiridas nas instituições do Serviço Nacional de Saúde ou com ele convencionado.</p>

2.1- ÚLCERAS DE PRESSÃO

A EPUAP & NPUAP& PPIIA, (2014:13) classifica UP como “uma lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea, em resultado da pressão ou de uma combinação entre esta e forças de torção”. São divididas pelas seguintes categorias:

- Categoria/grau I: Eritema não branqueável;
- Categoria/grau II: Perda parcial da espessura da pele;
- Categoria/grau III: Perda total da espessura da pele;
- Categoria/grau IV: Perda total da espessura dos tecidos

Segundo a orientação nº17/2011 da DGS, cerca de 95% das úlceras de pressão são evitáveis; neste sentido e tendo como objetivo final a qualidade da prestação de cuidados, é necessária uma intervenção prioritária no que concerne aos fatores de risco e etiologia, avaliação do risco, caracterização das úlceras de pressão e registos.

Na vanguarda desta problemática, responsáveis pela criação e desenvolvimento de Guidelines internacionais para a prevenção e tratamento de UP estão a American National Pressure Ulcer Advisor Panel (NPUAP- grupo norte americano), o European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP - grupo europeu) e a Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA).

Ramos, (2013:15) refere que

“Os dados epidemiológicos sobre úlceras de pressão em Portugal traduzem-se num indicador de qualidade dos cuidados de saúde prestados e estão sobretudo centrados nos cuidados de saúde diferenciados e demonstram que formam um problema de saúde pública em Portugal”, assim, “o desafio é a intervenção no âmbito da promoção da saúde podendo-se assim, associar como uma dimensão na área dos cuidados especializados em Enfermagem Comunitária” (Ramos, 2013:15).

Este projeto tem o seu foco nos utentes e cuidadores integrados na ECCL do Cartaxo, mas estas recomendações, para a prevenção de UP são aplicáveis a todas as pessoas vulneráveis (EPUAP & NPUAP& PPPIA, 2014):

Avaliação do risco:

“Recomenda a realização precoce de uma avaliação estruturada do risco. Utilizar uma abordagem estruturada da avaliação do risco que inclua uma avaliação da atividade/mobilidade e a condição da pele. Se forem selecionados instrumentos de avaliação do risco para a abordagem estruturada da avaliação do risco, a utilização de fatores adicionais (por exemplo, a perfusão, a condição da pele e outros riscos relevantes) deve ser considerada como parte de uma avaliação completa do risco. O juízo clínico é essencial Independentemente da forma como a avaliação de risco estiver estruturada” (EPUAP & NPUAP& PPPIA, 2014:15).

A Orientação DGS nº 17/2011 recomenda o uso da Escala de Braden e do Instrumento de Avaliação da Pele, bem como a implementação de Protocolos Preventivos em cada instituição segundo a realidade institucional, sendo elaborados segundo o nível de risco, traduzindo-se na elaboração de um manual de apoio ao cuidador e família (DGS, 2011).

Neste sentido, segundo Bento (2014:18) “o enfermeiro deve adquirir competências para precocemente despistar situações de risco e proteger a pessoa e família que cuida, mas também ter a iniciativa de procurar formação atualizada, fomentar ambientes promotores à autoformação, formação dos pares e formação da pessoa idosa em risco de desenvolver UP e família”.

Torna-se assim, de extrema importância a prevenção das úlceras de pressão, e a mesma pode ser feita através da avaliação do seu risco de desenvolvimento de forma atempada e eficaz. Para isso, é necessário o conhecimento epidemiológico, de incidência e prevalência das úlceras de pressão, assim como dos diversos fatores que potenciam o seu aparecimento.

Torna-se assim, de extrema importância a prevenção das úlceras de pressão, e a mesma pode ser feita através da avaliação do seu risco de desenvolvimento de forma atempada e eficaz. Para isso, é necessário o conhecimento epidemiológico, de incidência e prevalência das úlceras de pressão, assim como dos diversos fatores que potenciam o seu aparecimento. Neste âmbito, através da adoção de intervenções sustentadas na evidência, como a existência de protocolos, com consequente melhoria dos cuidados da intervenção multidisciplinar (Anes e Antão, 2008).

O facto de esta ser uma complicação comum, evitável, dispendiosa e ter custos económicos e sociais elevados tanto para os doentes, prestadores de cuidados como para a sociedade, evidencia a importância do desenvolvimento de úlceras de pressão como indicador de resultado (Morison, 2004).

O enfermeiro, como profissional conhecedor das necessidades da sua população, deve participar ativamente na procura de soluções para os problemas de saúde identificados, particularmente no que concerne à problemática das UP, comprometendo-se na promoção de saúde e na resposta às necessidades identificadas.

Candeia (1997:210) define Promoção em Saúde como “combinação de apoios educacionais e ambientais que visam a atingir acções e condições de vida conducentes à saúde”.

Educação é o processo político, pelo qual a sociedade actua constantemente sobre o desenvolvimento do indivíduo, situado no tempo e no espaço, no sentido de o integrar no seu modo de vida, requerendo uma análise das necessidades reais de uma determinada população (Tavares, 2006). Dentro da educação, destaca-se educação em saúde, sendo definida com “quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar acções voluntárias conducentes à saúde”(Ruiz, V.; Lima, A.; Machado, A., 2004:sp).

Sendo uma das estratégias mais importantes ao nível dos cuidados de saúde primários, a educação para a saúde contribui para a melhoria das condições gerais de saúde da população, na relação terapêutica como papel fundamental na redução de custos financeiros dos serviços de saúde, na melhoria da qualidade dos cuidados, traduzindo-se efetivamente no aumento dos níveis de literacia em saúde (Costa, Araújo, Almeida & Viegas 2014).

Para educar em saúde, é necessário recorrer ao Processo Educativo, que tem como objectivo informar a população no sentido de uma maior consciencialização face aos problemas de saúde. Neste sentido, para que este processo seja eficaz, as pessoas têm que entender a informação como importante para si (Ruiz, V.; Lima, A.; Machado, A., 2004).

Educação em Saúde, não está naturalmente apenas direcionado para problemas biológicos, uma vez também têm que ser “satisfeitas as necessidades de âmbito social, económicas, políticas, culturais e religiosas, visto eles intervêm na saúde das pessoas” (Ruiz, V.; Lima, A.; Machado, A., 2004:sp).

Desta forma, a Educação para a Saúde caracteriza-se por ser um instrumento de trabalho para os profissionais de saúde, em todas as áreas da prática de Enfermagem, assumindo na Enfermagem Comunitária um papel de destaque e de excelência, na sua promoção e implementação junto do utente e cuidador.

Neste sentido, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, deve conhecer as pessoas da comunidade em que estão inseridas e despistar precocemente os seus riscos, implementando medidas preventivas e promovendo a sua saúde (Código Deontológico do Enfermeiro- Artigo 80.º- Do dever para com a comunidade) (OE, 2005).

3 - REFERENCIAL TEÓRICO DE BETTY NEUMAN

De acordo com o projeto de estágio, (c.f. Anexo I) segundo Freese (2004) o modelo de Neuman tem por base de desenvolvimento a teoria geral dos sistemas e assume a natureza dos organismos vivos enquanto sistemas abertos.

De acordo com Neuman (1995) o seu modelo distancia-se do modelo tradicional focado na doença, abrangendo os cuidados prestados com a pessoa, enquanto indivíduo, grupo e comunidade, sendo dinâmico e amplo.

Neuman (1995) considera que este modelo possa ser mobilizado por qualquer profissional ligado à área da saúde, incentivando uma abordagem interdisciplinar sugerindo também a participação alargada por parte dos Enfermeiros.

Reforça que a profissão de Enfermagem é única e baseia-se na pessoa como um todo, que valoriza todas as variáveis que influenciam a resposta do cliente face aos agentes de stress. (Neuman, B., 1982, e Bowman, A., 1997, citados em Freese, 2004). O diagnóstico de enfermagem fundamenta o problema identificado, levando o enfermeiro e o utente a atuarem em conjunto no sentido de resolver uma necessidade de cuidados de saúde.

Este modelo assenta em quatro conceitos fundamentais: Pessoa, Ambiente, Saúde e Enfermagem. A Pessoa enquanto cliente, é visto como um sistema aberto, em constante interação com o Ambiente. Assim a procura da estabilidade do sistema/cliente, torna-se o objetivo principal da enfermagem.

Este sistema/cliente é visto como um todo, e, desta forma, não só as experiências atuais e passadas estão incluídas, bem como todas as variáveis do ser humano (bio-psico-sociais e espirituais). Ainda como sistema aberto, interage com o ambiente ajustando-o, se necessário, às suas necessidades, adaptando os seus comportamentos.

O conceito de Ambiente refere-se para além dos contextos externos, aos contextos internos. Este modelo foca a importância conceptual do stress enquanto força ambiental e potenciador de tensão, aumentando a necessidade de adaptação e ajuste aos novos problemas e situações.

A pessoa está sujeita a inúmeros stressores (inter, intra e extrapessoais), no decorrer do seu ciclo de vida. Os stressores provocam um desequilíbrio da harmonia, obrigando a uma resposta. Numa base holística, considerando a individualidade da pessoa e de acordo com a eficácia das suas linhas de defesa, estes stressores variam de cliente para cliente.

Com o objetivo de elaborar um Diagnóstico de Enfermagem compreensivo, os fatores de stress ao serem percecionados devem ser articulados com as perceções do prestador de cuidados.

Enquanto intervenção, Neuman considera que a prevenção representa uma dinâmica nos cuidados de enfermagem, necessária a auxiliar o cliente a atingir e/ou manter a estabilidade do seu sistema, devendo estabelecer o seu ponto de entrada num sistema de cuidados de saúde.

Na Prevenção Primária, perante os stressores, há um reforçar da linha flexível de defesa, evitando ou reduzindo a reacção. Na Prevenção secundária, o agente de stress penetra a linha normal de defesa, o que pode provocar reacção, nomeadamente sintomas de stress. Neste sentido, para se reduzir a reacção, as linhas de resistência são reforçadas. Uma intervenção que se pode iniciar em qualquer momento da reconstituição, concentrando a sua atenção no reajustamento e estabilidade ótima do sistema do cliente, é considerada Prevenção terciária.

Neuman considera decisivo, apesar de existirem estas três modalidades de prevenção/intervenção, que a intervenção do enfermeiro se foque na prevenção primária, de forma a prevenir a doença e a promover a saúde.

Neuman considera que a maior preocupação do enfermeiro é manter o sistema estável, minimizando os impactos que os stressores provocam, tendo sempre como objectivo a promoção da saúde e máximo bem-estar (Neuman, 1995).

Assim, é fundamental que os enfermeiros possuam, no que concerne ao ensino e aprendizagem, um amplo conjunto de conhecimentos, técnicas e competências (Pearson e Vaughan, 1992).

Nesse sentido, será orientada a intervenção na ECCI do Cartaxo, com base nos princípios da Prevenção primária.

4 – METODOLOGIA

Tendo impacto direto na melhoria da prática profissional, a intervenção revela-se de especial importância para o desenvolvimento do conhecimento de uma disciplina.

A metodologia designa os meios que, no processo de investigação, orientam o investigador. Os métodos de investigação são um meio para chegar ao conhecimento, valorizando mais o processo em detrimento dos resultados (Bisquerra, 1989; Coutinho, 2014). Assim, com o objetivo de criar conhecimento científico, a metodologia utilizada pretende comparar o material investigado com os dados recolhidos.

Segundo Melo (2020:15),

“o enfermeiro deve identificar no contexto do projeto que está a desenvolver, qual é a sua área de atenção ou foco central. Deve começar por uma revisão da literatura sobre a problemática a abordar e garantir que os dados que colhe permitem corresponder à evidência sobre o assunto e garantir que estejam reunidos os elementos que permitam um diagnóstico ajustado à realidade. Não podendo ser esquecido que o diagnóstico de situação deve ser o primeiro caminho para as etapas seguintes do Planeamento em Saúde” (Melo 2020:15).

No presente capítulo pretende-se elucidar o percurso e as decisões metodológicas tomadas para a realização do presente projeto de intervenção em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública.

4.1 - PLANEAMENTO EM SAÚDE

O planeamento em saúde traduz-se numa gestão racional do uso dos escassos recursos, tendo como objetivo o cumprimento de metas definidas que levem à diminuição dos problemas de saúde considerados prioritários. Este utiliza a identificação atempada dos problemas da comunidade, tendo como objetivo a mudança do seu comportamento e modos de vida, favorecendo a utilização adequada dos serviços de saúde. O planeamento requer a organização e conjugação de esforços provenientes das diferentes áreas socioeconómicas (Imperatori e Giraldes, 1993).

Tavares (1990:29) define o planeamento em saúde como sendo

“um processo de previsão de recursos e de serviços necessários, para atingir objetivos determinados segundo a ordem de prioridade estabelecida, permitindo escolher a (s) solução (ões) ótima (s) entre várias alternativas. Essas escolhas tomam em consideração os constrangimentos atuais ou previsíveis no futuro” (Tavares 1990:29).

Para este autor, o planejamento em saúde possibilita suplantar uma das preocupações fundamentais do economista da saúde, na medida em que melhora a distribuição de recursos e cria estratégias que beneficiam toda a população, resolvendo os conflitos entre equidade e eficiência, redistribuindo de forma justa os recursos existentes.

Imperatori e Giraldes (1993) indicam as seguintes fases como sendo as principais do planejamento em saúde: diagnóstico da situação; definição de prioridades; fixação de objetivos; seleção de estratégias; elaboração de programas e projetos; preparação da execução e avaliação.

O diagnóstico da situação é a primeira fase neste processo de planejamento, onde são identificadas as necessidades de saúde da população. Segundo Imperatori e Giraldes (1993:43), "(..) só a partir da definição do diagnóstico é que será possível começar a atuação".

Segundo estes autores, a etapa seguinte, a definição de prioridade, surge em consequência da delimitação dos problemas de saúde da área, e é determinada pela qualidade e pelo rigor do diagnóstico, já que é necessário, primeiramente, definir os problemas de saúde da área e só depois trabalhar na escolha de prioridades.

Assim, após o diagnóstico concluído e os problemas de saúde identificados, deverá proceder-se a hierarquização e a definição das prioridades, tratando-se portanto, de um processo de tomada de decisão (Tavares, 1990).

Segundo Imperatori e Giraldes (1993:77), "realizado o diagnóstico da situação e definidos os problemas prioritários, haverá que proceder à fixação dos objetivos a atingir em relação a cada um desses problemas num determinado período de tempo". Nesta fase e segundo os mesmos autores, temos quatro aspectos a considerar: "a seleção de indicadores dos problemas de saúde prioritários; a determinação da tendência dos problemas definidos como prioritários; a fixação dos objetivos a atingir a médio prazo; a tradução dos objetivos em objetivos operacionais ou metas".

Para atingir os objetivos definidos "é necessária a seleção de estratégias, sendo esta a quarta fase do planejamento em saúde. É uma das etapas fundamentais num processo de planejamento. Nesta fase pretende-se conceber qual o processo mais adequado para reduzir os problemas de saúde prioritários" (Imperatori e Giraldes, 1993:87).

A etapa da seleção de estratégias requer um estudo mais minucioso, pois é necessária a revisão das metas fixadas ou porque a falta de recursos humanos, financeiros, materiais e temporais assim o obriga.

Na sequência da etapa anterior, surge a fase da elaboração de programas e projetos que segundo Imperatori e Giraldes (1993), se divide na elaboração de programas, que consiste num conjunto de atividades que veiculam recursos humanos, financeiros e materiais de modo a executar, parcial ou totalmente, uma determinada estratégia; e na elaboração de projetos, que se

traduz numa atividade que se desenrola num intervalo de tempo bem determinado e que visa obter um resultado, contribuindo para a execução de um programa. A característica fundamental que diferencia um programa de um projeto é que, o programa se desenvolve de forma contínua ao longo do tempo e o projeto decorre num período de tempo bem delimitado.

Seguidamente, surge a fase de preparação da execução, na qual se particulariza a responsabilidade da mesma, indicando a calendarização e o cronograma do projeto.

A última fase do processo, a avaliação, há que comparar os resultados obtidos com os objetivos propostos inicialmente, com o objetivo de corrigir ou melhorar o planeamento. Segundo Imperatori e Giraldes (1993:173), “avaliar é sempre comparar algo com um padrão ou modelo e implica uma finalidade operativa que é corrigir ou melhorar”.

Terminada a avaliação, e sendo o planeamento um processo dinâmico e contínuo, deve-se voltar à fase inicial do planeamento, atualizando o diagnóstico da situação, melhorando a informação disponível (Imperatori e Giraldes, 1993).

Assim, o processo de avaliação tem como propósito, a utilização de forma sistemática da experiência, com o objetivo de melhorar uma atividade em curso e planifica-la de modo eficaz, tendo em vista as consequências na saúde dos utentes e a sua satisfação.

O enfermeiro, ao aplicar o planeamento em saúde está a contribuir para a investigação e a afirmação da Enfermagem, dando o seu contributo na evolução científica, o que vai ao encontro do que refere Fortin, (1999:29) todos enfermeiros têm a “responsabilidade de participar no desenvolvimento do conhecimento (...) e na sua utilização na prática”

4.1.1 – Diagnóstico de situação e Pertinência do estudo

De acordo com o projeto de estágio, (c.f. Anexo I) no âmbito da Enfermagem Comunitária, as principais fontes de informação para a avaliação dos programas são, segundo Stanhope e Lencaster (2011), os respetivos clientes; os relatórios; os registos e os índices comunitários ou indicadores de saúde e doença.

A opinião de profissionais que trabalham na mesma comunidade ou inseridos nela, tornam-se testemunhos privilegiados, constituindo-se assim, num recurso importante para a obtenção dos objetivos da UCC.

Os valores de incidência e prevalência de UP “em diferentes contextos de trabalho são indicadores de saúde utilizados pela OMS e o facto de serem consideradas indicadores de qualidade dos cuidados, justificam por si só este projeto” de intervenção (Louro, Ferreira & Póvoa, 2007 citado por Bento, 2014:20).

Melo (2020:118) refere que

“existem medidas de proporção em epidemiologia, sendo importante o cálculo da prevalência, dado que permite conhecer o peso de determinado fenómeno numa população, compreender as melhores formas de lhe responder, de modo a indentificar necessidades de alocar mais recursos para dar resposta a esse fenómeno” (Melo 2020:118).

Melo (2020:118) refere também que “o cálculo frequente das incidências permite prever o resco de desenvolvimento dessa condição nesse mesmo ambiente em que foi avaliada”.

A Direção Geral de Saúde refere que em Portugal as UP “são um problema de saúde pública e um indicador da qualidade dos cuidados prestados” (DGS, 2011:2).

A melhoria contínua dos indicadores, são uma prioridade para a Coordenação da UCC do Cartaxo, estando identificados pela mesma, os indicadores que necessitam de intervenção prioritária.

Constata-se que existe um score de 1 em dois indicadores da ECCI do cartaxo, sendo uma necessidade identidicada a intervenção nestes indicadores, nomeadamente:

- 285-Taxa de efetividade na prevenção de úlceras de pressão
- 287- Taxa de incidência de úlceras de pressão na ECCI.

Apesar da sustentação da intervenção ao longo do desenvolvimento deste trabalho estar assente no modelo teórico de Betty Neuman, a elaboração dos diagnósticos foi efetuada pela CIPE, uma vez que atualmente no SNS é a linguagem utilizada pelos profissionais de saúde, permitindo assim uma melhor perceção na sua leitura.

Os diagnósticos de enfermagem elaborados foram:

- Diagnóstico 1 - Risco de úlcera de Pressão
- Diagnóstico 2 - Conhecimento sobre o processo de mudança de comportamento comprometido

O diagnóstico 2 teve por base a necessidade de intervenção à equipa da ECCI, por se ter constatado que não havia instituído um protocolo de atuação no âmbito das UP.

Neste sentido, a intervenção comunitária incidirá sobre a problemática da incidência de úlceras de pressão e na implementação de estratégias para a sua prevenção em contexto da ECCI.

4.1.2 – Definição de Prioridade e Fixação de Objetivos

No desenvolvimento de um estudo, deve-se préviamente ter a certeza da pertinência da pergunta da partida, no que concerne ao seu seu interesse para a prática profissional e desenvolvimento científico, valor e contributo quer para os indivíduos e sociedade (Fortin, 2009).

Constituindo uma etapa fundamental do planeamento em saúde, o processo de estabelecimento de prioridades permite identificar, num determinado momento, os problemas prioritários a intervir numa determinada comunidade. Assim, tendo em conta os diagnósticos elaborados, entende-se ser prioritária a intervenção em estratégias de prevenção face ao risco de úlcera de pressão. Não foi necessária a priorização face aos diagnósticos e objetivos estipulados dado que é possível intervir nos dois simultaneamente, uma vez que se complementam.

Neste sentido, e delineada a finalidade, é indispensável o enunciado dos objetivos do estudo, os quais indicam a direção da investigação (Fortin, 2009).

Segundo Fortin (2009:160) objetivo é “um enunciado que indica claramente o que o investigador tem intenção de fazer no decurso do estudo”. Só é possível proceder a uma avaliação da intervenção, mediante uma apropriada definição de objetivos (Imperatori & Giraldes, 1993).

Na formulação dos objetivos, é importante considerar que estes deverão ser pertinentes, precisos, realizáveis e mensuráveis (Tavares, 1990).

Neste sentido, define-se como objetivo geral:

- Prevenir a Incidência de Úlceras de Pressão nos Utentes da ECCI do Cartaxo.

Define-se os seguintes objetivos específicos:

- Sensibilizar para a importância da prevenção das UP;
- Incentivar a equipa multidisciplinar da ECCI para a prevenção de UP;
- Capacitar a família/cuidador na prevenção de UP;
- Sensibilizar a equipa de enfermagem na identificação da pessoa em risco de desenvolver UP
- Implementar estratégias de promoção e manutenção da integridade cutânea e prevenção de UP
- Avaliar a eficácia e eficiência do projeto de intervenção

4.1.3 – Seleção de Estratégias

Através da definição de formas de atuação (Tavares, 1990), a etapa da seleção de estratégias é onde se define o processo que mais se adequa à redução dos problemas de saúde prioritários (Imperatori & Giraldes, 1993).

Melo (2020:28) refere que “A estratégia de intervenção é um passo fulcral no sucesso de um programa ou projeto de intervenção comunitária.”

Neste sentido, para fundamentar as intervenções a realizar no projeto, procedeu-se à

averiguação da melhor evidência científica com recurso a uma Scoping Review (Anexo II). Esta permite orientar e preparar as formações futuras de forma científica e com a metodologia adequada e eficaz para a intervenção.

4.1.3.1 – Scoping Review

Uma vez necessária e fundamental, a prática baseada na evidência deve nortear a intervenção do Enfermeiro e neste caso concreto do EEECSF. Nesse sentido, foi elaborado uma scoping review de modo a aperfeiçoar o conhecimento e compreensão da natureza da boa prática, de forma a identificar as melhores estratégias de intervenção de enfermagem para prevenção de Úlceras de pressão nos Utentes da ECCI, tendo por base a questão: Quais as estratégias de intervenção de enfermagem para prevenção de úlceras de pressão nos Utentes da ECCI?.

Descreve-se seguidamente as conclusões com base nos 3 artigos consultados, que constituem um importante contributo para a definição de uma linha orientadora baseada na evidência científica para uma abordagem abrangente na construção de um plano de prevenção de úlceras de pressão.

Segundo Stadnyk B, Mordoch E, Martin D. (2018) a maioria das úlceras de pressão são evitáveis e o seu desenvolvimento é um indicador de qualidade de cuidados de saúde.

Referem também que apenas 10% dos pacientes identificados como "em risco" para o desenvolvimento de úlcera de pressão recebem intervenções de prevenção. Neste sentido, os autores apontam o conhecimento insuficiente da equipa, atitudes negativas, atendimento inconsistente, falta de tempo e escassez de recursos humanos como barreiras encontradas pela equipa prestadora de cuidados.

Sumarno (2019:1) refere que “as úlceras de pressão em contexto domiciliário são um problema de saúde significativo na comunidade, requerendo cuidados de saúde abrangentes, estando os enfermeiros envolvidos na gestão e prevenção destas lesões”.

Refere ainda que as barreiras organizacionais podem ser superadas, se forem promovidos fatores que facilitem um foco contínuo na prevenção de úlceras de pressão, o que reforça que as taxas de Úlceras de pressão diminuem universalmente após a implementação de um Programa de Prevenção de Úlceras de pressão.

Assim, o "Modelo de Fatores que facilitam a prevenção de úlceras de pressão", compreende círculos em expansão para representar os cinco principais fatores, nomeadamente Suporte da liderança sénior, Educação, Melhoria contínua da qualidade, Prática clínica e existência de “Peritos” (“Champions”) em prevenção de úlceras de pressão a nível do contexto da

equipa (Stadnyk B, Mordoch E, Martin D. , 2018).

Por outro lado, Sumarno (2019) refere que Lydia Hall estabelece simbolicamente a interligação de três círculos, em que cada um reflete um aspeto da enfermagem.

Segundo esta teoria, o círculo “núcleo” constituem os pacientes, o “cuidado”, o corpo do paciente refletindo o aspeto da enfermagem que envolve os cuidados físicos e psicológicos e que atendem às necessidades básicas diárias dos pacientes, e a “cura” representa o tratamento e a interligação do enfermeiro e os outros membros da equipa de saúde e a família do paciente.

A aplicação da teoria desenvolvida por Lydia Hall à prática no cuidado aos pacientes com úlcera de pressão em contexto domiciliário, proporciona uma nova perspetiva sobre os cuidados com a úlcera sob pressão, sendo uma forma eficaz de traduzir a investigação em prática.

Revela-se de extrema importância para prevenção de UP, a avaliação do risco, referindo Sumarno (2019) que as escalas de Norton, Gosnell, Braden e Waterlow podem ser usadas para avaliar Úlceras de pressão em adultos.

Seguidamente, Sumarno (2019) refere que poderá ser adotado o modelo SSKIN, inter-relacionado 5 fatores preponderantes para prevenção de UP, nomeadamente: (S) inspeção da pele, que deve ser feita precocemente; (S) superfície - deve-se garantir que os pacientes tenham o suporte adequado; (K) manter - os pacientes devem manter-se em movimento; (I) incontinência (ou seja, humidade) - deve-se garantir que os pacientes sejam mantidos limpos e secos; e (N) nutrição e hidratação - dieta adequada e líquidos - a ingestão deve ser garantida (Campbell, (2016) citado por Sumarno (2019)).

Sumarno (2019) refere que pode ser utilizado o sistema de classificação da úlcera de pressão do NPUAP/European Pressure Pressure (EPUAP)/Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA) Pressure Ulcer Classification, como uma ferramenta útil na abordagem às UP.

Neste sentido, é evidente para os autores que avaliação dos fatores de risco, utilização de dispositivos de redução de pressão, estímulo à mobilidade no leito, perfusão tecidual adequada, redução da pressão no leito e manutenção do estado nutricional, têm um impacto considerável nos resultados do paciente (Osuala, 2014 citado por Sumarno (2019)).

García-Sánchez et.al (2019) referem que o domicílio é percebido como o local preferencial para o cuidado das pessoas com UP, adquirindo o cuidador informal um papel fundamental no cuidado ao paciente e na resolução da UP.

Neste sentido, García-Sánchez et.al (2019) destacam a importância da implementação da tomada de decisão partilhada, onde se encontram barreiras e facilitadores. As barreiras podem advir quer do paciente e do cuidador informal, quer da organização do sistema de saúde. Como barreiras relativamente ao paciente/cuidador, são apontadas a idade avançada, a baixa escolaridade, e a presença concomitante de outras patologias. Como barreiras da organização de

saúde, foram apontadas a influência do modelo paternalista da organização do cuidado, modelo que peca por os profissionais de saúde tomarem todas as decisões, não considerando as opiniões quer dos pacientes com UP, quer dos seus cuidadores.

Como facilitadores, foram apontados a motivação pessoal dos pacientes e dos seus cuidadores, sentimentos de produtividade e a disponibilidade em participar na elaboração de diretrizes da prática clínica.

O envolvimento de profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, foi considerado por García-Sánchez et.al (2019) de grande importância, visto que promove o processo de TDP.

Os mesmos autores reforçam ainda que, a construção de uma relação de confiança e proximidade entre profissionais de saúde, pacientes e os seus cuidadores, também foram descritos como sendo um fator positivo relativamente ao TDP, pois contribui para o envolvimento no processo de pacientes e cuidadores.

Neste sentido, o paciente que conhece o tratamento, que percebe e discutiu as suas implicações estará, mais preparado não só para aderir ao tratamento, mas também para identificar complicações, avaliando atempadamente o risco e pondo em prática estratégias de prevenção precoces.

Também foi referido que, para evitar o paternalismo da saúde, devem ser introduzidas intervenções que visem a formação dos profissionais de saúde em modelos mais cooperativos de atendimento ao paciente (García-Sánchez et.al. 2019).

Assim, García-Sánchez et.al (2019), referem que dever-se-á elaborar um sistema de comunicação entre pacientes, cuidadores e equipas, que permita incorporar a visão dos pacientes e de seus cuidadores nas decisões baseadas em evidência científica que estimulem o paciente e cuidadores informais a seguir as diretrizes e documentos técnicos sobre a prevenção e o tratamento das UP em contexto domiciliário. Estes, segundo Sumarno (2019), devem ser organizados no sentido de serem efetivamente integrados na rotina diária dos cuidados domiciliários prestados a doentes com UP.

No entanto, segundo Sumarno (2019), é necessário que o enfermeiro atualize continuamente os seus conhecimentos, de forma a assentar a sua prática em evidência, com vista ao desenvolvimento de mecanismos de comunicação para prevenção de úlceras de pressão, assim como a formulação de protocolos organizados para orientar a prevenção e os cuidados que devem ser divulgados rotineiramente. Os enfermeiros devem adotar uma abordagem pró-ativa para prevenir a ocorrência e a recorrência de úlceras de pressão em ambientes comunitários.

Segundo Stadnyk B, Mordoch E, Martin D. (2018), deve existir uma liderança que promova um ambiente que fomente a motivação, formação e capacitação da equipa prestadora de

cuidados, para que esta promova a educação eficaz do paciente e da família sobre fatores de risco específicos e técnicas de prevenção. Recomendam que, concomitantemente, devem ser combinadas informações por escrito que podem ser revistas de acordo com a conveniência das famílias e dos pacientes.

Neste sentido, Stadnyk B, Mordoch E, Martin D. (2018) referem que a educação costuma ser o foco principal de qualquer esforço de mudança. Assim, considera-se pertinente que os enfermeiros envolvidos no tratamento de Úlceras de pressão, desenvolvam uma campanha de marketing social como um esforço para diminuir a prevalência de lesões por pressão na comunidade (McIntyre, (2013) citado por Sumarno (2019)). Essa campanha poderia consistir em: revisão dos problemas existentes na comunidade; identificação do conhecimento, atitudes e percepções das equipas prestadores de cuidados sobre a prevenção de lesões por pressão; desenvolvimento de ferramentas de comunicação necessárias; e a realização de um estudo para testar a eficácia da campanha, incluindo uma avaliação.

Assim, com base no supra citado, dever-se-á definir estratégias, modelos e protocolos organizados, no sentido de serem efetivamente integrados na rotina diária dos cuidados domiciliários prestados a doentes com úlceras de pressão.

4.1.4- Elaboração de Programas e Projetos e Preparação para a Execução do Plano

O conceito de promoção da saúde foi primeiramente considerado como sinónimo de prevenção de doença. Este conceito tem sofrido várias evoluções ao longo dos últimos 30 anos. Diferentes autores e investigadores promoveram a separação entre estes dois conceitos dado que a prevenção de doença estar estreitamente ligada à visão biomédica da saúde.

Neste sentido, a Carta de Ottawa (OMS 1986:sp) define promoção da saúde como “o processo através do qual indivíduos são capacitados para ter maior controlo sobre a sua própria saúde e como melhorá-la”, reconhecendo a importância do poder e do controlo da promoção da saúde, conduzindo a uma construção de uma comunidade ativa e capacitada.

Segundo Oliveira (2005:424)

“a essência da promoção da saúde é a escolha”, o que indica que os promotores da saúde devem informar o público relativamente aos “méritos e deméritos das várias opções disponíveis ao público e recursos devem estar disponíveis de forma a realmente possibilitar a opção escolhida” (Oliveira 2005:424).

Por conseguinte, é ciente que “na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde” (Ordem dos Enfermeiros, 2005). Cabe aos profissionais de enfermagem serem não só defensores mas também impulsionadores da promoção para a saúde.

Assente no conceito de promoção da saúde e baseado na análise da melhor evidência científica, tendo em conta o supracitado, cumpridas as etapas anteriores do planeamento em saúde, prossegue-se para a criação de intervenções que vão ao encontro das necessidades identificadas.

Imperatori e Giraldes (1993), mencionam esta etapa como o estudo pormenorizado das atividades imprescindíveis à execução parcial ou total, de uma estratégia que tenha como finalidade, atingir um ou mais objetivos.

Neste sentido, com vista à implementação de um programa de prevenção de Úlceras de Pressão, que segundo o "Modelo de Fatores que facilitam a prevenção de úlceras de pressão", compreende círculos em expansão para representar os cinco principais fatores, nomeadamente: Suporte da liderança sénior, Educação, Melhoria contínua da qualidade, Prática clínica e Existência de "Peritos" ("Champions") em prevenção de úlceras de pressão a nível do contexto da equipa. (Stadnyk B, Mordoch E, Martin D. (2018)), priorizando o nível de intervenção primário sustentada pela teoria de Neuman que considera que o maior foco do enfermeiro é a manutenção da estabilidade do sistema, reduzindo ao máximo o impacto que os stressores provocam, tendo sempre como objectivo a promoção da saúde e máximo bem-estar. Assim, foi elaborado um projeto para a ECCI do Cartaxo que visa a prevenção de úlceras de pressão.

Imperatori & Giraldes (1993) referem que projeto é definido como uma atividade que visa obter um resultado específico e que contribui para a execução de um programa, decorrendo num período de tempo delimitado.

Inicialmente foi debatido com a coordenação da UCC do Cartaxo, na pessoa da Enfermeira Coordenadora, a necessidade de suporte para a implementação eficaz do projeto. Sendo uma necessidade do serviço identificada pelos indicadores publicados no portal BI-CSP, foi aprovada a sua implementação e por conseguinte, foi debatido com a Enfermeira Coordenadora, tendo em conta a evidência científica, quais os principais focos e métodos de intervenção.

Dado que a DGS Orientação DGS nº 17/2011 recomenda o desenvolvimento de Protocolos Preventivos em cada instituição, segundo a responsabilidade da mesma, a Educação das pessoas idosas (família/cuidador) em risco de desenvolvimento de UP e a elaboração de um manual de apoio ao cuidador e família (DGS, 2011), ficou então delineado que se iria intervir primordialmente em dois eixos principais: o primeiro, com foco na capacitação da equipa para conhecimento, participação e adesão ao projeto e numa segunda fase com foco nos utentes e cuidadores, onde seria necessário a colaboração de toda a equipa já conhecedora e capacitada para o projeto.

Sumarno (2019) refere que dever-se-á definir estratégias, modelos e protocolos organizados, no sentido de serem efetivamente integrados na rotina diária dos cuidados

domiciliários prestados a doentes com úlceras de pressão. Recomenda que devem também ser combinadas com informações por escrito que podem ser revistas de acordo com a conveniência das famílias e dos pacientes.

Melo (2020:88) refere que

“quando se está a desenvolver um processo de envolvimento das comunidades para o seu empoderamento e participação nas tomadas de decisão que condicionam a sua saúde como um todo, a mobilização de estratégias de marketing social permite consolidar o alcance de ganhos em saúde comunitários de uma forma mais efetiva” (Melo 2020:88).

O mesmo autor defende que

“um aspeto central nos processos de comunicação e marketing é o desenvolvimento de matérias de informação, educação e comunicação. Estes materiais dizem respeito a todas as formas utilizadas para partilhar informação com as pessoas, mas também como recursos para educar e promover a comunicação (folhetos, cartazes, spots de vídeo, pequenos manuais, etc.)” (Melo 2020:73).

Nesse sentido, foi elaborado um Protocolo de prevenção de úlceras de pressão para a ECCI do Cartaxo. (ANEXO III) Este protocolo consiste na avaliação do risco de UP e nas ações a desenvolver face ao risco identificado, com recurso a folheto específico.

No protocolo foi utilizada a escala de Braden para avaliação do risco, conforme fundamentação teórica e dado que em Portugal, a Orientação DGS nº 17/2011 preconiza a sua utilização.

Como auxiliar de comunicação com os utentes e cuidadores foi elaborado um folheto informativo denominado “ÚLCERAS DE PRESSÃO: Estratégias de prevenção para o cuidador”. (ANEXO IV)

Na sua elaboração foram tidas em conta as recomendações do NPUAP/European Pressure Pressure (EPUAP)/Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA) Pressure Ulcer Classification bem como o modelo SKINN acima referido, que recomenda a inclusão dos seguintes fatores como preponderantes para prevenção de UP: Avaliação do risco; Cuidados à pele; Nutrição para a prevenção das UP; Reposicionamento para a prevenção das UP; Uso de Superfícies de Apoio.

Avaliação do risco:

“Recomenda a realização precoce de uma avaliação estruturada do risco. Utilizar uma abordagem estruturada da avaliação do risco que inclua uma avaliação da atividade/mobilidade e a condição da pele. Se forem selecionados instrumentos de avaliação do risco para a abordagem estruturada da avaliação do risco, a utilização de fatores adicionais (por exemplo, a perfusão, a condição da pele e outros riscos relevantes) deve ser considerada como parte de uma avaliação

completa do risco. O juízo clínico é essencial Independentemente da forma como a avaliação de risco estiver estruturada” (EPUAP & NPUAP& PPIIA, 2014:15).

Cuidados à pele:

“Garantir que uma avaliação completa da pele é parte integrante da política de rastreio de avaliação do risco implementada. Dever-se-á Inspeccionar a pele quanto a áreas de eritema em indivíduos que foram identificados como estando em risco de desenvolver úlceras por pressão A avaliação contínua da pele é essencial para a detecção precoce de danos causados por pressão, especialmente sobre proeminências ósseas. Sempre que possível, evitar posicionar o indivíduo numa superfície corporal que esteja ruborizada; Manter a pele limpa e seca; Não massajar nem esfregar vigorosamente a pele que esteja em risco de desenvolver úlceras por pressão; Desenvolver e implementar um plano individualizado de tratamento da incontinência; Proteger a pele da exposição à humidade excessiva através do uso de produtos barreira de forma a reduzir o risco de danos de pressão; Considerar a utilização de emolientes para hidratar a pele seca, a fim de reduzir o risco de dano da pele” (EPUAP & NPUAP& PPIIA, 2014:17).

Nutrição para a prevenção das UP:

“O rastreio nutricional é o processo utilizado para identificar os indivíduos que necessitam de uma avaliação completa do seu estado nutricional devido às características que os colocam em potencial risco nutricional. Qualquer membro qualificado da equipa de saúde pode realizar o rastreio do estado nutricional, sendo este um procedimento a realizar no momento da admissão na instituição de saúde ou durante a primeira consulta em contexto comunitário. Utilizar um instrumento de rastreio nutricional válido e fiável para determinar o risco nutricional. Encaminhar os indivíduos identificados como estando em risco de desnutrição ou com úlceras por pressão para um nutricionista ou uma equipa nutricional multidisciplinar com vista a uma avaliação nutricional completa” (EPUAP & NPUAP& PPIIA, 2014:21).

Reposicionamento para a prevenção das UP:

“O reposicionamento visa reduzir a duração e a magnitude da pressão exercida sobre áreas vulneráveis do corpo e contribuir para o conforto, a higiene, a dignidade e a capacidade funcional do indivíduo. Determinar a frequência do reposicionamento tendo em conta os seguintes aspetos do indivíduo: tolerância tecidual, nível de atividade e mobilidade, condição clínica geral, objetivos gerais do tratamento, condição da pele, conforto. Estabelecer planos de reposicionamento onde constem a frequência e a duração da alternância dos posicionamentos. Reposicionar o indivíduo de tal forma que a pressão seja aliviada ou redistribuída. Evitar posicionar o indivíduo sobre proeminências ósseas que apresentem eritema não branqueável. Evitar sujeitar a pele à pressão ou a forças de cisalhamento. Evitar posicionar o indivíduo em contacto direto com dispositivos médicos, tais como tubos, sistemas de drenagem ou outros objetos estranhos. Não deixar o indivíduo numa arrastadeira mais tempo do que o necessário. Alguns indivíduos não podem ser reposicionados com regularidade devido à sua condição clínica. Nesses casos, poderá ter de ser considerada uma estratégia de prevenção alternativa, tal como a disponibilização de um colchão ou de uma cama de alta especificidade” (EPUAP & NPUAP& PPIIA 2014:25).

Uso de Superfícies de Apoio:

“Os fatores de risco das úlceras por pressão variam de pessoa para pessoa. As superfícies de apoio são dispositivos especializados de redistribuição da pressão concebidos para gerir as cargas teciduais, o microclima e/ou outras funções terapêuticas (ou seja, colchões, sistema integrado na cama, substituição de colchões, colchões de sobreposição, almofadas de assento ou sobreposições de almofadas de assento). As superfícies de apoio devem ser escolhidas de forma individual dependendo das necessidades de redistribuição da pressão e de outras funções terapêuticas do indivíduo” (EPUAP & NPUAP & PPIA 2014:31).

Stadnyk B, Mordoch E, Martin D. (2018) referem que a educação costuma ser o foco principal de qualquer esforço de mudança.

A equipa multidisciplinar da ECCI do Cartaxo promove todas as terças-feiras, uma reunião com toda a equipa de forma a debater toda a actividade da UCC. Considerei que este seria o momento ideal para a realização das sessões destinadas à equipa multidisciplinar da UCC do Cartaxo. Foram delineadas 3 sessões. A primeira foi realizada no 28 de Julho e teve como objetivo a análise dos scores dos indicadores, os respetivos objetivos e consequente delineação da intervenção. Foi unanimemente considerado pertinente pela equipa o desenvolvimento de um projeto na área da prevenção de úlceras de pressão, tendo ficado acordado que antes da sua total implementação, seria desde logo uma prioridade para a equipa o desenvolvimento de ações imediatas para a melhoria destes indicadores. Neste sentido, foi elaborado um projeto de estágio (ANEXO I)

No dia 13/10/2020, foi efetuada a segunda sessão, tendo com objetivo a divulgação do projeto, do protocolo e do folheto, os quais mereceram a contribuição de todos os elementos. O folheto foi aprovado, por unanimidade pela equipa, tendo ficado acordado alguns ajustes no protocolo, nomeadamente no que concerne à metodologia dos registos.

Definidas e aprovadas as linhas gerais da intervenção, ficou decidido que o folheto seria de implementação imediata, ficando a aprovação final do protocolo para uma sessão extraordinária. Esta veio a acontecer no dia 27/10/2020, por conveniência da equipa, tendo sido aprovada a integração do protocolo na sua versão final.

Com a equipa envolvida, conhecedora e motivada para a o projeto, procedeu-se à implementação do mesmo. Neste sentido, foi posto em prática o protocolo e continuada a intervenção aos utentes da ECCI com recurso ao folheto (ANEXO IV) desenvolvido e já integrado na prática da ECCI.

Salienta-se que equipa da ECCI do Cartaxo possui um alto grau de especialização o que contribuiu para a eficácia e a adesão dos procedimentos a instituir. Constatou-se também que já tinha enraizado, na sua prática clinica a TDP, envolvendo sempre o utente e os cuidadores no seu

processo de cuidados, o que se revelou como um fator facilitador.

Foi acompanhada a divulgação do projeto e entrega dos folhetos nas visitas domiciliares desde a sua implementação até ao *términus* do estágio. Constatou-se que, cada sessão de educação para a prevenção de UP com recurso ao folheto, tinha que ser individualizada ao contexto e ao utente a que se destinava, de forma a potenciar o seu efeito e maximizar a adesão aos mesmos. Assim, foi conseguido na maioria das intervenções, criar um ambiente de partilha de experiências, no qual foram debatidas as principais intervenções face ao contexto, e expostas as dúvidas existentes. Neste sentido, nas visitas subsequentes que foram programadas segundo necessidade de cuidados, constatou-se que o cuidador ou utente, já conhecedor do folheto e com recurso ao mesmo, expôs novas dúvidas que, entretanto tinham surgido, permitindo assim uma nova intervenção individualizada.

Face à adesão e a pertinência desta intervenção, foi considerado ser fundamental o alargamento desta intervenção de prevenção de UP, aos utentes que, não estando abrangidos pela ECCI, pertenciam à UCC e tinham também critérios de inclusão.

Uma vez que este projeto não se restringe a este estágio, e dada a necessidade identificada, não se extinguirá com o seu *términus*, foi realizada uma quarta sessão no dia 17/11/2020 para apresentação dos resultados preliminares a toda a equipa, de forma a possibilitar e até, nas palavras da Enfermeira Coordenadora, a motivar a continuidade desta intervenção.

Neste sentido, foi cumprido o plano de acção definido no projeto de estágio (ANEXO I), desenvolvido com vista à implementação de estratégias de intervenção definidas no projeto, decorrentes dos objetivos traçados face aos diagnósticos de enfermagem comunitária identificados.

4.1.4.2 – Princípios Éticos

As comissões de ética para a saúde desempenharam e continuam a desempenhar um papel fundamental na proteção e defesa dos padrões de ética no contexto das ciências da vida, de modo a garantir a dignidade e integridade humanas.

Na perspetiva da defesa da vida humana e da respetiva qualidade, as questões de ética estendem-se a domínios sociais, filosóficos, teológicos, políticos e económicos, de integração frequentemente difícil (Decreto-Lei nº 80/2018).

A evolução registada em Portugal no que se refere às questões de ética clínica ou assistencial e as exigências da investigação científica conduziram à necessidade de adaptar o

regime jurídico de modo a abranger estas questões fundamentais, que se traduzem na importância da indispensável reflexão que deverá dedicar-se à proteção devida ao ser humano. Deste modo, em 1995, foi publicado o Decreto-Lei n.º 97/95 que veio regular as comissões de ética, e 23 anos depois, foi publicado o Decreto-Lei n.º 80/2018 que, por sua vez, veio regulamentar as comissões de ética para a saúde nos estabelecimentos de saúde.

O Decreto-Lei n.º 80/2018 define ética clínica ou assistencial como “a assessoria e análise de conflitos éticos, decorrentes da prestação de cuidados de saúde aos utentes nas instituições de saúde, sejam elas públicas, privadas ou sociais”. Refere ainda que: “a ética clínica ou assistencial está assim ao serviço dos cidadãos e profissionais de saúde e visa aperfeiçoar e refletir sobre a dimensão ética da prática clínica e da qualidade dos serviços prestados”.

O Decreto-Lei n.º 80/2018 também se aplica às instituições de ensino superior e demais instituições onde se realize investigação clínica, nomeadamente nas que se encontrem integradas em centros académicos clínicos.

Segundo Fortin (2009), qualquer investigação produzida com recurso a seres humanos, levanta questões morais e éticas, tornando-se indispensável o cumprimento de cinco princípios fundamentais: o direito à autodeterminação; o direito à intimidade; o direito ao anonimato e à confidencialidade; o direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo e o direito a um tratamento justo e leal.

Neste sentido, foi pedido um parecer à Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Santarém (ANEXO V).

Dado que os dados relativos a UP a utilizar, nomeadamente os indicadores da ECCI do Cartaxo acima mencionados, são de consulta pública, em debate com a Enfermeira Coordenadora e com a Professora orientadora foi considerado não ser necessária a solicitação de autorização para o seu acesso e utilização.

Emitido o parecer da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Santarém, que se revelou favorável, mas condicionado ao pedido de autorização de acesso aos dados da ECCI, foi prontamente solicitado o seu acesso e tratamento, bem como de outros dados que se revelassem pertinentes para o presente estudo, à Coordenação da UCC do Cartaxo, tendo sido autorizado (ANEXO VI).

4.1.5-Avaliação

Enquanto última etapa do planeamento em saúde, a avaliação, consiste, segundo Imperatori & Giraldes, (1993) em comparar algo com um padrão, de forma a corrigir ou afinar as

atividades realizadas ou planejar mais eficientemente. Poderá ser qualitativa e ou quantitativa dependendo dos indicadores definidos e do objetivo.

Também Nunes (2016), refere que é pela avaliação que se sabe se objetivos predefinidos foram ou não atingidos e, assim, se o plano foi eficaz.

Neste sentido Donabedian, (1988) agrupa em três categorias os Indicadores da Qualidade capazes de avaliar os serviços de saúde, nomeadamente:

- 1) Estrutura: avaliam os atributos dos locais nos quais o serviço é prestado, inclui recursos materiais, humanos e de estrutura organizacional
- 2) Processo: avaliam as atividades realizadas; são técnicas e operacionais;
- 3) Resultado: avaliam os efeitos dos cuidados prestados anteriormente na saúde do paciente e da população e, também, o grau de satisfação do paciente e do prestador.

Melo, (2020:28) refere que “o sucesso do alcance das metas e a produção de indicadores de resultado e de processo, com uma otimização dos indicadores de estrutura, depende da forma rigorosa como são planeadas as estratégias de intervenção”.

Foram definidos inicialmente os seguintes indicadores:

Indicadores de Processo:

- Taxa de realização das sessões.
- Taxa de participação das sessões.
- Taxa de folhetos entregues

Indicadores de Resultado:

- 285-Taxa de efetividade na prevenção de úlceras de pressão e respetivo Score
- 287- Taxa de incidência de úlceras de pressão na ECCL e respetivo Score

Elencam-se no quadro seguinte os indicadores de processo avaliados:

(Quadro 7- Indicadores de processo)

Indicador	Fórmula de cálculo	Meta	Avalização
Taxa de realização das sessões.	$\frac{\text{Nº de sessões realizadas}}{\text{Nº de sessões previstas}} \times 100$	100%	$4/3 \times 100 = 133\%^*$
Taxa de participação das Sessões.	$\frac{\text{Nº de elementos presentes}}{\text{Nº de elementos ao serviço}} \times 100$	Superior a 85%	Sessão 1: $9/10 \times 100 = 90\%$ Sessão 2: $11/10 \times 100 = 110\%^{**}$ Sessão 3: $8/9 \times 100 = 90\%$ Sessão 4: $9/9 \times 100 = 100\%$
Taxa de folhetos entregues	$\frac{\text{Nº de folhetos distribuídos}}{\text{Somatório de utentes elegíveis ECCL}} \times 100$	100%	$16/14 = 114\%^{***}$

*- Foi necessária uma sessão extra conforme justificação no ponto 4.1.4.
 **- Nº de elementos ao serviço sofreu oscilação por motivos de baixa. Constatou-se na sessão 2, um número de elementos presentes superior devido à presença de Estudantes.
 *** - Foram entregues folhetos a utentes não integrados em ECCL, mas na UCC.

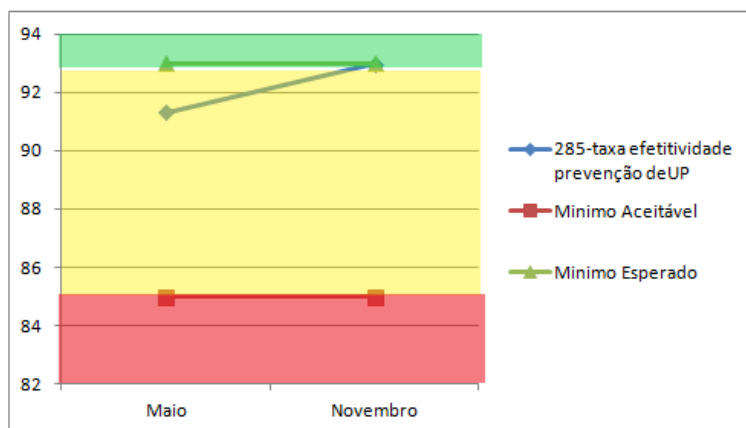
Elencam-se no quadro seguinte os indicadores de resultado avaliados:

(Quadro 8- Indicadores de resultado)

Indicador	Fórmula de cálculo	Meta	Valor Inicial (05/2020)	Avalização (11/2020)
285 - Taxa de efetividade na prevenção de úlceras de pressão e respetivo Score	Consultar BI de Indicador 285 (ANEXO VII)	Taxa: $\geq 93\%$ Score: 2	Taxa: 91,304% Score: 1	Taxa: 92,957% Score: 1
287- Taxa de incidência de úlceras de pressão na ECCI e respetivo Score	Consultar BI de Indicador 287 (ANEXO VII)	Taxa: $\leq 5\%$ Score: 2	Taxa: 8.45% Score: 1	Taxa: 6.75% Score: 1

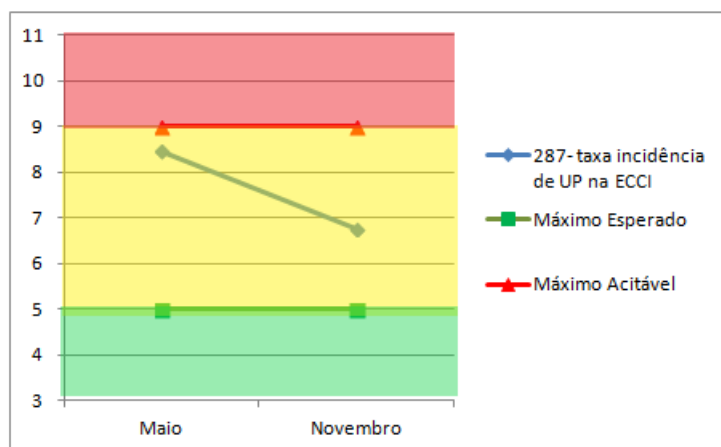
Relativamente ao indicador, 285-Taxa de efetividade na prevenção de úlceras de pressão, não tendo sido atingido o objetivo esperado (Score 2), existiu uma evolução bastante positiva, tendo-se verificado um aumento da taxa de 91.304% para 92.957%, faltando 0.043% para os esperados 93% (score 2), conforme evidência o gráfico seguinte:

(Gráfico 1- Evolução da Taxa de efetividade na prevenção de úlceras de pressão em Maio e Novembro de 2020.)



Quanto ao indicador, 287- Taxa de incidência de úlceras de pressão na ECCI, também não tendo sido atingido o objetivo esperado (Score 2), existiu, no entanto, uma evolução também bastante positiva, tendo-se verificado uma diminuição da taxa incidência de 8.45% para 6.65%, faltando diminuir 1.65% para atingir os esperados 5% (Score 2), conforme evidência o gráfico seguinte:

(Gráfico 2 - Evolução da Taxa de incidência de úlceras de pressão em Maio e Novembro de 2020.)



Considera-se importante também efetuar a análise de três fatores que permitem avaliar, do universo de utentes pertencentes a ECCI, qual a taxa de utentes que apresentavam risco na escala de Braden, qual a média do score da escala de Braden e por fim qual a prevalência de UP na ECCI do cartaxo. A colheita destes dados foi realizada em dois momentos distintos. O primeiro antes da aplicação do projeto e um segundo, já com o projeto implementado, obtendo-se os seguintes resultados:

(Quadro 9- Prevalência de UP, Risco e Score da Escala de Braden na ECCI do Cartaxo)

	4\08	17\11
Taxa de utentes da ECCI com Risco Elevado- Escala de Braden	60%	70%
Média do Score da Escala de Braden	15,66	15,45
Prevalência de UP na ECCI do Cartaxo	46,60%	40%

Constata-se que existiu um aumento de 10%, de utentes em ECCI com risco UP na Escala de Braden, havendo uma diminuição de 0.21 pontos na média do Score da mesma escala. Neste período existiu uma diminuição da prevalência de UP na ECCI do Cartaxo de 6.6%.

Assim sendo, é de realçar que mesmo com um aumento da taxa de utentes com risco elevado, acompanhada por uma diminuição da média do score da escala de Braden, existiu uma diminuição da prevalência de UP.

Os indicadores de processo foram atingidos e ultrapassados. Os indicadores de resultado tiveram, conforme demonstrado, uma evolução bastante positiva, mas necessitam de mais tempo de intervenção, para que se possa alcançar em ambos, um Score 2.

Por conseguinte, esta situação demonstra a forte aposta da ECCI do Cartaxo no projeto de prevenção de UP, reforçando a necessidade de continuidade de aplicação deste projeto no futuro.

Considera-se assim, com a elaboração e implementação deste projeto, que foram alcançadas varias Unidades de competências do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária (Decreto-Lei n.º 135/2018), nomeadamente as seguintes:

G1— Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade

G1.1— Procede à elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade

G1.2 — Estabelece as prioridades em saúde de uma comunidade.

G1.3 — Formula objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas

G1.4— Estabelece programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados

G 1.5 — Avalia programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados

G2 — Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidade

G2.1 — Lidera processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania

G2.2 — Integra, nos processos de mobilização e participação comunitária, conhecimentos de diferentes disciplinas

G2.3 — Procede à gestão da informação em saúde aos grupos e comunidade.

G3 — Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde

G3.1 — Participa na coordenação, promoção implementação e monitorização das atividades constantes dos Programas de Saúde conducentes aos objetivos do Plano Nacional de Saúde

4.1.5.1- Dificuldades

Segundo o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, o novo coronavírus, intitulado SARS-CoV-2, foi identificado pela primeira vez em janeiro de 2020, na Cidade de Wuhan na China, nunca tendo sido previamente identificado em seres humanos.

Os Coronavírus são conhecidos por causar doença no ser humano, podendo a infeção ser semelhante a uma gripe comum ou evoluir para uma doença mais grave, como pneumonia.

A organização dos Serviços de Saúde e Segurança do Trabalho são da responsabilidade do empregador, de acordo com o estabelecido no “Regime jurídico da promoção da segurança e saúde no trabalho” (RJPSST - Lei n.º 102/2009, de 10 de setembro, na sua atual redação). “É obrigação do empregador assegurar aos seus trabalhadores condições de segurança e de saúde,

de forma continuada e permanente, tendo em conta os princípios gerais de prevenção” (art. 15.º do RJSST).

Estão Estabelecidas no Decreto-Lei n.º 84/97, de 16 de abril as prescrições mínimas de proteção no contexto de trabalho, no que concerne à segurança e à saúde dos trabalhadores contra os riscos da exposição a agentes biológicos.

Face a esta problemática, foi emanada pela DGS a Norma nº007/2020, que define quais os Equipamentos de Proteção Individual (EPI) que devem ser adotados para a prevenção e controlo de Infecção por SARS-CoV-2 (COVID-19). Neste sentido, a ECCI do Cartaxo adotou, desde o primeiro momento, todas as medidas de proteção recomendadas.

Sendo que na visita domiciliária foi instituído que os profissionais utilizariam proteção integral recomendada na norma anterior, representada na figura seguinte:



(Figura 2- Foto ilustrativa da apresentação de EPIS- COVID-19. Fonte: DGS, 2020.)

Esta situação constitui um desgaste exponencial a todos os profissionais da equipa da ECCI, pois todos os procedimentos, tais como a colocação e retirada de todos os EPIs, antes de cada VD, para além da complexidade técnica, são bastante morosos.

Neste sentido, é de referir que um inquérito de saúde ocupacional do Barómetro Covid-19 da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, publicado em maio, que contou com a participação de 5365 profissionais de saúde, revelava que 72,2% estavam a sentir níveis médios a elevados de exaustão ou burnout.

Também foi constatado que a vertente relacional da visita domiciliária poderá ficar comprometida. Não é fácil, evidentemente, criar uma relação empática quando se está vestido conforme a figura acima representada. Neste sentido correr-se-á o risco da visita tornar-se de alguma forma impessoal, fazendo lembrar um efeito semelhante à síndrome de hipertensão da bata branca. Esta é a nova realidade a qual obriga a um esforço adicional ao Enfermeiro, para que este reúna as estratégias necessárias para minimizar o seu impacto.

5-OUTRAS ATIVIDADES

As primeiras duas semanas deste estágio foram ainda desenvolvidas na Unidade de saúde pública do ACES do Médio Tejo.

Dada a atual crise Pandémica, estas duas semanas foram dedicadas ao acompanhamento que a USP realiza aos seus utentes no âmbito da COVID-19, nomeadamente na realização de vigilância epidemiológica e consequente educação face ao tipo de risco identificado.

Às autoridades de saúde compete a intervenção do estado em situações de grave risco para a saúde pública e a vigilância das decisões dos órgãos e serviços operativos do estado em matéria de saúde pública. O exercício do poder de autoridade de saúde encontra-se integrado no âmbito dos serviços de saúde pública (Decreto-Lei n.º 135/2013, de 4 de outubro).

Já integrado na UCC do Cartaxo, foi possível a continuidade deste acompanhamento pois, a Enf.ª Coordenadora da UCC também desempenha funções na USP.

Em ambos os casos, foi realizado o acompanhamento de doentes com suspeita ou confirmação da doença.

Neste sentido, a Vigilância Epidemiológica é feita não só com recurso aos métodos tradicionais, em que as autoridades averiguam, na envolvência de um caso específico, as pessoas com quem esteve em contacto, mas também com recurso à plataforma *trace covid*.

A partir daqui é confirmada a história epidemiológica e se constitui verdadeiro contacto e de alto, médio ou baixo risco. Posteriormente são dadas as orientações dos procedimentos a seguir conforme as normas e orientações em vigor, destacando seguidamente as principais:

- Norma n.º 004/2020 de 14/10/2020 COVID-19: Abordagem do Doente com Suspeita ou Infeção por SARS-CoV-2
- Norma n.º 015/2020 de 24/07/2020 COVID-19: Rastreio de contactos
- Norma n.º 020/2020 de 09/11/2020 COVID-19: Definição de Caso de COVID-19
- Orientação n.º 010/2020 de 16/03/2020, Isolamento por SARS-COV-2 (COVID-19) – Distanciamento Social e Isolamento
- Orientação n.º 011/2020 de 17/03/2020 Infeção por SARS-CoV-2 (COVID-19) – Medidas de prevenção da transmissão em estabelecimentos de atendimento ao público
- Orientação n.º 019/2020 de 03/04/2020 COVID-19: FASE DE MITIGAÇÃO – Utilização de Equipamentos de Proteção Individual por Pessoas Não-Profissionais de Saúde
- Orientação n.º 009/2020 de 11/03/2020, atualizada a 23/07/2020 COVID-19: Fase de Mitigação – Procedimentos para Estruturas Residenciais para

Idosos (ERPI), Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) da Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCCI) e outras respostas dedicadas a pessoas idosas; instituições de acolhimento de crianças e jovens em risco

Assim, foi possível a aquisição de competências, através do cumprimento das Missões relativamente à Vigilância Epidemiológica e Plano Local de Saúde, nas USP; Programas e Projetos de Saúde, da responsabilidade das UCC, no âmbito da Gestão das respetivas Unidades Funcionais, contribuindo para uma construção mais rigorosa e consistente das competências de enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, cumprindo-se o Programa Formativo da OE.

Foi possível a integração em outras áreas de abrangência da UCC, nomeadamente na participação no programa de vacinação da gripe e dada a forte intercolaboração entre a Câmara Municipal do Cartaxo e a UCC, considerou-se pertinente a realização de uma reunião com a Técnica Superior de Serviço Social da Câmara Municipal do Cartaxo, coordenadora da área de acção social, para aprofundar o conhecimento desta articulação que é realizada entre ambas as entidades, cujos eixos principais são os seguintes:

CPCJ

Funciona nas instalações da Câmara Municipal que tem a obrigatoriedade de prestar todo o apoio logístico necessário à sua atuação.

Instituição oficial não judiciária, com autonomia funcional, que visa promover os direitos da criança e do jovem e prevenir ou pôr termo a situações suscetíveis de afetar a sua segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento integral. Opera em duas modalidades de intervenção:

- A comissão restrita (reunião semanal) para análise de sinalizações e acompanhamento de processos de promoção e proteção.
- A comissão alargada (reunião mensal) - Analisa os relatórios de atividades da modalidade restrita, e elabora o plano de atividades visando a prevenção do risco e do perigo nas crianças e jovens

REDE SOCIAL

Um fórum de articulação concelhia que visa a definição conjunta de entidades públicas e privadas, de objetivos, prioridades e estratégias de intervenção, utilizando de forma racional os recursos existentes evitando sobreposições de respostas. Conta com a realização de instrumentos comuns de trabalho como o Diagnóstico Social e os Planos de Ação anuais, que são realizados com esforço conjunto nomeadamente através de Grupos de Trabalho, em que a UCC do Cartaxo tem a participação nos seguintes:

- Saúde e reabilitação
- Infância e Juventude
- Violência doméstica
- Idosos e dependentes - criada a comissão municipal de apoio ao idoso e ao dependente, encontra-se em fase de instalação

Articulação de respostas conjuntas para problemas identificados no diagnóstico social na comunidade, conforme os exemplos seguintes:

No Grupo de trabalho Saúde e Reabilitação, foi promovida a realização no concelho, de consultas de motivação para tratamento na área de alcoologia e prevenção de recaídas, em articulação com a Equipa de Tratamento do CRI Ribatejo. No grupo de Idosos e Dependentes foi criada a Comissão Municipal de Apoio ao Idoso e ao Dependente.

Existe também a visitação domiciliária conjunta no contexto de Saúde Pública.

APOIO NO AMBITO DA PANDEMIA – COVID- 19

Vigilância epidemiológica, realizada no posto de comando da Proteção Civil, com a participação diária de elementos da área da Ação Social e Saúde da Câmara Municipal

Equipas multidisciplinares de apoio às IPSS e ERPIS privadas com ou sem fins lucrativos e casas de acolhimento ilegais, em parceria com a Segurança social e a protecção civil, bombeiros e forças de segurança, com o objetivo de verificação de condições e explicação dos procedimentos a adotar.

Foi também possível, realizar educação para saúde intervindo a este nível, nomeadamente no apoio às casas de acolhimento, no esclarecimento de dúvidas, bem como no proporcionar ensino acerca das orientações relativas às boas praticas recomendadas para a prevenção da transmissão da COVID-19.

Considero assim, que foram alcançadas várias Unidades de competências do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública (Decreto-Lei n.º 135/2018), nomeadamente os seguintes:

G4 — Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico

G4.1 — Procede à vigilância epidemiológica dos fenómenos de saúde -doença que ocorrem numa determinada área geo-demografia

6-ANALISE REFLEXIVA

Desde os primórdios das civilizações que existe no Ser Humano um espírito da Arte do Cuidar. Esta Arte, segundo Collière (2003:1), “verdadeira criação que, desde o dar à luz até à morte, participa no mistério da vida que se procura, do desabrochar da vida, da vida que luta, que se apaga, da vida que ressurge, da vida que se afunda...” Como abordar o que se tece na encruzilhada das situações de cuidados na sua infinita diversidade, na sua movimentação e flutuação, à mercê da intensidade do momento ou do desgaste do tempo?

Esta questão ganha cada vez mais significado quando integrada na ótica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, trazendo um sentido mais profundo às suas competências específicas.

Com a implementação do projeto de Intervenção pretendeu-se a obtenção de ganhos em saúde para o utente e família, permitindo desta forma a aquisição de competências como EEEESP. Estas competências foram abordadas ao longo deste relatório considerando, que foram alcançadas na sua totalidade.

Melo, (2020:53) refere que

“considerando o Planeamento em Saúde como princípio metodológico, o enfermeiro deve avaliar o estado de saúde de todas as comunidades pelas quais é responsável, garantindo a inclusão de todas as avaliações nos seus processos de priorização. Deste modo, qualquer que seja o contexto que se encaixe na definição de comunidade, a avaliação e a intervenção de Enfermagem é concretizável, devendo a intervenção ser priorizada na lógica do processo de Planeamento em Saúde” (Melo 2020:53).

Neste sentido, realça-se a importância e a necessidade de um planeamento em saúde em todo o seu alcance, como um fio condutor para a implementação do projeto, de forma a que as necessidades da comunidade identificadas sejam colmatadas, e o objetivo alcançado (Stanhope & Lancaster, 2011).

Beirão (2012:18) refere que:

“O ambiente envolve todas as forças internas e externas que interagem e influenciam o sistema cliente em qualquer momento, tendo este a capacidade de mobilizar inconscientemente todas as variáveis do sistema de forma a conseguir a integridade e estabilidade. A informação, a energia e a matéria que interagem com o ambiente e pessoas são consideradas entradas e saídas, e nestes emergem stressores que são considerados forças do ambiente que podem alterar a estabilidade do sistema quer sejam elas inerentes à pessoa (intrapessoais), resultado da interação com outros (interpessoais) ou causadas por outros aspetos externos à pessoa (extrapessoais). Os stressores são forças que alteram a estabilidade de todo o sistema, podendo elas ser forças intrapessoais (dentro do indivíduo) e podem penetrar na linha de defesa do indivíduo, cujo resultado da interação pode ser positivo ou negativo. Os stressores positivos são as forças que

actuam de forma a fortalecer o sistema, podendo-o ajudar a recuperar o bem-estar. Os stressores negativos, pelo contrário fragilizam o sistema e dificultam a recuperação de bem-estar. O bem-estar/saúde é considerado como a harmonia do indivíduo que interage com todas as partes do sistema de forma a satisfazer as necessidades do sistema (Neuman, 1995)” (Beirão 2012:18).

Nesse sentido, o doente com ou em risco de desenvolvimento de UP está sujeito a stressores, pondo em risco a sua segurança e o seu bem-estar, sendo preponderante que o EECCSP dirija a sua intervenção assente na evidência científica, por forma a implementar estratégias eficazes que minorem o seu impacto.

O EECCSP assume um papel essencial, na prestação de cuidados especializados ao utente, família e cuidadores, para que estes se sintam correctamente e profissionalmente apoiados, de forma a harmonizar todo o sistema que se encontra muitas vezes à deriva.

A equipa multidisciplinar da ECCI do cartaxo, sendo uma equipa fortemente especializada e dedicada, já tem enraizado no seu core esta forma de intervenção à sua população alvo. Este facto é reforçado pela coordenação desta equipa que acompanha em proximidade os casos, o que permite uma célere integração dos mesmos, o debate entre todos os elementos da equipa permitindo assim uma rápida definição de uma estratégia de intervenção conjunta adaptada a cada caso.

Conquanto, considera-se que este trabalho não se extingue em termos académicos, indo, também com é exigido num projeto de intervenção, ao encontro com as necessidades identificadas na ECCI do Cartaxo a qual dará continuidade.

Este pretende contribuir para a prevenção e compreensão de desafios no âmbito da problemática das UP, que não sendo novos, se colocam cada vez mais à sociedade em geral, e aos Enfermeiros e EECCSP, em particular.

Melo (2020:130) refere que

“a otimização e a coordenação de programas e projetos através da utilização do Planeamento em Saúde como metodologia, com recurso à Vigilância Epidemiológica dos diagnósticos de Enfermagem e ao empoderamento da comunidade ACES para melhorar os cuidados de Enfermagem aos indivíduos, famílias e comunidades alicerçam a importância única e insubstituível do EECCSP para a melhoria da saúde da população por si abrangida, que se repercute num benefício para a saúde das comunidades, das famílias e de cada indivíduo cuidado pelos Enfermeiros do ACES” (Melo 2020:130).

De facto, com este estágio, além de procurar conhecimento acerca de quais as estratégias que a evidência científica aponta para a prevenção UP em contexto domiciliário, pretende-se também traduzi-las para a prática na ECCI do Cartaxo, aliada às outras atividades acima descritas, desenvolvidas não só no âmbito da UCC mas também na UCSP.

Aspira-se, adquirir competências a desenvolver ao nível de mestrado, nomeadamente as presentes nos descritores de Dublin para o 2º ciclo, emanados na sequência do Processo de Bolonha, que incluem os conhecimentos científicos, a capacidade de compreensão e a sua aplicação, a realização de juízos profissionais e tomada de decisão, capacidade de comunicação e ainda a auto-aprendizagem. Procura-se igualmente projetar e dar visibilidade merecida ao EEECSF, adquirindo as suas competências específicas, de forma a alcançar cuidados especializados de excelência, ou seja, a Arte do Cuidar.

7-CONCLUSÃO

Resultado de um percurso que se pretende que seja de aprendizagem e de intervenção, este relatório pretende contribuir para uma maior consciência da importância da aquisição de conhecimentos no âmbito da Prevenção de úlceras de pressão, promovendo uma melhoria do conhecimento, da percepção de risco e da formação dos profissionais de saúde.

Segundo a DGS (2011), as Úlceras de Pressão, provocam sofrimento, diminuem a qualidade de vida dos doentes e dos seus cuidadores e como consequência mais grave podem conduzir à morte.

A prevenção de Úlceras de pressão requer uma abordagem interdisciplinar e adaptada ao risco específico de cada doente, considerado assim um desafio organizacional, tornando-se necessária a existência de uma cultura organizacional que promova uma comunicação eficaz e o trabalho em equipa.

Neste sentido, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, (Despacho nº 1400-A/2015, de 10 de fevereiro) recomenda que as instituições prestadoras de cuidados de saúde, implementem sistemas de notificação para identificar, investigar e atuar com prontidão com o objetivo de reduzir a frequência e a severidade das Úlceras de pressão, baseados em procedimentos e protocolos assentes na melhor evidência e avaliação do risco.

A Direção Geral de Saúde refere que as UP “são um problema de saúde pública e um indicador da qualidade dos cuidados prestados” (DGS, 2011). Bento (2014:20) refere que “os valores de incidência e prevalência de UP em diferentes contextos de trabalho são indicadores de saúde utilizados pela OMS e o facto de serem consideradas indicadores de qualidade dos cuidados, justificam por si só este projeto (Louro, Ferreira & Póvoa, 2007 citado por Bento 2014).

Nesta etapa, foram postos em prática mecanismos que intervêm nesta problemática, com o objectivo de desenvolver competências no âmbito da Enfermagem Comunitária e consequente prática reflexiva, sustentado na evidência científica os cuidados prestados às pessoas no seu domicílio.

Constato que a realização deste estágio na UCC do Cartaxo demonstrou ser uma oportunidade de excelência, dado que possibilitou grandes momentos de interação e aprendizagem com a equipa multidisciplinar, bem como com a sua população alvo. Realço que este projeto só foi possível pelo excelente apoio da equipa da UCC do Cartaxo, em especial Enfª Corina Freire, bem como da Professora Orientadora Irene Santos, que se demonstraram incansáveis na sua orientação.

Após a implementação deste projeto, verifica-se que os indicadores de processo foram atingidos e ultrapassados. Os indicadores de resultado tiveram, conforme demonstrado, uma

evolução bastante positiva, pelo que necessitam de mais tempo de intervenção, para que se possa alcançar em ambos, um Score 2.

Por conseguinte, esta situação demonstra a forte aposta da ECCI do Cartaxo no projeto de prevenção de UP, reforçando a necessidade de continuidade de aplicação deste projeto no futuro.

Considero assim, pelo que já foi exposto neste relatório, que os objetivos do estágio foram alcançados e adquiridas as competências presentes nos descritores de Dublin para o 2º ciclo bem como as competências específicas do EEECS. Inclusive, foi demonstrada a capacidade de adaptação do EEECS ao contexto Pandemico atual e reforçada a necessidade de continuidade de intervenção nas áreas não relacionadas com a COVID-19.

No percurso de aquisição de competências especializadas como futuro Mestre e Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, a realização do diagnóstico de Enfermagem à comunidade realizado na primeira fase do Estágio I e a elaboração deste Projeto de intervenção agora no estágio II, permitiu-me comprovar na prática o papel fundamental que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária têm em toda a sua abrangência, e em particular neste contexto, visando na sua intervenção efetivos ganhos em saúde.

BIBLIOGRAFIA

- ACSS, (2018), *Novas regras de contratualização de cuidados de saúde para 2019*, Ministério da Saúde, Disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt/2018/12/10/novas-regras-de-contratualizacao-de-cuidados-de-saude-para-2019/>
- Aguiar, P., Silva, C., Ferreira, E. & Negreiro, F. (2007). *Qual o significado das medidas epidemiológicas taxa de prevalência, taxa de incidência cumulativa e taxa de incidência em unidades pessoa/tempo?*. Gauss- Eurotrials Scientific Consultants, Disponível em: www.eurotrials.com/wp-content/uploads/2014/02/Gauss_10.pdf
- Anes, Eugenia. Antão, Celeste, (2008)- *Prevenção de úlceras de pressão. In Congresso de Saúde do Nordeste - AVC, Preparados?*. [Em linha]. Bragança: Instituto Politécnico de Bragança, Disponível em WWW: URL: <http://hdl.handle.net/10198/5039>
- ARSLVT (2017), *Caracterização do ACES Lezíria*, Consultada em https://www.arslvt.min-saude.pt/pages/287?poi_id=2245
- ARSLVT (2016), *Caracterização do ACES Médio Tejo*, Disponível em em <https://www.arslvt.min-saude.pt/pages/868>
- Ayello, E. & Sibbald, R. (2008). *Preventing pressure Ulcers and skin tears. In Capezuti, E. et al (2008). Evidence-Based Geriatric Nursing Protocols for Best Practice*. 403-429. 3ª Ed. New York. Springer Publishing Company.
- Ayello, E. (2012). *Predicting Pressure Ulcer Risk. Try this: Best Practices in Nursing Care to Older Adults*. The Hartford Institute for Geriatric Nursing, New York University, College of Nursing. Disponível: http://consultgerirn.org/uploads/File/trythis/try_this_5.pdf
- Baranoski, S. & Ayello, E. (2006). *O essencial sobre o tratamento de feridas: princípios práticos*. Loures: Lusodidacta. (Tradução do original do inglês Wound care Essentials- practice principles)
- Beirão, C. (2012) *Um contributo para o desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista em cuidados paliativos neonatais formação da equipa dos enfermeiros da*

- equipa da UCIN, ESEL, Lisboa* Disponível em:
<https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/16173>
- Bento, Ana (2014). *Capacitar a Família na Prevenção de Úlceras de Pressão na Pessoa Idosa em casa: Intervenção do Enfermeiro Especialista*. ESEL, Lisboa
- Bisqueria, R. (1989). *Métodos de Investigacion educativa: Guia practica*. Barcelona: Ediciones CEAC.
- Bolander, R. (1998). *Enfermagem fundamental*. 3ª edição, Lisboa: Lusodidacta.
- Candeias, N. (1997) *Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais*, Rev. Saúde Pública, 31 (2): 209-13, Universidade de S. Paulo, S. Paulo, Brasil, Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rsp/a/P9zNFfcwyJM3rzs5DFcQwqv/?format=pdf&lang=pt>
- Caracterização do ACES Lezíria, (2017) consultada em <https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude/agrupamento-de-centros-leziria/>
- Caracterização do UCC Cartaxo, consultada em:
<https://bicsp.minsaude.pt/pt/biufs/3/30032/3140651/Pages/default.aspx>
- Collière, M. (2003). *Cuidar... A primeira arte da vida*. (S. Ventura, A. Oliveira, F. Oliveira, L. Silveira, Trad.). (2ª ed.). Loures: Lusociência. (Tradução do original do francês Soigner... Le premier art de la vie, 2ème éd., 2001)
- Conselho Pedagógico (2012), *Normas de Elaboração e Apresentação de Trabalhos Escritos*, Escola Superior de Saude de Santarém, Instituto Politecnico de Santarém, Santarém.
- Costa, Y., Araújo, O., Almeida, L. & Viegas, S. (2014). *O papel educativo do enfermeiro na adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica: revisão integrativa da literatura*. O Mundo da Saúde, 38 (4), 473-481. Disponível em http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/155566/A12.pdf
- Coutinho, P. (2014). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. Coimbra: Almedina.
- Dealey, C. (2006). *Tratamento de feridas: um guia para enfermeiros*. Lisboa: CLIMEPSI
- Decreto-Lei N.º 11/93, de 15 de janeiro, *Aprova do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde*, Ministério da Saúde, Disponível em:

https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1670&tabela=leis&ficha=1&pagina=1

Decreto-Lei Nº28/2008, *Estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde*. (DR nº 38, 1ª Série de 22 de fevereiro de 2008) Ministério da Saúde. Acedido em: Decreto-Lei n.º 28/2008 - Diário da República n.º 38/2008, Série I de 2008-02-22

Decreto-Lei Nº74/2006, *Aprova o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior* (DR nº 60, Série I-A de 24 de março de 2006) Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, Acedido em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/671387/details/maximized>

Decreto-Lei N.º 80/2018, *Princípios e regra aplicáveis às comissões de ética na área da Saúde* (DR— N.º 198 — 1.ª série de 15 de outubro). Acedido em: <http://uiips.ipsantarem.pt/regulamentos-2/>

Decreto-Lei Nº 101/2006 de 6 de Junho. *Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Ministério da Saúde e Ministério da Solidariedade e da Segurança Social. Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/353934/details/maximized>

Decreto-Lei N.º 102/2009, de 10 de setembro, *Regime jurídico da promoção da segurança e saúde no trabalho*. Assembleia da República, Disponível em <https://dre.pt/pesquisa/-/search/490009/details/maximized>

Decreto-Lei Nº 222/2007, de 29 de maio, *Aprova a orgânica das Administrações Regionais de Saúde, I. P.* Ministério da Saúde, Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/638525/details/maximized>

Decreto-Lei Nº 254/82, de 29 de junho, *Cria as administrações regionais de cuidados de saúde, (ARS)*, Ministério da Saúde, Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/395514/details/maximized>

Decreto-Lei Nº 84/97, de 16 de abril. *Transpõe para a ordem jurídica interna as Directivas do Conselho n.º 90/679/CEE, de 26 de Novembro, e 93/88/CEE, de 12 de Outubro, e a Directiva n.º 95/30/CE, da Comissão, de 30 de Junho, relativas à protecção da segurança e saúde dos trabalhadores contra os riscos resultantes da exposição a agentes biológicos durante o trabalho*, Ministério para a Qualificação e o Emprego, Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/468635/details/maximized>

Decreto-Lei Nº 135/2013, de 4 de outubro, *Procede à primeira alteração ao Decreto-Lei n.º 82/2009, de 2 de abril, que estabelece as regras de designação, competência e funcionamento das entidades que exercem o poder de autoridade de saúde*, Ministério da Saúde, Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/500190/details/maximized>

Decreto-Lei Nº 335/93, de 29 de setembro, *Aprova o Regulamento das Administrações Regionais de Saúde*, Ministério da Saúde, Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/651705/details/maximized>

Decreto-Lei Nº 488/75, de 4 de setembro, *Cria administrações distritais dos serviços de saúde*. Ministério dos Assuntos Sociais, Disponível em: <https://dre.tretas.org/dre/12108/decreto-lei-488-75-de-4-de-setembro>

Despacho Nº 1400-A/2015 de 10 de fevereiro de 2015, *Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020*, Ministério da Saúde, Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/66463212/details/normal?l=1>

Direção Geral da Saúde (2011). *Escala de Braden: Versão Adulto e pediátrico (Braden Q)* Orientação da Direção Geral da Saúde nº 017/DGCG de 19/05/2011. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Direção Geral da Saúde (2015). *Plano nacional de saúde: revisão e extensão a 2020*. Lisboa DGS. Disponível em <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf>

Direção Geral da Saúde (2020). Norma nº 004/2020 de 14/10/2020 COVID-19: *Abordagem do Doente com Suspeita ou Infecção por SARS-CoV-2*, DGS, Ministério da Saúde.

Direção Geral da Saúde (2020). Norma nº 015/2020 de 24/07/2020 COVID-19: *Rastreio de contactos*, DGS, Ministério da Saúde

Direção Geral da Saúde (2020). Norma nº 020/2020 de 09/11/2020 COVID-19: *Definição de Caso de COVID-19*, DGS, Ministério da Saúde

Direção Geral da Saúde (2020). Orientação nº 010/2020 de 16/03/2020, *Isolamento por SARS-CoV-2 (COVID-19) – Distanciamento Social e Isolamento*, DGS, Ministério da Saúde

- Direção Geral da Saúde (2020). Orientação nº 011/2020 de 17/03/2020 *Infeção por SARS-CoV-2 (COVID-19) – Medidas de prevenção da transmissão em estabelecimentos de atendimento ao public*, DGS, Ministério da Saúde
- Direção Geral da Saúde (2020). Orientação nº 019/2020 de 03/04/2020 *COVID-19: FASE DE MITIGAÇÃO – Utilização de Equipamentos de Proteção Individual por Pessoas Não-Profissionais de Saúde*, DGS, Ministério da Saúde
- Direção Geral da Saúde (2020). Orientação nº 009/2020 de 11/03/2020, atualizada a 23/07/2020 *COVID-19: Fase de Mitigação – Procedimentos para Estruturas Residenciais para Idosos (ERPI), Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) da Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCCI) e outras respostas dedicadas a pessoas idosas; instituições de acolhimento de crianças e jovens em risco*, DGS, Ministério da Saúde
- Donabedian, A (1988). *Quality assessment and assurance: unity and purpose, diversity of means. Inquiry*, v. 25, n. 1,p179-92, Disponível em <https://www.jstor.org/stable/29771941>
- Donabedian, A. (1988), *The quality of care: how can it be assessed?* JAMA, v. 260, 12 ,p1743-48, Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/374139>
- Duque, H., Menoita, E., Simões, A., Nunes, A., Mendanha, M. F., Matias, A.,Romba, R. (2009). *Manual de Boas Práticas. Úlceras de pressão: Uma abordagem estratégica*. Coimbra: Formasau
- European Pressure Ulcer Advisory Panel & National Pressure Ulcer Advisory Panel.& Pan Pacific Pressure injury Alliance (2014). *Prevenção e Tratamento de Úlceras de Pressão: Guia de Consulta Rápida*, Disponível em: <https://www.epuap.org/wp-content/uploads/2016/10/portuguese-quick-reference-guide-jan2016.pdf>
- Fernandes, A. (1997). *Velhice e Sociedade: demografia, família e políticas sociais em Portugal*. Oeiras, Edições Celta
- Ferreira, P., Miguéns, C., Gouveia, J. & Furtado, K. (2007) . *Risco de desenvolvimento de úlceras de pressão: implementação nacional da escala de Braden*. Loures: Lusociência.
- Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação: da Concepção à Realização*. Loures: Lusociência.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. 1ª ed. Loures: Lusociência.

- Freese, B., Neuman, B. (2004). *Teóricas de Enfermagem e sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. 5ªed. Loures: Lusociência.
- García-Sánchez FJ, Martínez-Vizcaíno V, Rodríguez-Martín B. (2019); *Patients' and Caregivers' Conceptualisations of Pressure Ulcers and the Process of Decision-Making in the Context of Home Care*. International Journal of Environmental Research and Public Health. Switzerland, MDPI, Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31366078/>
- Imperatori, E. e Giraldes, M. (1982). *Metodologia do Planeamento da Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Obras Avulsas.
- Imperatori, E. e Giraldes, M. (1993). *Metodologia do planeamento da saúde: manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. 3ª Ed. ENSP: Lisboa.
- Lei n.º11-A/2013 de 28 de janeiro, *Reorganização administrativa do território das freguesias*, Assembleia da República, Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/373798/details/maximized>
- Lei n.º22/2012, de 30 de Maio, *Aprova o regime jurídico da reorganização administrativa territorial autárquica*, Assembleia da República, Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/177812/details/maximized>
- Marconi M. e Lakatos, E. (1990). *Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados*. 2ª ed. Atlas S.A: São Paulo.
- Martins, R. (2012), *Envelhecimento e Políticas Sociais*, Coisas de Velhos. Disponível em: <https://coisasdevelhos.blogspot.com/2012/03/envelhecimento-e-politicas-sociais-rosa.html>
- Melo, P. (2020), *Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública*, Lidel, Lisboa
- Morison, Moya J. (2004), *Prevenção e Tratamento de Úlceras de Pressão*, Edição: Lusodidacta,
- Mosby's Medical Dictionary (2009). 8ª Edição. St. Louis, MO: Mosby
- Neuman, B. (1995). *The Neuman Systems Model*. 3ªed. Connecticut: Appleton & Lange.

- Nunes, L. (2006). *Autonomia e responsabilidade na tomada de decisão clínica em enfermagem*. In II Congresso Ordem dos Enfermeiros 10 Maio 2006. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Lucilia_Nunes2/publication/266596533_Autonomia_e_responsabilidade_na_tomada_de_decisao_clinica_em_enfermagem/links/545638d30cf2cf5164802d42/Autonomia-e-responsabilidade-na-tomada-de-decisao-clinica-em-enfermagem.pdf
- Oliveira, D.(2005). *A 'nova' saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação*. Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]., vol.13, n.3, pp.423-431. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000300018>.
- Ordem dos Enfermeiros (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento nº 128/2011. *Define o perfil das competências específicas dos enfermeiros especialistas em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*, Disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/3477017/details/maximized>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem comunitária e de saúde pública*. Lisboa. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPa_dQualidadeCuidEspecializEnfComunitariaSauPublica_DRJun2015.pdf em 28/12/2018.
- Ordem dos Enfermeiros (2015), *Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro -REPE*. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2018). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e saúde pública*. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8731/comunit%C3%A1ria-e-de-sa%C3%BAde-p%C3%BAblica.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2016), CIPE® Versão 2015 – *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*, Lusodidacta

OMS (1986). *Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde*, 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, Ottawa, Canadá. Disponível em: https://www.iasaude.pt/attachments/article/152/Carta_de_Otawa_Nov_1986.pdf

Pearson, A. e Vaughan, B. (1992). *Modelos para o exercício de enfermagem*. HeinemanNursing: Lisboa.

Plano de Acção da UCC Cartaxo (2019) Consultada em <https://bicsp.min-saude.pt/pt/contratualizacao/planosdeacao/Paginas/default.aspx>

Portaria nº50/2017, *Procede à segunda alteração à Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro, alterada pela Portaria n.º 289-A/2015, de 17 de setembro*, Ministérios da Saúde e do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/106388650/details/maximized>

Portaria n.º 276/2009, de 18 de março, *Cria vários agrupamentos de centros de saúde (ACES), integrados na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I. P.*, Presidência do Conselho de Ministros e Ministérios das Finanças e da Administração Pública e da Saúde, Disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/605345/details/maximized>

Ramos, S. (2013). *Prevenção de Ulceras de Pressão no Domicílio com Pessoas Idosas em situação de dependência: Uma prática baseada na evidência*. Escola Superior de Saúde de Santarem, Instituto Politecnico de Santarem, Santarém.

Rede Social (2016) *Diagnostico Social do Concelho do Cartaxo*, Camara Municipal do Cartaxo.

Regulamento n.º 128/2011 (Diário da República, 2.ª série, N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011), Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Ordem do Enfermeiros

Regulamento nº 428/2018 (Diário da República, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018), , Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Ordem do Enfermeiros

Ruiz, V.; Lima, A.; Machado, A. (2004). *Educação em Saúde Mental: relato de experiência*. Revista Escola Enfermagem USP). Disponível em

[:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342004000200010&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342004000200010&lang=pt)

Stanhope, M., Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População* (7ª Ed.), Loures: Lusodidata.

Stadnyk B, Mordoch E, Martin D. (2018), *Factors in facilitating an organisational culture to prevent pressure ulcers among older adults in health-care facilities.*, Journal of Wound Care 27(Sup7):pp.S4-S10, England, MA Healthcare Ltd, Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30008252/>

Sumarno, AS (2019), *Pressure ulcers: the core, care and cure approach. British journal of community nursing*; Vol. 24 (Sup12), pp. S38-S42, England ,MA Healthcare Ltd, Disponível em <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=0d5a68f7-d857-4496-a952-526055191a7b%40pdc-v-sessmgr04>

Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Ministério da Saúde, Departamento de Recursos Humanos da Saúde – Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional. Lisboa: Ministério da Saúde.

Tavares, C. (2006). *A Educação permanente na Equipe de Enfermagem para o Cuidado nos Serviços de Saúde Mental. Texto Contexto Enfermagem*, Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000200013&lang=pt

UCCCartaxo (2017), *Manual de Acolhimento a Novos Profissionais e Estudantes UCC do Cartaxo*, ACES Lezira, ARSLVT.

Sites consultados:

Câmara Municipal do Cartaxo:

<https://www.cm-cartaxo.pt/Paginas/default.aspx>

Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge:

<http://www.insa.min-saude.pt/category/areas-de-atuacao/doencas-infeciosas/novo-coronavirus-sars-cov-2-covid-19/>

Indicadores de desempenho da ECCI Cartaxo:

<https://bicsp.min-saude.pt/pt/contratualizacao/idg/Paginas/default.aspx>

ANEXOS

ANEXO I – PROJETO DE ESTÁGIO

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE SANTARÉM
8º CURSO MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA e SAÚDE PÚBLICA

PROJETO DE ESTÁGIO

Autor
Tiago Barbosa – 090432003

Santarém, Julho 2020

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE SANTARÉM
8º CURSO MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA e SAÚDE PÚBLICA
UNIDADE CURRICULAR – ESTÁGIO I

PROJETO DE ESTÁGIO
INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA –
UCC CARTAXO
Prevenção de UP nos Utentes da ECCI

Autores:

Tiago Barbosa – 090432003

Orientadores:

Prof.^a Doutora Irene Santos

Enf^o Mestre e Especialista Corina Freire

Santarém, Julho 2020

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS e SIGLAS

ACES- Agrupamentos de Centros de Saúde
AVD- Atividades de Vida Diárias
CIF- Classificação Internacional da Funcionalidade
CPCJ- Comissão de Proteção de Crianças e Jovens
DGS- Direcção Geral Saúde
DL- Decreto-lei
ECCI- Equipa de Cuidados Continuados Integrados
EPUAP- European Pressure Ulcer Advisory Panel
IDG- Índice de Desempenho Global
NACJR- Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco
NLI- Núcleo local de inserção
NPUAP- National Pressure Ulcer Advisory Panel
OE- Ordem dos Enfermeiros
OMS- Organização Mundial de Saúde
PICC- Processo Individual de Cuidados Continuados
PPPIA- Pan Pacific Pressure Injury Alliance
PIE- Processo Individual de Enfermagem
PII- Plano Individual de Intervenção
REPE- Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
RNCCI- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
RSI- Rendimento Social de Inserção
SA- Superfícies de Apoio
SNS- Serviço Nacional de Saúde
UCC- Unidade de Cuidados na Comunidade
UP- Úlcera de Pressão

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	77
1 – CARACTERIZAÇÃO DO ACES LEZIRIA.....	80
1.1- CARACTERIZAÇÃO DO CONCELHO EM ESTUDO.....	81
1.1.1– CONCELHO DO CARTAXO	81
1.2 - CARATERIZAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DO CARTAXO	82
1.2.1- ECCI DO CARTAXO	84
2- PROBLEMATICA E ENQUADRAMENTO.....	87
2.1- ÚLCERAS DE PRESSÃO	88
3 - REFERENCIAL TEÓRICO DE BETTY NEUMAN	92
4 – METODOLOGIA.....	94
4.1 - PLANEAMENTO EM SAÚDE	94
4.1.1 – Diagnostico de situação e Pertinência do estudo	96
4.1.2 – Fixação de Objetivos.....	96
4.1.3 – Seleção de Estratégias	98
5-PLANO DE ACÇÃO	99
6-CONCLUSÃO	102
BIBLIOGRAFIA.....	Erro! Marcador não definido. 103
ANEXOS	112
ANEXO I – CRONOGRAMA.....	113

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Mapa dos Concelhos – ACES Lezíria

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Freguesias do concelho do Cartaxo (Fonte: CM do Cartaxo)

Quadro 2 - Recursos da comunidade do Cartaxo (Fonte: CM do Cartaxo)

Quadro 3- Equipa nuclear da UCC do Cartaxo

Quadro 4 – Indicadores UCC Cartaxo.

Quadro 5 – Indicadores ECCI Cartaxo

Quadro 6 - Ações e metas para Prevenir a ocorrência de úlceras de pressão

INTRODUÇÃO

No âmbito do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública da Escola Superior de Saúde de Santarém, integrado na unidade curricular - Estágio e Relatório de Intervenção Comunitária, foi proposta a realização do presente relatório de estágio.

Dada a atual e inesperada pandemia de COVID-19, houve necessidade de reajuste do cronograma inicial do estágio, de forma a cumprir com as normas da DGS. Assim, este estágio decorreu no período de 22 de junho a 4 de dezembro de 2020 na ECCI da Unidade de Cuidados na Comunidade do Cartaxo, onde, através da metodologia de planeamento em saúde, se procedeu à realização de um projeto de estágio (ANEXO I) de intervenção de Saúde Comunitária e Saúde Pública que fosse pertinente e que se traduza em ganhos em saúde para a população.

Integrado na Estratégia Nacional para a Qualidade da Saúde, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, criado pelo Despacho n.º1400-A/2015 de 10 de fevereiro, inscreve-se no quadro de uma política pública de prevenção de incidentes de segurança associados à prestação de cuidados de saúde no âmbito do Serviço Nacional de Saúde.

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes consubstancia-se como um instrumento de apoio fundamental na aplicação de boas práticas de segurança a gestores e clínicos e tem como objetivo melhorar, de forma integrada e contínua, a prestação de cuidados de saúde em todos os níveis, e num processo de melhoria contínua da qualidade do SNS. **Prevenir a ocorrência de úlceras de pressão** é um das metas a atingir.

Segundo a orientação nº17/2011 da DGS, cerca de 95% das úlceras de pressão são evitáveis; neste sentido, tendo como objetivo final a qualidade da prestação de cuidados, é necessária uma intervenção prioritária no que concerne aos fatores de risco e etiologia, avaliação do risco, caracterização das úlceras de pressão e registos.

Imperatori e Giraldes (1982) referem que o planeamento em saúde conduz à identificação de problemas junto das comunidades, de modo confiável, objetivando mudar o seu comportamento e modos de vida, promovendo a adequada utilização dos serviços de saúde. Deste modo, há que implementar estratégias e intervenções no âmbito da prevenção, que auxiliem na recuperação e manutenção das capacidades do doente, de modo a preservar a sua qualidade de vida. Assim, também é necessário acompanhar, apoiar e capacitar a família/cuidador no que concerne a aquisição das competências adequadas.

Segundo NUNES (2006) os enfermeiros são profissionais de saúde que têm como missão promover a qualidade de vida dos seus pacientes, ajudar as pessoas saudáveis a conservar a sua

saúde, auxiliar o doente no processo de recuperação da sua saúde, a maximizar as potencialidades dos que do não podem ser curados e ajudar a viver tão plenamente quanto possível até á morte os que estão a morrer.

Assim, os enfermeiros devem estar cientes desta situação, e encontrarem-se capacitados para a assumpção das suas responsabilidades na tomada de decisão, através de intervenções dirigidas à prevenção, dando primazia às atividades autónomas, permitindo uma consciencialização e familiarização dos conceitos, objetivos propostos e a aquisição de hábitos de trabalho, baseados em procedimentos estabelecidos (Ferreira, 2007).

Tendo como contexto a comunidade, pretende-se adquirir e consolidar conhecimentos acerca do diagnóstico de enfermagem da comunidade, utilizando a metodologia do planeamento em saúde, no sentido de desenvolver uma intervenção na comunidade, tendo como finalidade o desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista.

A Ordem dos Enfermeiros (OE 2018) refere que, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, desenvolve uma prática centrada na comunidade, assumindo um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, com uma elevada capacidade de resposta às necessidades dos diferentes clientes, proporcionando-lhes ganhos efetivos em saúde.

Revela-se fundamental na elaboração dos objetivos do estágio, englobar as condições de acesso ao título de especialista nesta área do conhecimento especializado em Enfermagem, pela Ordem dos Enfermeiros.

Neste contexto, é objetivo deste estágio a aquisição de competências no âmbito da intervenção de enfermagem na comunidade, e, este projecto, tem como objetivo geral:

- Prevenir a Incidência de Ulceras de Pressão nos Utentes da ECCI do Cartaxo.

Define-se os seguintes objetivos específicos:

- Sensibilizar para a importância da prevenção das UP;
- Incentivar a equipa multidisciplinar da ECCI para a prevenção de UP;
- Capacitar a família/cuidador na prevenção de UP;
- Sensibilizar a equipa de enfermagem na identificação da pessoa em risco de desenvolver UP;
- Implementar estratégias de promoção e manutenção da integridade cutânea e prevenção de UP;
- Avaliar a eficácia e eficiência do projeto de intervenção.

Este projeto é composto por um capítulo inicial onde é feita a caracterização do ACES Lezíria, caracterização do concelho do Cartaxo, da UCC Cartaxo e da ECCI. Segue-se o enquadramento teórico relativo às úlceras de pressão, referencial teórico de Betty Neuman, a metodologia utilizada, seguido do plano de atividades e terminando com a conclusão.

Para a realização deste documento foram utilizadas as normas de elaboração e apresentação dos trabalhos escritos da ESSS, do Instituto Politécnico de Santarém.

1 – CARACTERIZAÇÃO DO ACES LEZIRIA

Os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) constituem serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias Unidades Funcionais, compostas por um ou mais Centros de Saúde, integradas nas Administrações Regionais de Saúde ou em Unidades Locais de Saúde. Têm “por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica”, e como objetivo “dar estabilidade à organização da prestação de cuidados de saúde primários, permitindo uma gestão rigorosa, equilibrada, ciente das necessidades das populações e, acima de tudo, (...) a melhoria no acesso aos cuidados de saúde” - Decreto-Lei Nº28/2008, de 22 de fevereiro.

O ACES Lezíria situa-se na Lezíria do Tejo. Do ACES Lezíria fazem parte nove concelhos (Almeirim, Alpiarça, Cartaxo, Chamusca, Coruche, Golegã, Rio Maior, Salvaterra de Magos e Santarém). Com uma área de cerca de 3.500 km², engloba 73 freguesias, presta serviços de cuidados a uma população de aproximadamente de 200.000 utentes (ARSLVT 2017)



Figura 1- Concelhos do ACES Lezíria

O ACES Lezíria conta com 552 colaboradores, de diversos grupos profissionais, distribuídos por 24 Unidades Funcionais, sendo que: cinco são Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados; sete são Unidades de Cuidados na Comunidade e 10 são Unidades de Saúde Familiares., uma Unidade de Saúde Pública e uma Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (ARSLVT, 2017).

Dos cerca de 200.000 utentes, 17% não possui médico de família atribuído - 34.316, sendo os concelhos de Salvaterra de Magos, Almeirim e Rio Maior os que têm maior lista de espera (ARSLVT, 2017).

1.1- CARACTERIZAÇÃO DO CONCELHO EM ESTUDO

1.1.1- CONCELHO DO CARTAXO

Descreve-se o concelho do Cartaxo como um dos 21 Concelhos que constituem o Distrito de Santarém. Com uma área aproximada de 158,18 Km², o Concelho do Cartaxo é limitado a Norte pelo Concelho de Santarém, a Sul e a Sudeste pelo Rio Tejo e pelo Concelho de Salvaterra de Magos, a Nascente com os Concelhos de Santarém e Almeirim e a Poente pelo Concelho de Azambuja (UCCCartaxo 2017).

Como resposta ao contexto socioeconómico nacional, em 2013, o município foi alvo de nova reorganização administrativa, enquadrado na Reforma da Administração Local, legislada pela Lei n.º22/2012, e concretizada pela Lei n.º11-A/2013 de 28 de janeiro - Reorganização administrativa do território das freguesias. Este novo quadro legal implicou a redução do número de freguesias, coliminando na reconfiguração do município do Cartaxo em seis novas freguesias, nomeadamente as representadas no quadro seguinte:

Quadro 1 – Freguesias do concelho do Cartaxo (Fonte: CM do Cartaxo)

Freguesias criadas por agregação	Sede	População	Área
União de freguesias Cartaxo e Vale da Pinta	Vale da Pinta	12 665	28,23 km ²
União de freguesias Ereira e Lapa	Ereira	1 836	12,62 km ²
Freguesias			
Pontével	Pontével	4 614	27,84 km ²
Valada	Valada	821	42,17 km ²
Vale da Pedra	Vale da Pedra	1 755	14,1 km ²

Vila Chã de Ourique	Vila Chã de Ourique	2 771	33,22 km ²
---------------------	---------------------	-------	-----------------------

O concelho é atravessado por cerca de 40 km de estradas nacionais que o ligam quer aos grandes centros urbanos de Santarém e Lisboa, quer aos concelhos vizinhos e, cerca de 80 km de estradas municipais.

1.2 - CARATERIZAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DO CARTAXO

A Unidade de Cuidados na Comunidade do Cartaxo, é definida segundo o Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de fevereiro, artº 11, como uma “unidade funcional de prestação de cuidados de saúde, apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física funcional ou de doença, que requeira acompanhamento próximo”.

Pretende contribuir, segundo a UCCCartaxo (2017:8) para a “melhoria do estado de saúde da população do Cartaxo visando a obtenção de ganhos e concorrendo de um modo direto para o cumprimento da missão do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Lezíria” em que se integra.

É dotada de autonomia organizativa técnica e integrada numa lógica de rede com as outras unidades funcionais do ACES Lezíria, sem prejuízo da necessária articulação interinstitucional e intersectorial, indispensável à concretização da sua missão (artigo 2.º do despacho nº 10143/2009, de 16 Abril).

A UCC do Cartaxo é uma organização constituída por uma equipa multidisciplinar. No quadro seguinte identificam-se os profissionais da equipa nuclear da UCC do Cartaxo:

Quadro 3- Equipa nuclear da UCC do Cartaxo

Unidade de Cuidados na Comunidade*	Enfermeira	8
	Fisioterapeuta	1
	Terapeuta Ocupacional	1
	Psicólogo	1
	Serviço Social	1
	Assistente Técnica	2

Tendo como contributo a consolidação de uma “cultura de gestão rigorosa, responsável e transparente no SNS” a ACSS publica os Termos de Referência para a Contratualização de cuidados de saúde no SNS para 2019, o documento base que estabelece o conjunto de orientações destinadas à contratualização nos cuidados de saúde primários, hospitalares e

integrados. Este é o último dos três anos de vigência do contrato-programa do triênio 2017-2019 (ACSS 2018).

As UCC são unidades cujo processo de contratualização se iniciou, no ano de 2016, de forma transversal a nível nacional, necessitando de continuar a ser fortalecido e mais abrangente.

A matriz multidimensional tem como objetivo enumerar a carteira de serviços inerente a esta tipologia de unidades, procurando a uniformização do seu espectro de atuação, bem como na criação de instrumentos conducentes à desejável comparabilidade a nível nacional, promovendo uma orientação harmonizada e com objetivos comuns (ACSS 2018).

De acordo como o Manual de Acolhimento a Novos Profissionais e Estudantes a UCC do Cartaxo disponibiliza a seguinte carteira de serviços (UCCCartaxo 2017).

- Parentalidade – Preparação para o nascimento e Recuperação Pós – parto
- Equipa de Intervenção Precoce na Infância
- Saúde Escolar
- ECCI
- NACJR
- CPCJ
- Rede Social
- NLI/RSI
- Classes de Mobilidade

Associados às dimensões da matriz multidimensional, existem Indicadores com impacto no cálculo do IDG, sustentado pelo Portal BI CSP.

Para cada indicador de desempenho está definido um intervalo esperado e 2 intervalos de variação aceitável, nos seguintes termos:

- Os resultados pertencentes ao intervalo esperado são valorizados com 2 pontos;
- Os resultados pertencentes aos intervalos de variação aceitável são valorizados com 1 ponto;
- Outros resultados são valorizados com 0 pontos.

Elencam-se no quadro seguinte os indicadores referentes à UCC do Cartaxo, consultado no portal BI-CSP, referentes a Maio de 2020:

Quadro 4 – Indicadores UCC Cartaxo.

Designação indicador (+ID)	Hierarquia	Min. A	Min. E	Máx. E	Máx. A	Resultado	Score
279 - Proporção VD enfermagem fim-de-semana e feriado	Distribuição	6,00	10,00	30,00	30,00	11,021	2
280 - Proporção ute. aval. equi. multip. prim. 48h	Tempos M	60,00	80,00	100,00	100,00	66,197	1
281 - Número médio visitas domic. por utente, por mês	Distribuição	9,00	12,00	31,00	31,00	10,053	1
282 - Proporção de turmas abrangidas p/ P. N. S. Escolar	Cobertura	20,00	45,00	100,00	100,00	49,248	2
283 - Proporção crian./jov. c/ NSE c/ interv. S. Escolar	Saúde Escc	15,00	35,00	100,00	100,00	27,380	1
284 - Propor. uten. c/ alta ECCI c/ objet. atingidos	ECCI	60,00	70,00	100,00	100,00	85,915	2
285 - Taxa de efetivid. na prevenção de úlceras pressão	ECCI	85,00	93,00	100,00	100,00	91,304	1
287 - Taxa incidência de úlcera pressão na ECCI	ECCI	0,00	0,00	5,00	9,00	8,450	1
289 - Proporção utentes c/ ganhos no controlo da dor	ECCI	50,00	65,00	100,00	100,00	65,354	2
290 - Propor. utentes c/ melhoria "depend. autocuid."	ECCI	45,00	60,00	100,00	100,00	62,295	2
291 - Proporção utentes integrados ECCI c/ intern. hosp.	ECCI	0,00	0,00	10,00	15,00	1,408	2
292 - Taxa de ocupação da ECCI	Cobertura	70,00	80,00	100,00	100,00	57,509	0
293 - Tempo médio de permanência em ECCI	ECCI	15,00	30,00	120,00	150,00	105,507	2
329 - Taxa de resolução da ineficácia/compromisso na GRT	Doença Cr	40,00	60,00	100,00	100,00	47,368	1
366 - Proporção de grávidas com intervenção da UCC	Cobertura	20,00	35,00	100,00	100,00	51,219	2
367 - Proporção utentes c/ ganhos no controlo da dor	Abordager	45,00	65,00	100,00	100,00	66,666	2
368 - Proporção de crianças e jovens com interv. da UCC	Cobertura	15,00	35,00	100,00	100,00	42,767	2
369 - Proporção de consultas não presenciais na UCC	Distribuição	9,00	12,00	25,00	25,00	35,047	0
373 - Prop. utentes c/ asma/DPOC e intervenção na UCC	Cobertura	6,00	13,00	100,00	100,00	11,011	1
375 - Proporção de RN de termo, de baixo peso	Saúde Rep	0,00	0,00	3,00	5,00	3,076	1
376 - Prop. utentes c/ ganho gestão stress prest. cuid.	Saúde Mer	20,00	50,00	100,00	100,00	5,263	0
377 - Proporção úlceras pressão melhoradas	ECCI	15,00	30,00	100,00	100,00	46,875	2
387 - Proporção de utentes com melhorias funcionais	Reabilitaçã	45,00	70,00	100,00	100,00	63,333	1
388 - Prop. utentes c/ melhoria no controlo de sintomas	Abordager	40,00	65,00	100,00	100,00	40,000	1
62 - Propor. crianças 1A, c/ aleit. mat. exclus. até 4M	Saúde Rep	48,00	60,00	100,00	100,00	63,157	2

Sendo grande abrangência da intervenção da UCC do Cartaxo, foi proposto a realização do projeto de intervenção comunitária na ECCI do Cartaxo.

1.2.1- ECCI DO CARTAXO

A gestão pública da terceira idade desenvolve-se, atualmente, nas instituições tradicionais, nomeadamente as misericórdias e diversas outras organizações. Fernandes (1997) refere que somente após da década de 70, as instituições começam a ser conduzidas no sentido da prevenção da dependência e da integração das pessoas idosas na comunidade, tendo em conta as novas políticas internacionais.

Neste sentido, a partir da década de 70, surgiu uma nova política que preconiza a continuação dos idosos no seu domicílio, criando condições para que possam aí permanecer, integrados socialmente, partindo do pressuposto de que é possível retardar o envelhecimento (físico e mental) através de diferentes atividades culturais, recreativas e desportivas. Para além disso, também veicula uma representação de velhice diferente da velhice dos asilos, ou seja, uma velhice autónoma e ativa (Martins. 2012).

No entanto, para colmatar a dependência física da pessoa idosa de um familiar (cuidador informal), poucas foram as estratégias eficazes para tornar capaz o cuidador na sua função, conduzindo a hospitalizações recorrentes da pessoa idosa e o isolamento social do cuidador.

A 6 de junho de 2006, foi publicado o Decreto-Lei nº101/2006, que cria a RNCCI, sob jurisdição partilhada entre o Ministério da Saúde e o Ministério do Trabalho e Segurança Social,

com o objectivo de colmatar as necessidades da pessoa idosa dependente e seu cuidador informal.

Neste âmbito, ciente de que a RNCCI é da responsabilidade partilhada de dois ministérios, da Saúde e da Segurança Social, a mesma partilha de responsabilidade foi implementada na gestão e prestação de cuidados ao utente e cuidador, no sentido que toda a avaliação das necessidades e conseqüente processo de cuidados devem ter uma intervenção multidisciplinar.

A RNCCI tem como objectivo geral “a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência” (Decreto-Lei nº101/2006), procurando responder às novas necessidades de saúde e sociais, que visam satisfazer o incremento esperado da procura por parte de pessoas idosas com dependência funcional, de doentes com patologia crónica múltipla e de pessoas com doença incurável em estado avançado e em fase final de vida, através da promoção do reforço das capacidades e competências das famílias para lidar com essas situações, nomeadamente no que concerne à conciliação das obrigações da vida profissional com o acompanhamento familiar.

Os objectivos dos cuidados são diferenciados, tendo em conta as necessidades específicas da unidade familiar. Neste sentido, a RNCCI encontra-se dividida por unidades de internamento e de ambulatório. As unidades de ambulatório são constituídas pelas equipas de cuidados continuados integrados e pelas equipas comunitárias de suporte de cuidados paliativos; as unidades de internamento são constituídas por 5 tipologias: Unidades de Convalescência (UC); Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR); Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM) e Unidades de Cuidados Paliativos (UCP) e as Unidades de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental (UCSM).

As Equipas de Cuidados Continuados Integrados são da responsabilidade das Unidades de Cuidados na Comunidade dos ACES (Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de fevereiro). Estas equipas multidisciplinares prestam cuidados centrados na reabilitação, readaptação, manutenção e conforto, a pessoas em situação de dependência funcional transitória ou prolongada, doença terminal ou processo de convalescência, que não se podem deslocar de forma autónoma. (Portaria nº50/2017 dos Ministérios da Saúde e do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social).

De acordo com a Portaria nº 50/2017 dos Ministérios da Saúde e do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social a ECCI “presta cuidados centrados na reabilitação, readaptação, manutenção e conforto, a pessoas em situação de dependência, doença terminal, ou em processo de convalescência, cuja situação não requer internamento, mas que não podem deslocar-se de forma autónoma”, tem assim como objectivo: “garantir à pessoa a prestação dos cuidados de saúde, de reabilitação, de manutenção, de natureza paliativa e de apoio psicossocial adequados, promovendo o envolvimento dos familiares ou dos cuidadores informais” visando a promoção da

autonomia e garantindo a capacitação dos familiares ou dos cuidadores informais, assegurar apoio psicológico e emocional e paliativo, bem como o apoio e a capacitação no desempenho das atividades básicas e instrumentais da vida diária. Preferencialmente, deverá ser designado um enfermeiro, como gestor de caso.

A ECCI do Cartaxo dirige a sua intervenção a pessoas em situação de dependência, que necessitam de cuidados continuados de saúde e de apoio social, de natureza preventiva, reabilitadora ou paliativa, incluindo os cuidadores informais. Foram contratualizadas 35 vagas na ECCI para população do concelho do Cartaxo. Esta equipa assegura a prestação de cuidados, todos os dias do ano, no horário de funcionamento das 8 às 18 horas nos dias úteis e, conforme as necessidades, aos fins-de-semana e feriados, das 9 às 14 horas (UCCCartaxo 2017).

Elencam-se no quadro seguinte os indicadores disponíveis à data de consulta, referentes à ECCI do Cartaxo, consultado no portal BI-CSP, referentes a Maio de 2020:

Quadro 5 – Indicadores ECCI Cartaxo

Designação Indicador (+ID)	Hierarq	Min. A	Min. E	Máx. E	Máx. A	Resulta	Score
284 - Propor. uten. c/ alta ECCI c/ objet. atingidos	ECCI	60,00	70,00	100,00	100,00	85,915	2
285 - Taxa de efetivid. na prevenção de úlceras pressão	ECCI	85,00	93,00	100,00	100,00	91,304	1
287 - Taxa incidência de úlcera pressão na ECCI	ECCI	0,00	0,00	5,00	9,00	8,450	1
289 - Proporção utentes c/ ganhos no controlo da dor	ECCI	50,00	65,00	100,00	100,00	65,354	2
290 - Propor. utentes c/ melhoria "depend. autocuid."	ECCI	45,00	60,00	100,00	100,00	62,295	2
291 - Proporção utentes integrados ECCI c/ intern. hosp.	ECCI	0,00	0,00	10,00	15,00	1,408	2
293 - Tempo médio de permanência em ECCI	ECCI	15,00	30,00	120,00	150,00	105,507	2
377 - Proporção úlceras pressão melhoradas	ECCI	15,00	30,00	100,00	100,00	46,875	2

Constata-se que existe um score de 1 em dois indicadores da ECCI do cartaxo, nomeadamente:

- 285-Taxa de efetividade na prevenção de úlceras de pressão
- 287- Taxa de incidência de úlceras de pressão na ECCI.

Neste sentido, este projeto de intervenção comunitário incidirá sobre a problemática da incidência de ulceras de pressão e a sua prevenção em contexto da ECCI.

2- PROBLEMATICA E ENQUADRAMENTO

Na comunidade, ao longo dos anos, têm existido alterações no perfil demográfico, refletindo-se em novas e evolutivas necessidades de saúde. Neste sentido, e de acordo com o regulamento 428/2018 da OE, realça-se o fulcral papel do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e saúde pública, cujo foco de intervenção é a comunidade capacitada e informada sobre as suas necessidades de saúde.

Assim, através da experiência clínica e através da aquisição de competências específicas, o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e saúde pública assume destaque na compreensão dos seus utentes (quer na sua forma individual, quer coletiva, em menores ou maior grupos), traduzindo-se em ganhos em saúde.

Segundo o mesmo regulamento, as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública são:

- a) Estabelecer, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade
- b) Contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades;
- c) Integrar a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde.
- d) Realizar e cooperar na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, criado pelo Despacho nº 1400-A/2015, de 10 de fevereiro, Integrado na Estratégia Nacional para a Qualidade da Saúde, é coordenado pelo Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde. Contempla as recomendações do Conselho da União Europeia, sobre a segurança dos doentes, assenta numa política pública de prevenção de incidentes de segurança associados à prestação de cuidados de saúde no âmbito do SNS.

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes é um instrumento de apoio à gestão e aos prestadores de cuidados, visando um processo de melhoria contínua da qualidade e aplicação de boas práticas de segurança, sendo da responsabilidade de cada unidade de prestação de cuidados de saúde, a sua implementação. A segurança, sendo um elemento indispensável na qualidade em saúde, possibilita fomentar a confiança nos cuidados prestados.

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, visa atingir os seguintes objetivos estratégicos:

1. Aumentar a cultura de segurança do ambiente interno;
2. Aumentar a segurança da comunicação;
3. Aumentar a segurança cirúrgica;
4. Aumentar a segurança na utilização da medicação;
5. Assegurar a identificação inequívoca dos doentes;
6. Prevenir a ocorrência de quedas;
7. **Prevenir a ocorrência de úlceras de pressão;**
8. Assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes;
9. Prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos.

De modo a cumprir com os objetivos acima identificados, as Comissões da Qualidade e Segurança dos hospitais e agrupamentos de centros de saúde são obrigadas a inscreverem nos seus planos de ação anuais, atividades que potenciem o alcançar dos objetivos estratégicos definidos no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020.

No quadro seguinte, estão esplanadas as ações e metas para o objetivo estratégico número sete, “prevenir a ocorrência de úlceras de pressão”, que é parte integrante do mesmo documento:

Quadro 6 - Ações e metas para Prevenir a ocorrência de úlceras de pressão

OBJETIVO ESTRATÉGICO	AÇÕES	METAS PARA O FINAL DE 2020
7 - PREVENIR A OCORRÊNCIA DE ÚLCERAS DE PRESSÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Publicar Norma. • Implementar práticas para avaliar, prevenir e tratar úlceras de pressão. • Auditar, semestralmente, as práticas para a avaliação, prevenção e tratamento de úlceras de pressão. 	<p>1) 95% das instituições prestadoras de cuidados de saúde implementaram práticas para avaliar, prevenir e tratar úlceras de pressão.</p> <p>2) Reduzir em 50% face a 2014 o número de úlceras de pressão adquiridas nas instituições do Serviço Nacional de Saúde ou com ele convencionado.</p>

2.1- ÚLCERAS DE PRESSÃO

A EPUAP & NPUAP& PPIA, (2014:13) classifica UP como “uma lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea, em resultado da pressão ou de uma combinação entre esta e forças de torção”. São divididas pelas seguintes categorias:

- Categoria/grau I: Eritema não branqueável;
- Categoria/grau II: Perda parcial da espessura da pele;

- Categoria/grau III: Perda total da espessura da pele;
- Categoria/grau IV: Perda total da espessura dos tecidos

Segundo a orientação nº17/2011 da DGS, cerca de 95% das úlceras de pressão são evitáveis; neste sentido e tendo como objetivo final a qualidade da prestação de cuidados, é necessária uma intervenção prioritária no que concerne aos fatores de risco e etiologia, avaliação do risco, caracterização das úlceras de pressão e registos.

Na vanguarda desta problemática, responsáveis pela criação e desenvolvimento de Guidelines internacionais para a prevenção e tratamento de UP estão a American National Pressure Ulcer Advisor Panel (NPUAP- grupo norte americano), o European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP - grupo europeu) e a Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA).

Ramos, (2013:15) refere que

“Os dados epidemiológicos sobre úlceras de pressão em Portugal traduzem-se num indicador de qualidade dos cuidados de saúde prestados e estão sobretudo centrados nos cuidados de saúde diferenciados e demonstram que formam um problema de saúde pública em Portugal”, assim, “o desafio é a intervenção no âmbito da promoção da saúde podendo-se assim, associar como uma dimensão na área dos cuidados especializados em Enfermagem Comunitária” (Ramos, 2013:15).

Este projeto tem o seu foco nos utentes e cuidadores integrados na ECCI do Cartaxo, mas estas recomendações, para a prevenção de UP são aplicáveis a todas as pessoas vulneráveis (EPUAP & NPUAP& PPPIA, 2014):

Avaliação do risco:

“Recomenda a realização precoce de uma avaliação estruturada do risco. Utilizar uma abordagem estruturada da avaliação do risco que inclua uma avaliação da atividade/mobilidade e a condição da pele. Se forem selecionados instrumentos de avaliação do risco para a abordagem estruturada da avaliação do risco, a utilização de fatores adicionais (por exemplo, a perfusão, a condição da pele e outros riscos relevantes) deve ser considerada como parte de uma avaliação completa do risco. O juízo clínico é essencial Independentemente da forma como a avaliação de risco estiver estruturada” (EPUAP & NPUAP& PPPIA, 2014:15).

A Orientação DGS nº 17/2011 recomenda o uso da Escala de Braden e do Instrumento de Avaliação da Pele, bem como a implementação de Protocolos Preventivos em cada instituição segundo a realidade institucional, sendo elaborados segundo o nível de risco, traduzindo-se na elaboração de um manual de apoio ao cuidador e família (DGS, 2011).

Cuidados à pele:

“Garantir que uma avaliação completa da pele é parte integrante da política de rastreio de avaliação do risco implementada. Dever-se-á Inspeccionar a pele quanto a áreas de eritema em indivíduos que foram identificados como estando em risco de desenvolver úlceras por pressão A avaliação contínua da pele é essencial para a detecção precoce de danos causados por pressão, especialmente sobre proeminências ósseas. Sempre que possível, evitar posicionar o indivíduo numa superfície corporal que esteja ruborizada; Manter a pele limpa e seca; Não massajar nem esfregar vigorosamente a pele que esteja em risco de desenvolver úlceras por pressão; Desenvolver e implementar um plano individualizado de tratamento da incontinência; Proteger a pele da exposição à humidade excessiva através do uso de produtos barreira de forma a reduzir o risco de danos de pressão; Considerar a utilização de emolientes para hidratar a pele seca, a fim de reduzir o risco de dano da pele” (EPUAP & NPUAP& PPIIA, 2014:17).

Nutrição para a prevenção das UP:

“O rastreio nutricional é o processo utilizado para identificar os indivíduos que necessitam de uma avaliação completa do seu estado nutricional devido às características que os colocam em potencial risco nutricional. Qualquer membro qualificado da equipa de saúde pode realizar o rastreio do estado nutricional, sendo este um procedimento a realizar no momento da admissão na instituição de saúde ou durante a primeira consulta em contexto comunitário. Utilizar um instrumento de rastreio nutricional válido e fiável para determinar o risco nutricional. Encaminhar os indivíduos identificados como estando em risco de desnutrição ou com úlceras por pressão para um nutricionista ou uma equipa nutricional multidisciplinar com vista a uma avaliação nutricional completa” (EPUAP & NPUAP& PPIIA, 2014:21).

Reposicionamento para a prevenção das UP:

“O reposicionamento visa reduzir a duração e a magnitude da pressão exercida sobre áreas vulneráveis do corpo e contribuir para o conforto, a higiene, a dignidade e a capacidade funcional do indivíduo. Determinar a frequência do reposicionamento tendo em conta os seguintes aspetos do indivíduo: tolerância tecidual, nível de atividade e mobilidade, condição clínica geral, objetivos gerais do tratamento, condição da pele, conforto. Estabelecer planos de reposicionamento onde constem a frequência e a duração da alternância dos posicionamentos. Reposicionar o indivíduo de tal forma que a pressão seja aliviada ou redistribuída. Evitar posicionar o indivíduo sobre proeminências ósseas que apresentem eritema não branqueável. Evitar sujeitar a pele à pressão ou a forças de cisalhamento. Evitar posicionar o indivíduo em contacto direto com dispositivos médicos, tais como tubos, sistemas de drenagem ou outros objetos estranhos. Não deixar o indivíduo numa arrastadeira mais tempo do que o necessário. Alguns indivíduos não podem ser reposicionados com regularidade devido à sua condição clínica. Nesses casos, poderá ter de ser considerada uma estratégia de prevenção alternativa, tal como a disponibilização de um colchão ou de uma cama de alta especificidade” (EPUAP & NPUAP& PPIIA 2014:25).

Uso de Superfícies de Apoio:

“Os fatores de risco das úlceras por pressão variam de pessoa para pessoa. As superfícies de apoio são dispositivos especializados de redistribuição da pressão concebidos para gerir as cargas teciduais, o microclima e/ou outras funções terapêuticas (ou seja, colchões, sistema integrado na cama, substituição de colchões, colchões de sobreposição, almofadas de assento ou sobreposições de almofadas de assento). As superfícies de apoio devem ser escolhidas de forma individual dependendo das necessidades de redistribuição da pressão e de outras funções terapêuticas do indivíduo” (EPUAP & NPUAP& PPIIA 2014:31).

Neste sentido, segundo Bento (2014:18) “o enfermeiro deve adquirir competências para precocemente despistar situações de risco e proteger a pessoa e família que cuida, mas também ter a iniciativa de procurar formação atualizada, fomentar ambientes promotores à autoformação, formação dos pares e formação da pessoa idosa em risco de desenvolver UP e família”.

Torna-se assim, de extrema importância a prevenção das úlceras de pressão, e a mesma pode ser feita através da avaliação do seu risco de desenvolvimento de forma atempada e eficaz. Para isso, é necessário o conhecimento epidemiológico, de incidência e prevalência das úlceras de pressão, assim como dos diversos fatores que potenciam o seu aparecimento. Neste âmbito, através da adoção de intervenções sustentadas na evidência, como a existência de protocolos, com consequente melhoria dos cuidados da intervenção multidisciplinar.

O facto de esta ser uma complicação comum, evitável, dispendiosa e ter custos económicos e sociais elevados tanto para os doentes, prestadores de cuidados como para a sociedade, evidencia a importância do desenvolvimento de úlceras de pressão como indicador de resultado (Morison, 2004).

Neste sentido, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, deve conhecer as pessoas da comunidade em que estão inseridas e despistar precocemente os seus riscos, implementando medidas preventivas e promovendo a sua saúde (Código Deontológico do Enfermeiro- Artigo 80.º- Do dever para com a comunidade) (OE, 2005).

3 - REFERENCIAL TEÓRICO DE BETTY NEUMAN

Segundo Freese (2004) o modelo de Neuman tem por base de desenvolvimento a teoria geral dos sistemas e assume a natureza dos organismos vivos enquanto sistemas abertos.

De acordo com Neuman (1995) o seu modelo distancia-se do modelo tradicional focado na doença, abrangendo os cuidados prestados com a pessoa, enquanto indivíduo, grupo e comunidade, sendo dinâmico e amplo.

Neuman (1995) considera que este modelo possa ser mobilizado por qualquer profissional ligado à área da saúde, incentivando uma abordagem interdisciplinar sugerindo também a participação alargada por parte dos Enfermeiros.

Reforça que a profissão de Enfermagem é única e baseia-se na pessoa como um todo, que valoriza todas as variáveis que influenciam a resposta do cliente face aos agentes de stress. (Neuman, B., 1982, e Bowman, A., 1997, citados em Freese, 2004). O diagnóstico de enfermagem fundamenta o problema identificado, levando o enfermeiro e o utente a atuarem em conjunto no sentido de resolver uma necessidade de cuidados de saúde.

Este modelo assenta em quatro conceitos fundamentais: Pessoa, Ambiente, Saúde e Enfermagem. A Pessoa enquanto cliente, é visto como um sistema aberto, em constante interação com o Ambiente. Assim a procura da estabilidade do sistema/cliente, torna-se o objetivo principal da enfermagem.

Este sistema/cliente é visto como um todo, e, desta forma, não só as experiências atuais e passadas estão incluídas, bem como todas as variáveis do ser humano (bio-psico-sociais e espirituais). Ainda como sistema aberto, interage com o ambiente ajustando-o, se necessário, às suas necessidades, adaptando os seus comportamentos.

O conceito de Ambiente refere-se para além dos contextos externos, aos contextos internos. Este modelo foca a importância conceptual do stress enquanto força ambiental e potenciador de tensão, aumentando a necessidade de adaptação e ajuste aos novos problemas e situações.

A pessoa está sujeita a inúmeros stressores (inter, intra e extrapessoais), no decorrer do seu ciclo de vida. Os stressores provocam um desequilíbrio da harmonia, obrigando a uma resposta. Numa base holística, considerando a individualidade da pessoa e de acordo com a eficácia das suas linhas de defesa, estes stressores variam de cliente para cliente.

Com o objetivo de elaborar um Diagnóstico de Enfermagem compreensivo, os fatores de stress ao serem percebidos devem ser articulados com as percepções do prestador de cuidados.

Enquanto intervenção, Neuman considera que a prevenção representa uma dinâmica nos cuidados de enfermagem, necessária a auxiliar o cliente a atingir e/ou manter a estabilidade do seu sistema, devendo estabelecer o seu ponto de entrada num sistema de cuidados de saúde.

Na Prevenção Primária, perante os stressores, há um reforçar da linha flexível de defesa, evitando ou reduzindo a reacção. Na Prevenção secundária, o agente de stress penetra a linha normal de defesa, o que pode provocar reacção, nomeadamente sintomas de stress. Neste sentido, para se reduzir a reacção, as linhas de resistência são reforçadas. Uma intervenção que se pode iniciar em qualquer momento da reconstituição, concentrando a sua atenção no reajustamento e estabilidade ótima do sistema do cliente, é considerada Prevenção terciária.

Neuman considera decisivo, apesar de existirem estas três modalidades de prevenção/intervenção, que a intervenção do enfermeiro se foque na prevenção primária, de forma a prevenir a doença e a promover a saúde.

Neuman considera que a maior preocupação do enfermeiro é manter o sistema estável, minimizando os impactos que os stressores provocam, tendo sempre como objectivo a promoção da saúde e máximo bem-estar (Neuman, 1995).

Assim, é fundamental que os enfermeiros possuam, no que concerne ao ensino e aprendizagem, um amplo conjunto de conhecimentos, técnicas e competências (Pearson e Vaughan, 1992).

Nesse sentido, será orientada a intervenção na ECCI do Cartaxo, com base nos princípios da Prevenção primária.

4 – METODOLOGIA

Tendo impacto direto na melhoria da prática profissional, a intervenção revela-se de especial importância para o desenvolvimento do conhecimento de uma disciplina.

A metodologia designa os meios que, no processo de investigação, orientam o investigador. Os métodos de investigação são um meio para chegar ao conhecimento, valorizando mais o processo em detrimento dos resultados (Bisquerra, 1989; Coutinho, 2014). Assim, com o objetivo de criar conhecimento científico, a metodologia utilizada pretende comparar o material investigado com os dados recolhidos.

No presente capítulo pretende-se elucidar o percurso e as decisões metodológicas tomadas para a realização do presente projeto de intervenção em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública.

4.1 - PLANEAMENTO EM SAÚDE

O planeamento em saúde traduz-se numa gestão racional do uso dos escassos recursos, tendo como objetivo o cumprimento de metas definidas que levem à diminuição dos problemas de saúde considerados prioritários. Este utiliza a identificação atempada dos problemas da comunidade, tendo como objetivo a mudança do seu comportamento e modos de vida, favorecendo a utilização adequada dos serviços de saúde. O planeamento requer a organização e conjugação de esforços provenientes das diferentes áreas socioeconómicas. (Imperatori e Giraldes, 1993).

Tavares (1990:29) define o planeamento em saúde como sendo

“um processo de previsão de recursos e de serviços necessários, para atingir objetivos determinados segundo a ordem de prioridade estabelecida, permitindo escolher a (s) solução (ões) ótima (s) entre várias alternativas. Essas escolhas tomam em consideração os constrangimentos atuais ou previsíveis no futuro”(Tavares 1990:29).

Para este autor, o planeamento em saúde possibilita suplantir uma das preocupações fundamentais do economista da saúde, na medida em que melhora a distribuição de recursos e cria estratégias que beneficiam toda a população, resolvendo os conflitos entre equidade e eficiência, redistribuindo de forma justa os recursos existentes.

Imperatori e Giraldes (1993) indicam as seguintes fases como sendo as principais do planeamento em saúde: diagnóstico da situação; definição de prioridades; fixação de

objetivos; seleção de estratégias; elaboração de programas e projetos; preparação da execução e avaliação.

O diagnóstico da situação é a primeira fase neste processo de planejamento, onde são identificadas as necessidades de saúde da população. Segundo Imperatori e Giraldes (1993:43), “ (...) só a partir da definição do diagnóstico é que será possível começar a atuação”.

Segundo estes autores, a etapa seguinte, a definição de prioridade, surge em consequência da delimitação dos problemas de saúde da área, e é determinada pela qualidade e pelo rigor do diagnóstico, já que é necessário, primeiramente, definir os problemas de saúde da área e só depois trabalhar na escolha de prioridades.

Assim, após o diagnóstico concluído e os problemas de saúde identificados, deverá proceder-se a hierarquização e a definição das prioridades, tratando-se portanto, de um processo de tomada de decisão (Tavares, 1990).

Segundo Imperatori e Giraldes (1993:77), “realizado o diagnóstico da situação e definidos os problemas prioritários, haverá que proceder à fixação dos objetivos a atingir em relação a cada um desses problemas num determinado período de tempo”. Nesta fase e segundo os mesmos autores, temos quatro aspetos a considerar: “a seleção de indicadores dos problemas de saúde prioritários; a determinação da tendência dos problemas definidos como prioritários; a fixação dos objetivos a atingir a médio prazo; a tradução dos objetivos em objetivos operacionais ou metas”.

Para atingir os objetivos definidos “é necessária a seleção de estratégias, sendo esta a quarta fase do planejamento em saúde. É uma das etapas fundamentais num processo de planejamento. Nesta fase pretende-se conceber qual o processo mais adequado para reduzir os problemas de saúde prioritários” (Imperatori e Giraldes, 1993:87).

A etapa da seleção de estratégias requer um estudo mais minucioso, pois é necessária a revisão das metas fixadas ou porque a falta de recursos humanos, financeiros, materiais e temporais assim o obriga.

Na sequência da etapa anterior, surge a fase da elaboração de programas e projetos que segundo Imperatori e Giraldes (1993), se divide na elaboração de programas, que consiste num conjunto de atividades que veiculam recursos humanos, financeiros e materiais de modo a executar, parcial ou totalmente, uma determinada estratégia; e na elaboração de projetos, que se traduz numa atividade que se desenrola num intervalo de tempo bem determinado e que visa obter um resultado, contribuindo para a execução de um programa. A característica fundamental que diferencia um programa de um projeto é que, o programa se desenvolve de forma contínua ao longo do tempo e o projeto decorre num período de tempo bem delimitado.

Seguidamente, surge a fase de preparação da execução, na qual se particulariza a responsabilidade da mesma, indicando a calendarização e o cronograma do projeto.

A última fase do processo, a avaliação, há que comparar os resultados obtidos com os objetivos propostos inicialmente, com o objetivo de corrigir ou melhorar o planeamento. Segundo Imperatori e Giraldes (1993:173), “avaliar é sempre comparar algo com um padrão ou modelo e implica uma finalidade operativa que é corrigir ou melhorar”.

Terminada a avaliação, e sendo o planeamento um processo dinâmico e contínuo, deve-se voltar à fase inicial do planeamento, atualizando o diagnóstico da situação, melhorando a informação disponível (Imperatori e Giraldes, 1993).

Assim, o processo de avaliação tem como propósito, a utilização de forma sistemática da experiência, com o objetivo de melhorar uma atividade em curso e planificá-la de modo eficaz, tendo em vista as consequências na saúde dos utentes e a sua satisfação.

O enfermeiro, ao aplicar o planeamento em saúde está a contribuir para a investigação e a afirmação da Enfermagem, dando o seu contributo na evolução científica, o que vai ao encontro do que refere Fortin, (1999:29) todos enfermeiros têm a “responsabilidade de participar no desenvolvimento do conhecimento (...) e na sua utilização na prática”

4.1.1 – Diagnostico de situação e Pertinência do estudo

No âmbito da Enfermagem Comunitária, as principais fontes de informação para a avaliação dos programas são, segundo Stanhope e Lencaster (2011), os respetivos clientes; os relatórios; os registos e os índices comunitários ou indicadores de saúde e doença.

A opinião de profissionais que trabalham na mesma comunidade ou inseridos nela, tornam-se testemunhos privilegiados, constituindo-se assim, num recurso importante para a obtenção dos objetivos da UCC.

Os valores de incidência e prevalência de UP “em diferentes contextos de trabalho são indicadores de saúde utilizados pela OMS e o facto de serem consideradas indicadores de qualidade dos cuidados, justificam por si só este projeto” de intervenção (Louro, Ferreira & Póvoa, 2007 citado por Bento, 2014:20).

A Direção Geral de Saúde refere que em Portugal as UP “são um problema de saúde pública e um indicador da qualidade dos cuidados prestados” (DGS, 2011:2).

A melhoria contínua dos indicadores, são uma prioridade para a Coordenação da UCC do Cartaxo, estando identificados pela mesma, os indicadores que necessitam de intervenção prioritária.

Constata-se que existe um score de 1 em dois indicadores da ECCI do cartaxo, sendo uma necessidade identificada a intervenção nestes indicadores, nomeadamente:

- 285-Taxa de efetividade na prevenção de úlceras de pressão
- 287- Taxa de incidência de úlceras de pressão na ECCI.

Apesar da sustentação da intervenção ao longo do desenvolvimento deste trabalho estar assente no modelo teórico de Betty Neuman, a elaboração dos diagnósticos foi efetuada pela CIPE, uma vez que atualmente no SNS é a linguagem utilizada pelos profissionais de saúde, permitindo assim uma melhor perceção na sua leitura.

Os diagnósticos de enfermagem elaborados foram:

- Diagnóstico 1 - Risco de úlcera de Pressão
- Diagnóstico 2 - Conhecimento sobre o processo de mudança de comportamento comprometido

O diagnóstico 2 teve por base a necessidade de intervenção à equipa da ECCI, por se ter constatado que não havia instituído um protocolo de atuação no âmbito das UP.

Neste sentido, a intervenção comunitária incidirá sobre a problemática da incidência de úlceras de pressão e na implementação de estratégias para a sua prevenção em contexto da ECCI.

4.1.2 – Fixação de Objetivos e Prioridades

Constituindo uma etapa fundamental do planeamento em saúde, o processo de estabelecimento de prioridades permite identificar, num determinado momento, os problemas prioritários a intervir numa determinada comunidade. Assim, tendo em conta os diagnósticos elaborados, entende-se ser prioritária a intervenção em estratégias de prevenção face ao risco de úlcera de pressão. Não foi necessária a priorização face aos diagnósticos e objetivos estipulados dado que é possível intervir nos dois simultaneamente, uma vez que se complementam.

Neste sentido, e delineada a finalidade, é indispensável o enunciado dos objetivos do estudo, os quais indicam a direção da investigação (Fortin, 2009).

Segundo Fortin (2009:160) objetivo é “um enunciado que indica claramente o que o investigador tem intenção de fazer no decurso do estudo”. Só é possível proceder a uma avaliação da intervenção, mediante uma apropriada definição de objetivos (Imperatori & Giraldes, 1993).

Na formulação dos objetivos, é importante considerar que estes deverão ser pertinentes, precisos, realizáveis e mensuráveis (Tavares, 1990).

Neste sentido, define-se como objetivo geral:

- Prevenir a Incidência de Ulceras de Pressão nos Utentes da ECCI do Cartaxo.

Define-se os seguintes objetivos específicos:

- Sensibilizar para a importância da prevenção das UP;
- Incentivar a equipa multidisciplinar da ECCI para a prevenção de UP;
- Capacitar a família/cuidador na prevenção de UP;
- Sensibilizar a equipa de enfermagem na identificação da pessoa em risco de desenvolver UP
- Implementar estratégias de promoção e manutenção da integridade cutânea e prevenção de UP
- Avaliar a eficácia e eficiência do projeto de intervenção

4.1.3 – Seleção de Estratégias

Através da definição de formas de atuação (Tavares, 1990), a etapa da seleção de estratégias é onde se define o processo que mais se adequa à redução dos problemas de saúde prioritários (Imperatori & Giraldes, 1993).

Para fundamentar as intervenções a realizar no projeto, proceder-se-á à averiguação da melhor evidência científica com recurso a uma Scoping Review.

Melo (2020:28) refere que “A estratégia de intervenção é um passo fulcral no sucesso de um programa ou projeto de intervenção comunitária.”

Neste sentido, foi elaborado o seguinte plano de acção, com vista à implementação de estratégias de intervenção, decorrentes dos objetivos traçados face ao diagnóstico de enfermagem comunitária identificado.

5-PLANO DE ACÇÃO**População Alvo:** Utentes da ECCI do Cartaxo**Objetivo Geral:** Prevenir a Incidência de Ulceras de Pressão nos Utentes da ECCI do Cartaxo.

UNIDADES DE COMPETÊNCIA	OBJECTIVOS ESPECIFICOS	ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO	LOCAL	RECURSOS	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
G2 Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades G1.4.6 Promove o trabalho em parceria no sentido de garantir uma maior eficácia das intervenções G1.4. Estabelece programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas	Sensibilizar para a importância da prevenção das UP;	Elaboração de um projeto de intervenção;	UCC Cartaxo	Enf ^o . Tiago Barbosa; Enf ^a Coordenadora da UCC Corina Freire Enfermeiros da UCC;	Taxa de realização das sessões Taxa de participação das sessões;
	Incentivar a equipa multidisciplinar da ECCI para a prevenção de UP;	Apresentação do projeto à Enf ^a Coordenadora da UCC, Enf ^a Corina Freire à Professora Doutora Irene Santos.			
	Sensibilizar a equipa de enfermagem na identificação da pessoa em risco de desenvolver UP	Apresentação do projeto a todos os elementos da ECCI;			
	Capacitar a família/cuidador na prevenção de UP	Realizar ações de informação à equipa da ECCi, sobre:			
	Implementar estratégias de promoção e manutenção da	-Avaliação do risco -Cuidados à pele -Nutrição para a prevenção das UP -Uso de Superfícies de Apoio -Reposicionamento para a prevenção das UP -Importância do registo como			

<p>identificados</p> <p>G1.3 Formula objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas</p>	<p>integridade cutânea e prevenção de UP</p>	<p>indicador de ganhos em saúde (BI de Indicadores)</p> <p>Realizar ações de informação, aos utentes e cuidadores da ECCL, sobre:</p> <p>Avaliação do risco</p> <p>Cuidados à pele</p> <p>Nutrição para a prevenção das UP</p> <p>Uso de Superfícies de Apoio</p> <p>Reposicionamento para a prevenção das UP</p> <p>(nota: dada a atual pandemia de COVID-19, que restringe ao mínimo o número de contactos, será desenvolvido um folheto com a informação, que será entregue ao cuidador)</p>			
<p>G2.3. Procede à gestão da informação em saúde aos</p>	<p>Avaliar a eficácia e eficiência do projeto de intervenção</p>	<p>Realização de reuniões com os profissionais</p>	<p>UCC Cartaxo</p>		<p>Taxa de folhetos entregues.</p>

<p>grupos e comunidade</p> <p>G1.5. Avalia programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados</p>					<p>SCORE dos Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 285-Taxa de efetividade na prevenção de úlceras de pressão • 287- Taxa de incidência de úlceras de pressão na ECCI. <p>(Publicados no portal https://bicsp.min-saude.pt/)</p>
--	--	--	--	--	--

6-CONCLUSÃO

Resultado de um percurso que se pretende que seja de aprendizagem e de intervenção, este projeto pretende contribuir para uma maior consciencia da importância da aquisição de conhecimentos no âmbito da Prevenção de úlceras de pressão, promovendo uma melhoria do conhecimento, da percepção de risco e da formação dos profissionais de saúde.

Segundo a DGS (2011), as Úlceras de Pressão, provocam sofrimento, diminuem a qualidade de vida dos doentes e dos seus cuidadores e como consequência mais grave podem conduzir à morte.

A prevenção de Úlceras de pressão requer uma abordagem interdisciplinar e adaptada ao risco específico de cada doente, considerado assim um desafio organizacional, tornando-se necessária a existência de uma cultura organizacional que promova uma comunicação eficaz e o trabalho em equipa.

Este projeto pretende pôr em prática mecanismos que intervirem nesta problemática, implementando o Planeamento em Saúde, sustentado na evidência científica, com o objectivo de desenvolver competências no âmbito da Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, de modo a prevenir as úlceras os cuidados prestados às pessoas no seu domicílio, visando assim efetivos ganhos em saúde.

BIBLIOGRAFIA

- ACSS, (2018), *Novas regras de contratualização de cuidados de saúde para 2019*, Ministério da Saúde, Disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt/2018/12/10/novas-regras-de-contratualizacao-de-cuidados-de-saude-para-2019/>
- Aguiar, P., Silva, C., Ferreira, E. & Negreiro, F. (2007). *Qual o significado das medidas epidemiológicas taxa de prevalência, taxa de incidência cumulativa e taxa de incidência em unidades pessoa/tempo?*. Gauss- Eurotrials Scientific Consultants, Disponível em: www.eurotrials.com/wp-content/uploads/2014/02/Gauss_10.pdf
- Anes, Eugenia. Antão, Celeste, (2008)- *Prevenção de úlceras de pressão*. In *Congresso de Saúde do Nordeste - AVC, Preparados?*. [Em linha]. Bragança: Instituto Politécnico de Bragança, Disponível em WWW: URL: <http://hdl.handle.net/10198/5039>
- ARSLVT (2017), *Caracterização do ACES Lezíria*, Consultada em https://www.arslvt.min-saude.pt/pages/287?poi_id=2245
- ARSLVT (2016), *Caracterização do ACES Médio Tejo*, Disponível em em <https://www.arslvt.min-saude.pt/pages/868>
- Ayello, E. & Sibbald, R. (2008). *Preventing pressure Ulcers and skin tears*. In *Capezuti, E. et al (2008). Evidence-Based Geriatric Nursing Protocols for Best Practice*. 403-429. 3ª Ed. New York. Springer Publishing Company.
- Ayello, E. (2012). *Predicting Pressure Ulcer Risk. Try this: Best Practices in Nursing Care to Older Adults*. The Hartford Institute for Geriatric Nursing, New York University, College of Nursing. Disponível: http://consultgerirn.org/uploads/File/trythis/try_this_5.pdf
- Baranoski, S. & Ayello, E. (2006). *O essencial sobre o tratamento de feridas: princípios práticos*. Loures: Lusodidacta. (Tradução do original do inglês *Wound care Essentials- practice principles*)
- Beirão, C. (2012) *Um contributo para o desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista em cuidados paliativos neonatais formação da equipa dos enfermeiros da equipa da UCIN, ESEL, Lisboa* Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/16173>

- Bento, Ana (2014). *Capacitar a Família na Prevenção de Úlceras de Pressão na Pessoa Idosa em casa: Intervenção do Enfermeiro Especialista*. ESEL, Lisboa
- Bisquerra, R. (1989). *Métodos de Investigación educativa: Guia practica*. Barcelona: Ediciones CEAC.
- Bolander, R. (1998). *Enfermagem fundamental*. 3ª edição, Lisboa: Lusodidacta.
- Candeias, N. (1997) *Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais*, Rev. Saúde Pública, 31 (2): 209-13, Universidade de S. Paulo, S. Paulo, Brasil, Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/P9zNffcwjJM3rzs5DFcQwqv/?format=pdf&lang=pt>
- Caracterização do ACES Lezíria, (2017) consultada em <https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude/agrupamento-de-centros-leziria/>
- Caracterização do UCC Cartaxo, consultada em: <https://bicsp.minsaude.pt/pt/biufs/3/30032/3140651/Pages/default.aspx>
- Collière, M. (2003). *Cuidar... A primeira arte da vida*. (S. Ventura, A. Oliveira, F. Oliveira, L. Silveira, Trad.). (2ª ed.). Loures: Lusociência. (Tradução do original do francês Soigner... Le premier art de la vie, 2ème éd., 2001)
- Conselho Pedagógico (2012), *Normas de Elaboração e Apresentação de Trabalhos Escritos*, Escola Superior de Saude de Santarém, Instituto Politecnico de Santarém, Santarém.
- Costa, Y., Araújo, O., Almeida, L. & Viegas, S. (2014). *O papel educativo do enfermeiro na adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica: revisão integrativa da literatura*. O Mundo da Saúde, 38 (4), 473-481. Disponível em http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/155566/A12.pdf
- Coutinho, P. (2014). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. Coimbra: Almedina.
- Dealey, C. (2006). *Tratamento de feridas: um guia para enfermeiros*. Lisboa: CLIMEPSI
- Decreto-Lei N.º 11/93, de 15 de janeiro, *Aprova do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde*, Ministério da Saúde, Disponível em: https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1670&tabela=leis&fic ha=1&pagina=1

Decreto-Lei Nº28/2008, *Estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde*. (DR nº 38, 1ª Série de 22 de fevereiro de 2008) Ministério da Saúde. Acedido em: Decreto-Lei n.º 28/2008 - Diário da República n.º 38/2008, Série I de 2008-02-22

Decreto-Lei Nº74/2006, *Aprova o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior* (DR nº 60, Série I-A de 24 de março de 2006) Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, Acedido em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/671387/details/maximized>

Decreto-Lei N.º 80/2018, *Princípios e regra aplicáveis às comissões de ética na área da Saúde* (DR— N.º 198 — 1.ª série de 15 de outubro). Acedido em: <http://uiips.ipsantarem.pt/regulamentos-2/>

Decreto-Lei Nº 101/2006 de 6 de Junho. *Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Ministério da Saúde e Ministério da Solidariedade e da Segurança Social. Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/353934/details/maximized>

Decreto-Lei N.º 102/2009, de 10 de setembro, *Regime jurídico da promoção da segurança e saúde no trabalho*. Assembleia da República, Disponível em <https://dre.pt/pesquisa/-/search/490009/details/maximized>

Decreto-Lei Nº 222/2007, de 29 de maio, *Aprova a orgânica das Administrações Regionais de Saúde, I. P.* Ministério da Saúde, Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/638525/details/maximized>

Decreto-Lei Nº 254/82, de 29 de junho, *Cria as administrações regionais de cuidados de saúde, (ARS)*, Ministério da Saúde, Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/395514/details/maximized>

Decreto-Lei Nº 84/97, de 16 de abril. *Transpõe para a ordem jurídica interna as Directivas do Conselho n.º 90/679/CEE, de 26 de Novembro, e 93/88/CEE, de 12 de Outubro, e a Directiva n.º 95/30/CE, da Comissão, de 30 de Junho, relativas à protecção da segurança e saúde dos trabalhadores contra os riscos resultantes da exposição a agentes biológicos durante o trabalho*, Ministério para a Qualificação e o Emprego, Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/468635/details/maximized>

Decreto-Lei Nº 135/2013, de 4 de outubro, *Procede à primeira alteração ao Decreto-Lei n.º 82/2009, de 2 de abril, que estabelece as regras de designação, competência e funcionamento das entidades que exercem o poder de autoridade de saúde*, Ministério da Saúde, Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/500190/details/maximized>

Decreto-Lei Nº 335/93, de 29 de setembro, *Aprova o Regulamento das Administrações Regionais de Saúde*, Ministério da Saúde, Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/651705/details/maximized>

Decreto-Lei Nº 488/75, de 4 de setembro, *Cria administrações distritais dos serviços de saúde*. Ministério dos Assuntos Sociais, Disponível em: <https://dre.tretas.org/dre/12108/decreto-lei-488-75-de-4-de-setembro>

Despacho Nº 1400-A/2015 de 10 de fevereiro de 2015, *Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020*, Ministério da Saúde, Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/66463212/details/normal?l=1>

Direção Geral da Saúde (2011). *Escala de Braden: Versão Adulto e pediátrico (Braden Q)* Orientação da Direção Geral da Saúde nº 017/DGCG de 19/05/2011. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Direção Geral da Saúde (2015). *Plano nacional de saúde: revisão e extensão a 2020*. Lisboa DGS. Disponível em <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf>

Direção Geral da Saúde (2020). Norma nº 004/2020 de 14/10/2020 COVID-19: *Abordagem do Doente com Suspeita ou Infecção por SARS-CoV-2*, DGS, Ministério da Saúde.

Direção Geral da Saúde (2020). Norma nº 015/2020 de 24/07/2020 COVID-19: *Rastreamento de contactos*, DGS, Ministério da Saúde

Direção Geral da Saúde (2020). Norma nº 020/2020 de 09/11/2020 COVID-19: *Definição de Caso de COVID-19*, DGS, Ministério da Saúde

Direção Geral da Saúde (2020). Orientação nº 010/2020 de 16/03/2020, *Isolamento por SARS-CoV-2 (COVID-19) – Distanciamento Social e Isolamento*, DGS, Ministério da Saúde

- Direção Geral da Saúde (2020). Orientação nº 011/2020 de 17/03/2020 *Infeção por SARS-CoV-2 (COVID-19) – Medidas de prevenção da transmissão em estabelecimentos de atendimento ao public*, DGS, Ministério da Saúde
- Direção Geral da Saúde (2020). Orientação nº 019/2020 de 03/04/2020 *COVID-19: FASE DE MITIGAÇÃO – Utilização de Equipamentos de Proteção Individual por Pessoas Não-Profissionais de Saúde*, DGS, Ministério da Saúde
- Direção Geral da Saúde (2020). Orientação nº 009/2020 de 11/03/2020, atualizada a 23/07/2020
COVID-19: Fase de Mitigação – Procedimentos para Estruturas Residenciais para Idosos (ERPI), Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) da Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCCI) e outras respostas dedicadas a pessoas idosas; instituições de acolhimento de crianças e jovens em risco, DGS, Ministério da Saúde
- Donabedian, A (1988). *Quality assessment and assurance: unity and purpose, diversity of means. Inquiry*, v. 25, n. 1,p179-92, Disponível em <https://www.jstor.org/stable/29771941>
- Donabedian, A. (1988), *The quality of care: how can it be assessed?* JAMA, v. 260, 12 ,p1743-48, Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/374139>
- Duque, H., Menoita, E., Simões, A., Nunes, A., Mendanha, M. F., Matias, A.,Romba, R. (2009). *Manual de Boas Práticas. Úlceras de pressão: Uma abordagem estratégica*. Coimbra: Formasau
- European Pressure Ulcer Advisory Panel & National Pressure Ulcer Advisory Panel.& Pan Pacific Pressure injury Alliance (2014). *Prevenção e Tratamento de Úlceras de Pressão: Guia de Consulta Rápida*, Disponível em: <https://www.epuap.org/wp-content/uploads/2016/10/portuguese-quick-reference-guide-jan2016.pdf>
- Fernandes, A. (1997). *Velhice e Sociedade: demografia, família e políticas sociais em Portugal*. Oeiras, Edições Celta
- Ferreira, P., Miguéns, C., Gouveia, J. & Furtado, K. (2007) . *Risco de desenvolvimento de úlceras de pressão: implementação nacional da escala de Braden*. Loures: Lusociência.
- Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação: da Concepção à Realização*. Loures: Lusociência.

- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. 1ª ed. Loures: Lusociência.
- Freese, B., Neuman, B. (2004). *Teóricas de Enfermagem e sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. 5ªed. Loures: Lusociência.
- García-Sánchez FJ, Martínez-Vizcaíno V, Rodríguez-Martín B. (2019); *Patients' and Caregivers' Conceptualisations of Pressure Ulcers and the Process of Decision-Making in the Context of Home Care*. International Journal of Environmental Research and Public Health. Switzerland, MDPI, Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31366078/>
- Imperatori, E. e Giraldes, M. (1982). *Metodologia do Planeamento da Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Obras Avulsas.
- Imperatori, E. e Giraldes, M. (1993). *Metodologia do planeamento da saúde: manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. 3ª Ed. ENSP: Lisboa.
- Lei n.º11-A/2013 de 28 de janeiro, *Reorganização administrativa do território das freguesias*, Assembleia da República, Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/373798/details/maximized>
- Lei n.º22/2012, de 30 de Maio, *Aprova o regime jurídico da reorganização administrativa territorial autárquica*, Assembleia da República, Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/177812/details/maximized>
- Marconi M. e Lakatos, E. (1990). *Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados*. 2ª ed. Atlas S.A: São Paulo.
- Martins, R. (2012), *Envelhecimento e Políticas Sociais*, Coisas de Velhos. Disponível em: <https://coisasdevelhos.blogspot.com/2012/03/envelhecimento-e-politicas-sociais-rosa.html>
- Melo, P. (2020), *Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública*, Lidel, Lisboa
- Morison, Moya J. (2004), *Prevenção e Tratamento de Úlceras de Pressão*, Edição: Lusodidacta,
- Mosby's Medical Dictionary (2009). 8ª Edição. St. Louis, MO: Mosby

- Neuman, B. (1995). *The Neuman Systems Model. 3ªed.* Connecticut: Appleton & Lange.
- Nunes, L. (2006). *Autonomia e responsabilidade na tomada de decisão clínica em enfermagem.*
In II Congresso Ordem dos Enfermeiros 10 Maio 2006. Disponível em:
https://www.researchgate.net/profile/Lucilia_Nunes2/publication/266596533_Autonomia_e_responsabilidade_na_tomada_de_decisao_clinica_em_enfermagem/links/545638d30cf2cf5164802d42/Autonomia-e-responsabilidade-na-tomada-de-decisao-clinica-em-enfermagem.pdf
- Oliveira, D.(2005). *A 'nova' saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação.* Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]., vol.13, n.3, pp.423-431.
Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000300018>.
- Ordem dos Enfermeiros (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos.* Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento nº 128/2011. *Define o perfil das competências específicas dos enfermeiros especialistas em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública,* Disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/3477017/details/maximized>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem comunitária e de saúde pública.* Lisboa. Disponível em:
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPa_dQualidadeCuidEspecializEnfComunitariaSauPublica_DRJun2015.pdf em 28/12/2018.
- Ordem dos Enfermeiros (2015), *Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro -REPE.*
Disponível em:
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2018). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e saúde pública.* Disponível em:
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8731/comunit%C3%A1ria-e-de-sa%C3%BAde-p%C3%BAblica.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2016), CIPE® Versão 2015 – *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem,* Lusodidacta

- OMS (1986). *Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde*, 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, Ottawa, Canadá. Disponível em: https://www.iasaude.pt/attachments/article/152/Carta_de_Otawa_Nov_1986.pdf
- Pearson, A. e Vaughan, B. (1992). *Modelos para o exercício de enfermagem*. HeinemanNursing: Lisboa.
- Plano de Acção da UCC Cartaxo (2019) Consultada em <https://bicsp.min-saude.pt/pt/contratualizacao/planosdeacao/Paginas/default.aspx>
- Portaria nº50/2017, *Procede à segunda alteração à Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro, alterada pela Portaria n.º 289-A/2015, de 17 de setembro*, Ministérios da Saúde e do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/106388650/details/maximized>
- Portaria n.º 276/2009, de 18 de março, *Cria vários agrupamentos de centros de saúde (ACES), integrados na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I. P., Presidência do Conselho de Ministros e Ministérios das Finanças e da Administração Pública e da Saúde*, Disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/605345/details/maximized>
- Ramos, S. (2013). *Prevenção de Ulceras de Pressão no Domicílio com Pessoas Idosas em situação de dependência: Uma prática baseada na evidência*. Escola Superior de Saúde de Santarém, Instituto Politecnico de Santarém, Santarém.
- Rede Social (2016) *Diagnostico Social do Concelho do Cartaxo*, Camara Municipal do Cartaxo.
- Regulamento n.º 128/2011 (Diário da República, 2.ª série, N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011), Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Ordem do Enfermeiros
- Regulamento nº 428/2018 (Diário da República, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018), , Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Ordem do Enfermeiros
- Ruiz, V.; Lima, A.; Machado, A. (2004). *Educação em Saúde Mental: relato de experiência*. Revista Escola Enfermagem USP). Disponível em

[:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342004000200010&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342004000200010&lang=pt)

Stanhope, M., Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População* (7ª Ed.), Loures: Lusodidata.

Stadnyk B, Mordoch E, Martin D. (2018), *Factors in facilitating an organisational culture to prevent pressure ulcers among older adults in health-care facilities.*, Journal of Wound Care 27(Sup7):pp.S4-S10, England, MA Healthcare Ltd, Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30008252/>

Sumarno, AS (2019), *Pressure ulcers: the core, care and cure approach. British journal of community nursing*; Vol. 24 (Sup12), pp. S38-S42, England ,MA Healthcare Ltd, Disponível em <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=0d5a68f7-d857-4496-a952-526055191a7b%40pdc-v-sessmgr04>

Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Ministério da Saúde, Departamento de Recursos Humanos da Saúde – Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional. Lisboa: Ministério da Saúde.

Tavares, C. (2006). *A Educação permanente na Equipe de Enfermagem para o Cuidado nos Serviços de Saúde Mental. Texto Contexto Enfermagem*, Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000200013&lang=pt

UCCCartaxo (2017), *Manual de Acolhimento a Novos Profissionais e Estudantes UCC do Cartaxo*, ACES Lezira, ARSLVT.

Sites consultados:

Câmara Municipal do Cartaxo:

<https://www.cm-cartaxo.pt/Paginas/default.aspx>

Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge:

<http://www.insa.min-saude.pt/category/areas-de-atuacao/doencas-infeciosas/novo-coronavirus-sars-cov-2-covid-19/>

Indicadores de desempenho da ECCI Cartaxo:

<https://bicsp.min-saude.pt/pt/contratualizacao/idg/Paginas/default.aspx>

ANEXOS

ANEXO I – CRONOGRAMA

Cronograma de Atividades

Atividades /semana/dias	Julho		Agosto	Setembro			Outubro					Novembro				Dezembro
	3 ^a	4 ^a	5 ^a	6. ^a	7 ^a	8 ^a	9 ^a	10 ^a	11 ^a	12 ^a	13 ^a	14 ^a	15 ^a	16 ^a	17 ^a	18 ^a
	6-10	27-31	1-9	5-13	14-18	21-25	28-2	6-9	12-16	19-23	26-30	2-7	9-14	16-21	23-28	30-4
Introdução ao estágio II na UCC Cartaxo																
Elaboração do projeto de intervenção comunitária																
Reunião com a equipa da UCC Cartaxo para delinear o projeto																
Reuniões de orientação com a professora orientadora e enf. cooperantes																
Elaboração do folheto e da respetiva ação de informação.																
sessões de informação a realizar aos elementos da ECCI																
Entrega de folheto sobre Prevenção de UP																
Seminário na escola																
Pesquisa Bibliográfica																

ANEXO II – SCOPING REVIEW

1-INTRODUÇÃO

1.1- REVIEW TITLE

Prevenção de Úlceras de pressão nos Utentes da ECCI

1.2- Reviewers

Tiago Barbosa – Escola Superior de Saúde de Santarém, Aces Lezíria, SCM da Chamusca,

1.3- Center conducting the review

Escola Superior de Saúde de Santarém – Unidade de Monitorização de Indicadores em Saúde (UMIS)

1.4- Review question

Quais as estratégias de intervenção de enfermagem para prevenção de Úlceras de pressão nos Utentes da ECCI?

1.5- Objective

Identificar as estratégias de intervenção de enfermagem para prevenção de Úlceras de pressão nos Utentes da ECCI.

1.6- Keyword (MesH Descriptors):

As seguintes palavras-chave são descritores Mesh: Primary Prevention (Prevenção Primária); Pressure Úlcer (Úlcera de Pressão); e nurs* (enfermagem) os quais organizei conforme o Mapa Concetual que se encontra no Appendix I.

2- Background

Ciente de que a RNCCI é da responsabilidade partilhada de dois ministérios, da Saúde e da Segurança Social, a mesma partilha de responsabilidade foi implementada na gestão e prestação de cuidados ao utente e cuidador, no sentido que toda a avaliação das necessidades e conseqüente processo de cuidados devem ter uma intervenção multidisciplinar.

A RNCCI tem como objectivo geral “a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência” (Decreto-Lei nº101/2006), procurando responder às novas necessidades de saúde e sociais, que visam satisfazer o incremento esperado da procura por parte de pessoas idosas com dependência funcional, de doentes com patologia crónica múltipla e de pessoas com doença incurável em estado avançado e em fase final de vida, através da promoção do reforço das capacidades e competências das famílias para lidar com essas situações, nomeadamente no que concerne à conciliação das obrigações da vida profissional com o acompanhamento familiar.

De acordo com a Portaria nº 50/2017 dos Ministérios da Saúde e do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social a ECCI “presta cuidados centrados na reabilitação, readaptação, manutenção e conforto, a pessoas em situação de dependência, doença terminal, ou em processo de convalescença, cuja situação não requer internamento, mas que não podem deslocar-se de forma autónoma”, tem assim como objectivo: “garantir à pessoa a prestação dos cuidados de saúde, de reabilitação, de manutenção, de natureza paliativa e de apoio psicossocial adequados, promovendo o envolvimento dos familiares ou dos cuidadores informais” visando a promoção da autonomia e garantindo a capacitação dos familiares ou dos cuidadores informais, assegurar apoio psicológico e emocional e paliativo, bem como o apoio e a capacitação no desempenho das atividades básicas e instrumentais da vida diária. Preferencialmente, deverá ser designado um enfermeiro, como gestor de caso.

Integrado na Estratégia Nacional para a Qualidade da Saúde, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, criado pelo Despacho nº 1400-A/2015, de 10 de fevereiro, o Plano inscreve-se no quadro de uma política pública de prevenção de incidentes de segurança associados à prestação de cuidados de saúde no âmbito do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes é um instrumento de apoio à gestão e aos prestadores de cuidados, visando um processo de melhoria contínua da qualidade e aplicação de boas práticas de segurança, sendo da responsabilidade de cada unidade de prestação de cuidados de saúde, a sua implementação. A segurança, sendo um elemento indispensável na qualidade em saúde, possibilita fomentar a confiança nos cuidados prestados. **Prevenir a ocorrência de úlceras de pressão** é um dos objetivos estratégicos do plano.

Internacionalmente a UP é definida por “uma lesão localizada da pele e/outecido subjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea, em resultado dapressão ou de uma combinação entre esta e forças de torção” (EPUAP & NPUAP& PPIIA,2014).

A EPUAP & NPUAP& PPPIA, (2014:13) classifica UP como “uma lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea, em resultado da pressão ou de uma combinação entre esta e forças de torção”. São divididas pelas seguintes categorias:

- Categoria/grau I: Eritema não branqueável;
- Categoria/grau II: Perda parcial da espessura da pele;
- Categoria/grau III: Perda total da espessura da pele;
- Categoria/grau IV: Perda total da espessura dos tecidos

Segundo a orientação nº17/2011 da DGS, cerca de 95% das úlceras de pressão são evitáveis; neste sentido e tendo como objetivo final a qualidade da prestação de cuidados, é necessária uma intervenção prioritária no que concerne aos fatores de risco e etiologia, avaliação do risco, caracterização das úlceras de pressão e registos.

Na vanguarda desta problemática, responsáveis pela criação e desenvolvimento de Guidelines internacionais para a prevenção e tratamento de UP estão a American National Pressure Ulcer Advisor Panel (NPUAP- grupo norte americano), o European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP - grupo europeu) e a Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA).

O planeamento em saúde traduz-se numa gestão racional do uso dos escassos recursos, tendo como objetivo o cumprimento de metas definidas que levem à diminuição dos problemas de saúde considerados prioritários. Este utiliza a identificação atempada dos problemas da comunidade, tendo como objetivo a mudança do seu comportamento e modos de vida, favorecendo a utilização adequada dos serviços de saúde. O planeamento requer a organização e conjugação de esforços provenientes das diferentes áreas socioeconómicas (Imperatori e Giraldes, 1993).

Tavares (1990:29) define o planeamento em saúde como sendo “um processo de previsão de recursos e de serviços necessários, para atingir objetivos determinados segundo a ordem de prioridade estabelecida, permitindo escolher a (s) solução (ões) ótima (s) entre várias alternativas. Essas escolhas tomam em consideração os constrangimentos atuais ou previsíveis no futuro”.

Neste sentido, segundo Bento (2014:18) “o enfermeiro deve adquirir competências para precocemente despistar situações de risco e proteger a pessoa e família que cuida, mas também ter a iniciativa de procurar formação atualizada, fomentar ambientes promotores à autoformação, formação dos pares e formação da pessoa idosa em risco de desenvolver UP e família”.

3- METODOLOGIA

3.1- Inclusion criteria

Prosseguindo para a etapa da definição dos critérios de inclusão por dimensão da Questão de Revisão definimos a População, os Conceitos, o Contexto e os Tipos de estudos a incluir.

3.1.1- Types of participants

Utentes integrados em ECCL

3.1.2- Concept

Prevenção , Úlcera de Pressão e Enfermagem

3.1.3- Context

Situa-se no contexto dos cuidados domiciliários.

3.1.4- Types of studies

Qualitativos, quantitativos e mistos.

4- Search strategy

Nesta etapa de elaboração da Revisão Sistemática da Literatura definimos como expressão de pesquisa: Primary Prevention **AND** Pressure Úlcer **AND** Nurs*.

Efetuámos a pesquisa na plataforma EBSCOhost, nas bases de dados científicas CINAHL Complete, Medline Complete, Nursing & Allied Health Collection e a MedicLatina; na base de dados científica PubMed. Nessa pesquisa definimos como limitadores comuns: um friso cronológico de 5 anos (data de publicação 01/10/2015 a 01/10/2020), texto completo e relacionado com humanos. Os limitadores específicos estão de acordo com o Quadro abaixo.

QUADRO1– Limitadores de pesquisa segundo as bases de dados

CINAHL Complete	Medline	Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive	MedicLatina	PubMed
Resumo disponível	Resumo disponível	Texto completo em PDF	Texto completo em PDF	<i>Abstract/Free fulltext</i>
Qualquer autor é enfermeiro	Lingua inglesa			

Língua inglesa	Humano			<i>Title/Abstract</i>
Texto completo em PDF				
Humano				

O resultado das fontes selecionadas encontra-se no Appendix II onde se apresenta a tabela de cruzamento, cuja seleção se apresenta de acordo com o prisma flow diagram no Appendix III.

5- Study Selection

Concretizou-se de acordo com as quatro etapas do prisma flow diagram, tendo sido identificados 3 artigos no 1º rectângulo e 36 no 2º rectângulo, num total de 39 artigos. Através da leitura dos títulos foram eliminados os duplicados ficando 37 artigos

Iniciando a 2ª etapa do prisma flow diagram, procedeu-se à leitura do título e do resumo dos artigos. Tendo resultado deste screening 4 artigos.

Destes, através da leitura do texto completo, foi eliminado 1 artigos por não ser identificável a metodologia.

Assim, passa-se a identificar os 3 artigos que foram incluídos na presente RSL, sendo que 2 se englobam no paradigma qualitativo e 1 no quantitativo.

Artigos Incluídos:

- **N.º 1** - “Pressure ulcers: the core, care and cure approach”.
- **N.º 16** - “Patients’ and Caregivers’ Conceptualisations of Pressure Ulcers and the Process of Decision-Making in the Context of Home Care”.
- **N.º 23** - “Factors in facilitating an organisational culture to prevent pressure ulcers among older adults in health-care facilities”

6- Data collection

Foi utilizado o Appendix V: Data extraction instrument que é composto por 9 tópicos, que permitiram identificar o estudo. Integra o título, autores, ano de publicação, país de origem e objetivos do artigo, identifica as metodologias e métodos, as fontes de pesquisa, população e amostra e nível de evidência, integra os dados significativos extraídos dos artigos consultados, a interpretação desenvolvida, e o contributo retirado do estudo para a pergunta de partida.

7- Data synthesis

Uma vez que a questão desta scoping review é: Quais as estratégias de intervenção de enfermagem para prevenção de úlceras de pressão nos Utentes da ECCI? Sendo o objetivo deste estudo, aperfeiçoar o conhecimento e compreensão da natureza da boa prática de forma a identificar as estratégias de intervenção de enfermagem para prevenção de Úlceras de pressão nos Utentes da ECCI, estes artigos constituem um importante contributo para a definição de uma linha orientadora baseada na evidência científica para uma abordagem abrangente na construção de um plano de prevenção de úlceras de pressão.

Segundo Stadnyk B, Mordoch E, Martin D. (2018) a maioria das úlceras de pressão são evitáveis e o seu desenvolvimento é um indicador de qualidade de cuidados de saúde.

Referem também que apenas 10% dos pacientes identificados como "em risco" para o desenvolvimento de úlcera de pressão recebem intervenções de prevenção. Neste sentido os autores apontam o conhecimento insuficiente da equipa, atitudes negativas, atendimento inconsistente, falta de tempo e escassez de recursos humanos como barreiras encontradas pela equipa prestadora de cuidados.

Sumarno (2019) refere que as úlceras de pressão em contexto domiciliário são um problema de saúde significativo na comunidade, requerendo cuidados de saúde abrangentes, estando os enfermeiros envolvidos na gestão e prevenção destas lesões.

Refere ainda que as barreiras organizacionais podem ser superadas se forem promovidos fatores que facilitem um foco contínuo na prevenção de úlceras de pressão. Reforçando que as taxas de Úlceras de pressão diminuem universalmente após a implementação de um Programa de Prevenção de Úlceras de pressão.

Assim, o "Modelo de Fatores que facilitam a prevenção de úlceras de pressão", compreende círculos em expansão para representar os cinco principais fatores, nomeadamente Suporte da

liderança sénior, Educação, Melhoria contínua da qualidade, Prática clínica e existência de “Peritos” (“Champions”) em prevenção de úlceras de pressão a nível do contexto da equipa (Stadnyk B, Mordoch E, Martin D. (2018)).

Por outro lado, Sumarno (2019) refere que Lydia Hall desenvolveu uma teoria sobre os cuidados de enfermagem em que estabelece simbolicamente a interligação de três círculos, em que cada um reflete um aspeto da enfermagem.

Segundo esta teoria, o círculo “núcleo” constituem os pacientes, o “cuidado”, o corpo do paciente refletindo o aspeto da enfermagem que envolve os cuidados físicos e psicológicos e que atendem às necessidades básicas diárias dos pacientes, e a “cura” representa o tratamento e a interligação do enfermeiro e os outros membros da equipa de saúde e a família do paciente.

A aplicação da teoria desenvolvida por Lydia Hall à prática no cuidado aos pacientes com úlcera de pressão em contexto domiciliário proporciona uma nova perspetiva sobre os cuidados com a úlcera sob pressão, sendo uma forma eficaz de traduzir a investigação em prática.

Assim revela-se de extrema importância para prevenção de UP, a avaliação do risco, referindo Sumarno (2019) que as escalas de Norton, Gosnell, Braden e Waterlow podem ser usadas para avaliar Úlceras de pressão em adultos.

Seguidamente, Sumarno (2019) refere que poderá ser adotado o modelo SSKIN, inter-relacionado 5 fatores preponderantes para prevenção de UP, nomeadamente: (S) inspeção da pele, que deve ser feita precocemente; (S) superfície - deve-se garantir que os pacientes tenham o suporte adequado; (K) manter - os pacientes devem se manter em movimento; (I) incontinência (ou seja, humidade) - deve-se garantir que os pacientes sejam mantidos limpos e secos; e (N) nutrição e hidratação - dieta adequada e líquidos a ingestão deve ser garantida (Campbell, (2016) citado por Sumarno (2019)).

Sumarno (2019) refere que pode ser utilizado o sistema de classificação da úlcera de pressão do NPUAP/European Pressure Pressure (EPUAP)/Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA) Pressure Ulcer Classification,, como uma ferramenta útil na abordagem às UP.

Neste sentido é evidente para os autores que avaliação dos fatores de risco, utilização de dispositivos de redução de pressão, estímulo à mobilidade no leito, perfusão tecidual adequada, redução da pressão no leito e manutenção do estado nutricional, têm um impacto considerável nos resultados do paciente (Osuala, 2014 citado por Sumarno (2019),

García-Sánchez et.al (2019) refere que domicílio é percebido como o local preferencial para o cuidado das pessoas com UP, adquirindo o cuidador informal um papel fundamental no cuidado ao paciente e na resolução da UP.

Neste sentido García-Sánchez et.al (2019) destacam a importância da implementação da tomada de decisão compartilhada. Nela são encontradas barreiras e facilitadores. As barreiras podem advir quer do paciente e do cuidador informal, quer da organização do sistema de saúde. Como barreiras relativamente ao paciente/cuidador, são apontadas a idade avançada, a baixa escolaridade, e a presença concomitante de outras patologias e como barreiras da organização de saúde foram apontadas a influência do modelo paternalista da organização do cuidado, modelo esse que peca por os profissionais de saúde tomarem todas as decisões, não considerando as opiniões quer dos pacientes com UP, quer dos seus cuidadores.

Como facilitadores foram apontados a motivação pessoal dos pacientes e dos seus cuidadores, sentimentos de produtividade e a disponibilidade em participar na elaboração de diretrizes da prática clínica.

O envolvimento de profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, foi considerado por García-Sánchez et.al (2019) de grande importância, visto que promove o processo de TDP.

Os mesmos autores reforçam ainda que a construção de uma relação de confiança e proximidade entre profissionais de saúde, pacientes e os seus cuidadores, também foram descritos como sendo um fator positivo relativamente ao TDP, pois contribui para o envolvimento no processo de pacientes e cuidadores.

Neste sentido o paciente que conhece o tratamento, que percebe e discutiu as suas implicações estará, com certeza, mais preparado não só para seguir o tratamento, mas também para identificar complicações, avaliando atempadamente o risco pondo em prática estratégias de prevenção precoces.

Também foi referido que, para evitar o paternalismo da saúde, devem ser introduzidas intervenções que visem a formação dos profissionais de saúde em modelos mais cooperativos de atendimento ao paciente (García-Sánchez et.al (2019),

Assim, García-Sánchez et.al (2019) referem que dever-se-á elaborar um sistema de comunicação entre pacientes, cuidadores e equipas, que permita incorporar a visão dos pacientes e de seus cuidadores nas decisões baseadas em evidência científica que estimulem os paciente e cuidadores informais a seguir as diretrizes e documentos técnicos sobre a prevenção e o tratamento das UP em contexto domiciliário. Estes, segundo Sumarno (2019) devem ser organizados no sentido de serem efetivamente integrados na rotina diária dos cuidados domiciliários prestados a doentes com UP.

No entanto, segundo Sumarno (2019), é necessário que o enfermeiro atualize continuamente seus conhecimentos que possibilite um desenvolvimento de um projeto de

comunicação para prevenção de úlceras de pressão. A prática baseada em evidências relativa ao tratamento da úlcera sob pressão e aos protocolos bem organizados para orientar a prevenção e os cuidados de pressão devem ser divulgados rotineiramente. Os enfermeiros devem adotar uma abordagem pró-ativa para prevenir a ocorrência e a recorrência de úlceras de pressão em ambientes comunitários.

Stadnyk B, Mordoch E, Martin D. (2018) referem que, uma boa liderança que promova um ambiente que fomente a motivação, formação e capacitação da equipa prestadora de cuidados, para que por sua vez esta possa promover a educação eficaz do paciente e da família sobre fatores de risco específicos, técnicas de prevenção, recomendando que devem também ser combinadas com informações por escrito que podem ser revistas de acordo com a conveniência das famílias e dos pacientes.

Neste sentido Stadnyk B, Mordoch E, Martin D. (2018) referem que a educação costuma ser o foco principal de qualquer esforço de mudança. Assim, considere-se pertinente que os enfermeiros envolvidos no tratamento de Úlceras de pressão, desenvolvam uma campanha de marketing social como um esforço para diminuir a prevalência de lesões por pressão na comunidade (McIntyre, (2013) citado por Sumarno (2019)). Essa campanha poderia consistir em: revisão dos problemas existentes na comunidade; identificar o conhecimento, atitudes e percepções do pessoal da linha de frente sobre a prevenção de lesões por pressão; desenvolver as ferramentas de comunicação necessárias; e a realização de um estudo para testar a eficácia da campanha, incluindo uma avaliação.

Assim, com base no supra citado dever-se-á definir estratégias, modelos e protocolos organizados no sentido de serem efetivamente integrados na rotina diária dos cuidados domiciliários prestados a doentes com úlceras de pressão.

8- Conflicts of interest

O autor não tem conflitos de interesse a declarar.

9- Acknowledgements

O autor agradece aos Professores que orientaram a elaboração desta scoping review, pelo apoio prestado, dedicação e disponibilidade.

10- References

- ACSS, (2018), *Novas regras de contratualização de cuidados de saúde para 2019*, Ministério da Saúde, Disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt/2018/12/10/novas-regras-de-contratualizacao-de-cuidados-de-saude-para-2019/>
- ARSLVT (2017), *Caracterização do ACES Lezíria*, Consultada em https://www.arslvt.min-saude.pt/pages/287?poi_id=2245
- ARSLVT (2016), *Caracterização do ACES Médio Tejo*, Disponível em em <https://www.arslvt.min-saude.pt/pages/868>
- Beirão, C. (2012) *Um contributo para o desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista em cuidados paliativos neonatais formação da equipa dos enfermeiros da equipa da UCIN*, ESEL, Lisboa Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/16173>
- Bento, Ana (2014). *Capacitar a Família na Prevenção de Úlceras de Pressão na Pessoa Idosa em casa: Intervenção do Enfermeiro Especialista*. ESEL, Lisboa
- Caracterização do ACES Lezíria, (2017) consultada em <https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude/agrupamento-de-centros-leziria/>
- Caracterização do UCC Cartaxo, consultada em: <https://bicsp.minsaude.pt/pt/biufs/3/30032/3140651/Pages/default.aspx>
- Conselho Pedagógico (2012), *Normas de Elaboração e Apresentação de Trabalhos Escritos*, Escola Superior de Saude de Santarém, Instituto Politecnico de Santarém, Santarém.
- Costa, Y., Araújo, O., Almeida, L. & Viegas, S. (2014). *O papel educativo do enfermeiro na adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistémica: revisão integrativa da literatura*. O Mundo da Saúde, 38 (4), 473-481. Disponível em http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/155566/A12.pdf
- Decreto-Lei Nº 101/2006 de 6 de Junho. *Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Ministério da Saúde e Ministério da Solidariedade e da Segurança Social. Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/353934/details/maximized>
- Decreto-Lei Nº 135/2013, de 4 de outubro, *Procede à primeira alteração ao Decreto-Lei n.º 82/2009, de 2 de abril, que estabelece as regras de designação, competência e funcionamento das*

entidades que exercem o poder de autoridade de saúde, Ministério da Saúde, Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/500190/details/maximized>

Despacho Nº 1400-A/2015 de 10 de fevereiro de 2015, *Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020*, Ministério da Saúde, Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/66463212/details/normal?l=1>

Direção Geral da Saúde (2011). *Escala de Braden: Versão Adulto e pediátrico (Braden Q)* Orientação da Direção Geral da Saúde nº 017/DGCG de 19/05/2011. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Direção Geral da Saúde (2015). *Plano nacional de saúde: revisão e extensão a 2020*. Lisboa DGS. Disponível em <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf>

European Pressure Ulcer Advisory Panel & National Pressure Ulcer Advisory Panel.& Pan Pacific Pressure injury Alliance (2014). *Prevenção e Tratamento de Úlceras de Pressão: Guia de Consulta Rápida*, Disponível em: <https://www.epuap.org/wp-content/uploads/2016/10/portuguese-quick-reference-guide-jan2016.pdf>

Ferreira, P., Miguéns, C., Gouveia, J. & Furtado, K. (2007) . *Risco de desenvolvimento de úlceras de pressão: implementação nacional da escala de Braden*. Loures: Lusociência.

Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação: da Concepção à Realização*. Loures: Lusociência.

Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. 1ª ed. Loures: Lusociência.

Freese, B., Neuman, B. (2004). *Teóricas de Enfermagem e sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. 5ªed. Loures: Lusociência.

García-Sánchez FJ, Martínez-Vizcaíno V, Rodríguez-Martín B. (2019); *Patients' and Caregivers' Conceptualisations of Pressure Ulcers and the Process of Decision-Making in the Context of Home Care*. International Journal of Environmental Research and Public Health. Switzerland, MDPI, Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31366078/>

Imperatori, E. e Giraldes, M. (1982). *Metodologia do Planeamento da Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Obras Avulsas.

Imperatori, E. e Giraldes, M. (1993). *Metodologia do planeamento da saúde: manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. 3ª Ed. ENSP: Lisboa.

Melo, P. (2020), *Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública*, Lidel, Lisboa

Neuman, B. (1995). *The Neuman Systems Model*. 3ªed. Connecticut: Appleton & Lange.

Nunes, L. (2006). *Autonomia e responsabilidade na tomada de decisão clínica em enfermagem*. In II Congresso Ordem dos Enfermeiros 10 Maio 2006. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Lucilia_Nunes2/publication/266596533_Autonomia_e_responsabilidade_na_tomada_de_decisao_clinica_em_enfermagem/links/545638d30cf2cf5164802d42/Autonomia-e-responsabilidade-na-tomada-de-decisao-clinica-em-enfermagem.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento nº 128/2011. *Define o perfil das competências específicas dos enfermeiros especialistas em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*, Disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/3477017/details/maximized>

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem comunitária e de saúde pública*. Lisboa. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPa_dQualidadeCuidEspecializEnfComunitariaSauPublica_DRJun2015.pdf em 28/12/2018.

Ordem dos Enfermeiros (2015), *Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro -REPE*. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2018). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e saúde pública*. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8731/comunit%C3%A1ria-e-de-sa%C3%BAde-p%C3%BAblica.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2016), CIPE® Versão 2015 – *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*, Lusodidacta

Portaria nº50/2017, *Procede à segunda alteração à Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro, alterada pela Portaria n.º 289-A/2015, de 17 de setembro*, Ministérios da Saúde e do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/106388650/details/maximized>

Ramos, S. (2013). *Prevenção de Úlceras de Pressão no Domicílio com Pessoas Idosas em situação de dependência: Uma prática baseada na evidência*. Escola Superior de Saúde de Santarém, Instituto Politécnico de Santarém, Santarém.

Regulamento n.º 128/2011 (Diário da República, 2.ª série, N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011), Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Ordem dos Enfermeiros

Regulamento nº 428/2018 (Diário da República, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018), , Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Ordem dos Enfermeiros

Stanhope, M., Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População (7ª Ed.)*, Loures: Lusodidacta.

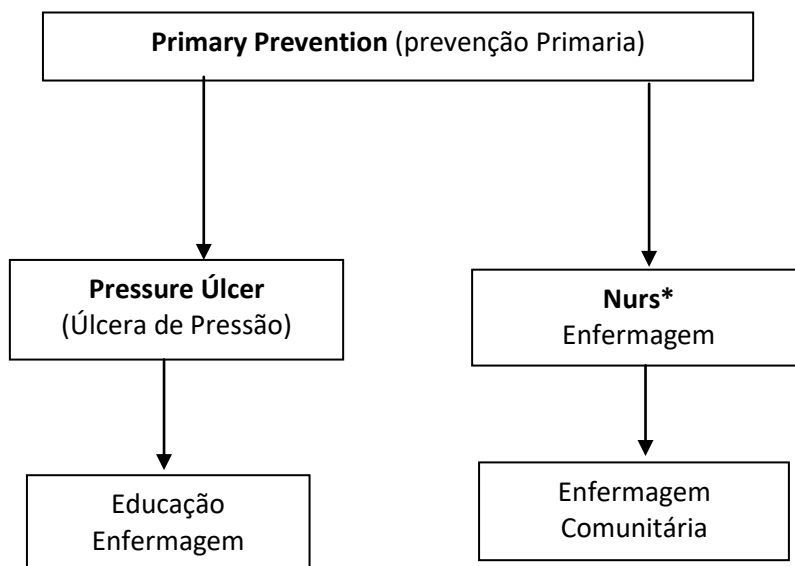
Stadnyk B, Mordoch E, Martin D. (2018), *Factors in facilitating an organisational culture to prevent pressure ulcers among older adults in health-care facilities.*, Journal of Wound Care 27(Sup7):pp.S4-S10, England, MA Healthcare Ltd, Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30008252/>

Sumarno, AS (2019), *Pressure ulcers: the core, care and cure approach. British journal of community nursing*; Vol. 24 (Sup12), pp. S38-S42, England ,MA Healthcare Ltd, Disponível em <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=0d5a68f7-d857-4496-a952-526055191a7b%40pdc-v-sessmgr04>

Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Ministério da Saúde, Departamento de Recursos Humanos da Saúde – Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional. Lisboa: Ministério da Saúde.

Tavares, C. (2006). *A Educação permanente na Equipe de Enfermagem para o Cuidado nos Serviços de Saúde Mental. Texto Contexto Enfermagem*, Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000200013&lang=pt

Appendix I: Mapa Concetual



AppendixII: InitialSearchStrategy

DESCRITORES	PlataformaEBSCOhost				
	CINAHL Complete	MEDLINE Complete	Nursing&Allied	Mediclatina	PubMed
Primary Prevention	1	1647	123	60	39547
Pressure Ulcer	34	454	90	36	1028
Nurs*	1346	33335	11414	1968	73700
Primary Prevention AND Pressure Ulcer	0	3	0	0	58
Primary Prevention AND nurs*	0	104	7	5	2503
PressureUlcer AND nurs*	21	212	52	24	329
Primary Prevention OR Pressure Ulcer	37	2098	213	94	40517
Primary Prevention OR nurs*	1347	34878	11530	2023	110744
PressureUlcer OR nurs*	2092	105159	11452	1981	74399
Primary Prevention AND Pressure Ulcer AND nurs*	0	3	0	0	36
Primary Prevention OR Pressure Ulcer AND nurs*	25	1856	175	81	2796
Primary Prevention AND Pressure Ulcer OR nurs*	1346	33335	11414	1968	73722
Primary Prevention OR Pressure Ulcer OR nurs*	1359	35120	11568	2036	111421

Appendix III: Appraisal instruments



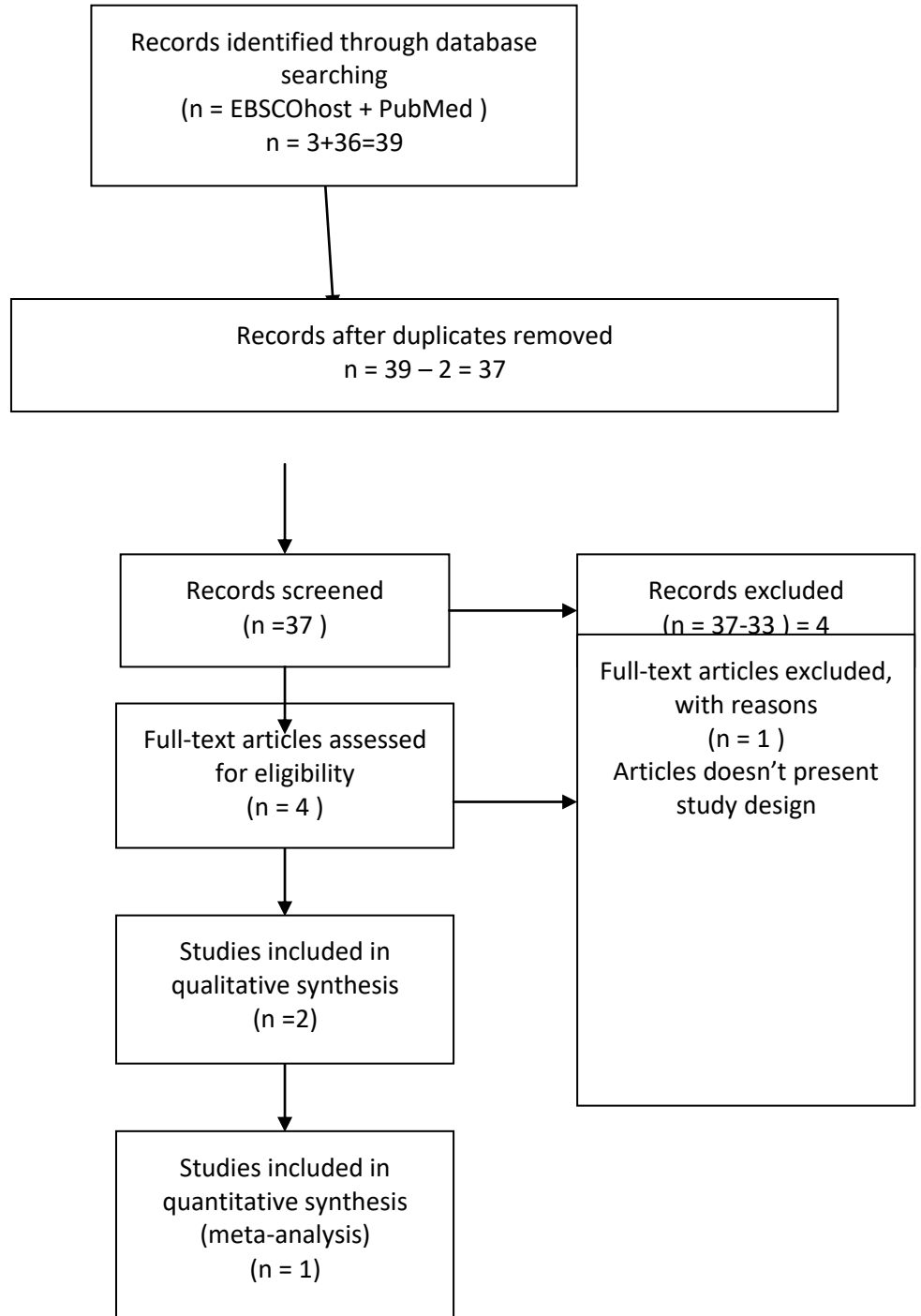
PRISMA 2009 Flow Diagram

Identification

Screening

Eligibility

Included



Appendix IV: Spreadsheet

<p>Appendix V: Data extraction instrument</p> <p>Título da Revisão: Prevenção de Úlceras de Pressão nos Utentes da ECCI</p> <p>Questão: Quais as estratégias de intervenção de enfermagem para prevenção de úlceras de pressão nos Utentes da ECCI?</p> <p>Critérios de Inclusão (PCC):</p> <p>População: Utentes integrados em ECCI</p> <p>Conceito: Prevenção , Úlcera de Pressão e Enfermagem</p> <p>Contexto: Cuidados domiciliários.</p>
<p>☐ <u>Artigo n.º 1</u></p> <p>☐ <u>Título:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • “Pressure ulcers: the core, care and cure approach”. • “Úlceras de pressão: A abordagem central, de cuidado e cura” <p>☐ <u>Autor:</u></p> <p>Subrata; Sumarno Adi</p>
<p>☐ <u>Ano da Publicação:</u></p> <p>2019</p>
<p>☐ <u>País de origem:</u></p> <p>Inglaterra</p>
<p>☐ <u>Objetivos:</u></p> <p>Este estudo tem como objetivo discutir e integrar a teoria do núcleo, cuidado e cura de Lydia Hall na gestão e prevenção das lesões de pressão nos cuidados domiciliários.</p>
<p>☐ <u>Metodologia/métodos:</u></p> <p>A metodologia utilizada foi um estudo descritivo referente ao processo de integração da teoria de Lydia Hall na gestão e prevenção das lesões de pressão nos cuidados domiciliários</p> <p>Um estudo descritivo é caracterizado por procura determinar status, opiniões ou projeções futuras nas respostas obtidas, tendo em conta que os problemas podem ser resolvidos e as práticas podem ser melhoradas através de descrição e análise de situações em estudo</p>

Interpretação desenvolvida:

Segundo os autores, a "úlceras/lesão por pressão (UP) é definida pela National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) como: pele intacta ou não intacta com uma área localizada e persistente, não branqueável, descoloração vermelha, castanha ou roxa, ou separação epidérmica profunda, revelando um leito escuro da ferida ou bolha cheia de sangue, referindo que as úlceras de pressão são geralmente desenvolvidas em ambiente de cuidados intensivos. Como fatores de risco são indicados a incontinência intestinal e a incapacidade de mobilização.

O NPUAP documentou a incidência de úlceras de pressão como 2,3% -28% em cuidados de longa duração, 10% -18% em cuidados agudos, mais de 29% em cuidados residenciais e 0% -6% em cuidados de reabilitação. Referem ainda que as úlceras de pressão têm um impacto significativo na saúde, qualidade de vida, interação social, dor e desconforto e tempo de internamento hospitalar. Se os pacientes com UP, ficarem infectados, a sépsis pode ser desencadeada (levando a paragem cardíaca) e morte.

Os autores referem ainda que, qualquer intervenção destinada a acelerar a cicatrização das úlceras sob pressão, bem como a impedi-las, deve ser tida em conta nos cuidados aos doentes com úlcera de pressão. Os dispositivos de redução da pressão, o tratamento local da ferida, a melhoria da nutrição e do desbridamento, são ferramentas bem reconhecidas para prevenir úlceras de pressão. A avaliação dos fatores de risco, a mobilidade das camas, a perfusão adequada do tecido, a redução da pressão na cama e a manutenção do estado nutricional têm um impacto considerável nos resultados do doente. O posicionamento e higiene adequados, a redução da humidade e a terapêutica adjuvante são eficazes no tratamento de úlceras de pressão. Também é destacada a importância de envolver uma equipa multidisciplinar nos cuidados do paciente.

Apesar da evidência considerável disponível sobre o tratamento de úlceras de pressão, e segundo o autor, nenhum estudo demonstrou uma abordagem holística de enfermagem envolvendo os aspetos de saúde física e mental para o tratamento de pacientes com úlceras de pressão no ambiente comunitário.

Os autores também referem que têm sido insuficientes os estudos direcionados na aplicação da teoria da enfermagem aos cuidados com úlcera sob pressão.

Atendendo ao exposto e segundo os autores do artigo, a úlcera de pressão continua a ser um problema de saúde significativo na comunidade, requerendo cuidados de saúde abrangentes, estando os enfermeiros envolvidos na gestão e prevenção de lesões por pressão.

Assim, o presente artigo aborda a aplicação da teoria de 'núcleo, cuidado e cura' desenvolvida por Lydia Hall (1964) para cuidar de úlceras de pressão na comunidade.

Lydia Hall (1906 -1969) foi uma enfermeira que trabalhou em cuidados de reabilitação, e estabeleceu o Loeb Center for Nursing and Rehabilitation no Montefiore Hospital em Nova Iorque, EUA.

Esta teoria considera três aspetos interrelacionados com pacientes e prática de enfermagem. A teoria de Hall descreveu a enfermagem como "participação nos cuidados, núcleo e cura dos cuidados dos pacientes, onde o cuidado é unicamente função dos enfermeiros, enquanto o núcleo e a cura são partilhados com outros membros da equipa de saúde". A teoria visava destacar a relação interativa entre enfermeiros e doentes que facilita o núcleo do processo de enfermagem.

Neste estudo, as três dimensões da teoria de Lydia Hall - núcleo, cuidado e cura - são amplamente discutidas e ligadas à prática de gestão de lesões por pressão. Estes três aspetos são independentes, mas inter-relacionados e são representados por círculos que, dependendo da fase do processo de cicatrização, os círculos correspondentes mudam de tamanho e por vezes se sobrepõem. No modelo de Hall, os enfermeiros desempenham um papel fundamental, onde atuam como profissionais de saúde que fornecem as necessidades básicas aos pacientes.

Neste artigo, o autor associa a teoria à literatura relevante sobre úlceras de pressão e propõe um modelo de enfermagem para cuidados de Úlceras de pressão com recomendações práticas que visam reduzir a sua incidência e o seu impacto. Também é destacado a relação interativa entre enfermeiro e paciente, relação essa que facilita o processo de enfermagem.

Como dito anteriormente, o artigo discute as três dimensões da teoria desenvolvida por Hall :

- Núcleo,
- Cuidado
- Cura

O núcleo

Segundo o artigo, na teoria de Hall, o núcleo são os pacientes que recebem os cuidados de enfermagem. Esta dimensão consiste em objetivos definidos pelo paciente e que refletem os seus sentimentos e valores. O núcleo refere-se ainda às necessidades emocionais espirituais e intelectuais do paciente, que estão associados à família e à comunidade.

O artigo refere que muitas vezes os pacientes com úlceras de pressão experienciam a perda de privacidade e dignidade, apresentam dificuldade em se envolver em atividades sociais, têm pouca mobilidade, independência e autonomia, considerando o controlo da dor um desafio. Referiu ainda que os doentes com úlceras de pressão reportavam uma má qualidade de vida relacionada com a saúde (THM).

Refere ainda que usando uma comunicação eficaz, os enfermeiros são incentivados a reconhecer os objetivos dos pacientes, incluindo sociais, biológicos, espirituais e elementos psicológicos. Neste sentido, os autores indicam que envolver os pacientes no processo de tomada de decisão (cuidados centrados no paciente) e fornecer cuidados holísticos é fundamental para a superar estas questões.

Segundo o artigo, quando os pacientes com úlceras de pressão experimentam, por exemplo, isolamento social, incentivar o apoio da família, amigos e sociedade ajudam na sua recuperação. Além disso, o suporte emocional é importante para auxiliar os pacientes

na adaptação e ajuste à sua patologia.

Refere ainda que enfermeiros são importantes para a prevenção de problemas emocionais e psicológicos e que as questões espirituais devem ser incorporados no tratamento, quer incentivando o paciente a orar, a ler um livro espiritual, quer treinando o cuidador a fornecer cuidado espiritual, indicando a utilidade da frequência pelos enfermeiros de cursos sobre cuidado espiritual para doentes com úlceras de pressão.

Também referem a associação de úlceras de pressão às necessidades intelectuais (estado cognitivo) indicando o exemplo de pacientes com úlceras de pressão e que tem concomitantemente demência e por isso não conseguem verbalizar ou relatar os seus sintomas indicando a necessidade da colaboração de enfermeiros de saúde mental a fim de colmatar estas deficiência de comunicação.

O cuidado

O artigo refere que o cuidado, de acordo com a teoria de Hall, representa o corpo do paciente e reflete o aspeto da enfermagem que envolve os cuidados físicos e está associado ao papel dos enfermeiros na prestação de cuidados abrangentes, que englobam atitudes e ações, nomeadamente a prestação de cuidados às necessidades físicas e psicológicas dos doentes, a atenção, o acompanhamento do doente, o tempo, a firmeza, a demonstração de respeito e o toque extra. Define também o papel dos enfermeiros no apoio às necessidades básicas diárias, tais como alimentação e banho. Aconselha, ainda, que fosse ministrada aos doentes, às suas famílias e aos seus contactos sociais em geral a educação para a saúde de modo a otimizar o tratamento em casa e reduzir os custos dos cuidados prestados.

O termo "cuidado" representa também uma oportunidade para construir uma parceria e uma relação entre enfermeiros e doentes. Neste sentido, o enfermeiro cria um ambiente de exploração de sentimentos, desenvolvendo uma relação interpessoal terapêutica com o paciente. Na gestão das úlceras de pressão, os enfermeiros devem informar os pacientes sobre o tratamento e prevenção da doença.

Assim, relativamente aos cuidados físicos, o processo de enfermagem envolve avaliação, o diagnóstico, o planeamento, a implementação e a avaliação.

Avaliação

Segundo o artigo, a escala norton, a escala de Gosnell, a escala de Braden e a escala waterlow podem ser utilizadas para avaliar as úlceras de pressão em adultos. Avaliar as úlceras sob pressão consiste na avaliação e classificação dos riscos. Nesta avaliação devem ser incluídas vários aspetos nomeadamente integridade da pele, marcha, deglutição e mobilidade.

O artigo refere também que para determinar o estado da destruição de tecidos em úlceras de pressão, pode ser utilizado o sistema de classificação da úlcera de pressão NPUAP/European Pressure Pressure (EPUAP)/Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA)

Pressure Ulcer Classification ([27]). É referido, também, que os enfermeiros devem atualizar continuamente os seus conhecimentos e capacidade de classificação da úlcera de pressão.

O Diagnóstico

Segundo este artigo, depois de concluir a avaliação da condição do paciente, o enfermeiro, deve fazer um diagnóstico preciso e específico que irá orientar a seleção de intervenções eficazes.

Planeamento e implementação

O artigo refere ainda que, no processo de enfermagem, após concluída a avaliação, segue-se o planeamento e implementação. Segundo os autores a Associação Norte-Americana de Diagnóstico de Enfermagem-Internacional (NANDA-I) propôs as seguintes intervenções para o tratamento de doentes com úlceras de pressão: avaliação da pele, tratamentos tópicos, banhos, monitorização de sinais vitais, nutrição, posicionamento e gestão urinária. No entanto, uma investigação recente alegou que o posicionamento a cada hora já não é recomendado, uma vez que não parece eficaz na prevenção de úlceras de pressão e, na verdade, aumenta o risco de privação severa do sono. Em vez disso, é recomenda a utilização de colchões de ar sob pressão para evitar úlceras de pressão. Refere ainda que é imperativo que os enfermeiros tomem em consideração os pilares do tratamento da úlcera de pressão: alívio da pressão, controlo de infeções, desbridamento, pensos, agentes tópicos, otimização do doente, controlo de contaminação, cirurgia para reconstrução da pele e monitorização rotineira da progressão da ferida.

A Avaliação

Segundo os autores, a avaliação das de úlceras de pressão centra-se na localização, forma, tamanho, tipo de tecido, bordas da ferida, margens, pele peri-ferida, exsudado, dor, infeção, idade da ferida, frequência da avaliação da ferida e capacidade dos pacientes para gerir as suas feridas.

A Cura

Da análise efetuada ao artigo, percebemos que a cura é indicada como sendo a base patológica e terapêutica em que o paciente com UP e a sua família recebem tratamento. Neste círculo o enfermeiro é encorajado a usar conhecimentos abrangentes e competências atualizadas. Os autores referem ainda que este círculo de cura deve ser compartilhado com outros profissionais de saúde, nomeadamente, médicos fisioterapeutas, nutricionistas e cirurgiões.

Os autores referem ainda que para otimizar o tratamento da úlcera sob pressão na

comunidade os enfermeiros comunitários devem implementar alterações organizacionais sustentadas que melhorem a qualidade dos cuidados de saúde. Assim, as estratégias organizacionais de programas de prevenção da úlcera sob pressão devem envolver dirigentes, comités de saúde, equipas treinadas e especialistas em cuidados com UP.

Referem ainda que para reduzir o custo do atendimento, incidência e prevalência de úlceras de pressão, são necessárias melhoria de qualidade nos cuidados domiciliários, nos centros de apoio e lares de idosos usando métodos de prevenção baseados em evidências.

Os autores referem que a cura envolve o dever dos enfermeiros de tratar os pacientes. Para as úlceras de pressão, o SSKIN pode ser utilizado como um modelo inter-relacionado para a prevenção: (S) inspeção cutânea, que deve ser feita precocemente; (S) superfície — deve ser assegurado que os pacientes têm o suporte certo; (K) manter — os pacientes devem ser mantidos em movimento; (I) incontinência (isto é, humidade) — deve ser assegurado que os pacientes sejam mantidos limpos e secos; e (N) nutrição e hidratação — uma dieta adequada e a ingestão de líquidos devem ser asseguradas ([6]). O Instituto Nacional de Saúde e Excelência em Cuidados de Saúde recomenda que o estado nutricional dos doentes seja avaliado através da Ferramenta de Rastreio Universal de Malnutrição (MUST) Além disso, também foi descrito um programa de prevenção da úlcera sob pressão, que incluía 1) implementação da prática clínica baseada em evidências; 2) selecionar produtos adequados no cuidado da ferida; e 3), educação para médicos e prestadores de saúde. A execução de tal programa no contexto comunitário deve ser considerada, incluindo quaisquer recursos potenciais que possam assegurar o seu sucesso.

Neste sentido, os autores concluem, que a gestão da úlcera de pressão incorporando a teoria de Lydia Hall é uma forma eficaz de traduzir a investigação em prática, sendo reforçado o papel dos enfermeiros comunitários na integração das dimensões da teoria. Sendo o “núcleo” os pacientes, o “cuidado”, o corpo do paciente refletindo o aspeto da enfermagem que envolve os cuidados físicos e psicológicos e que atendem às necessidades básicas diárias dos pacientes, e a “cura” a base patológica e terapêutica em que o paciente com UP e a sua família recebem tratamento.

No círculo da cura os enfermeiros devem usar conhecimentos abrangentes e competências atualizadas e devem compartilhar os cuidados aos pacientes com outros profissionais de saúde.

Também foram indicados 10 aspetos que devem ser considerados como base de um trabalho de equipa eficaz para otimizar o trabalho colaborativo no tratamento das úlceras de pressão na comunidade: atributos de liderança e gestão, recompensas pessoais, comunicação eficaz e estruturada, recursos e procedimentos adequados, características individuais, competências adequadas, formação e desenvolvimento, clareza de visão, equipa de apoio, qualidade dos cuidados e respeito e compreensão.

Concluíram ainda que as úlceras de pressão ocorrem tanto em hospitais como em ambientes comunitários, concluindo também que os doentes que vivem na comunidade têm menos interação com os profissionais de saúde do que os doentes em contexto hospitalar.

Concluíram também que alguns pacientes que em meio hospitalar aderem aos tratamentos, voltar a hábitos pouco saudáveis quando regressam a casa. Assim, são necessárias delinear estratégias específicas para cada paciente, de modo a evitar os fatores de risco que levam às úlceras de pressão.

Assim compreender a complexa interação entre pacientes, enfermeiros e outros elementos do sistema de saúde é fundamental para a gestão da lesão da pressão em ambientes comunitários. É igualmente importante tomar medidas de prevenção de lesões sob pressão em doentes com risco elevado, com as seguintes recomendações:

- Empenho dos profissionais de saúde: os profissionais de saúde devem estar empenhados em aprender sobre o estilo de vida dos seus pacientes e depois usar este conhecimento para desenvolver um plano de cuidados de enfermagem e implementá-lo nos cuidados diários dos doentes. Foi também reconhecido que o envolvimento precoce e o empenho do pessoal a todos os níveis ao longo da implementação do plano de cuidados aumenta a probabilidade de sucesso.
- Desenvolvimento de um projeto de comunicação de úlceras sob pressão: os enfermeiros envolvidos em cuidados com úlceras sob pressão devem considerar o desenvolvimento de uma campanha de marketing social como um esforço para diminuir a prevalência de lesões por pressão na comunidade. Tal campanha poderia consistir em: rever os problemas existentes na comunidade; identificando os conhecimentos, atitudes e percepções do pessoal da linha da frente da prevenção de lesões por pressão; desenvolver as ferramentas de comunicação necessárias; e realizar um estudo piloto para testar a eficácia da campanha, incluindo uma avaliação.
- Prevenção da úlcera sob pressão na prática de rotina: qualquer programa de prevenção de lesões por pressão deve motivar e envolver todos os recursos de saúde da comunidade para alcançar o sucesso a longo prazo. A realização de cursos regulares de formação e a revisão das diretrizes relativas ao tratamento de lesões por pressão podem ser úteis na atualização dos conhecimentos do pessoal. A prevenção de lesões por pressão também deve ser efetuada no âmbito dos cuidados domiciliários. As intervenções de enfermagem únicas para o cenário domiciliário neste contexto incluem: educar os cuidadores para se envolverem na prevenção de lesões por pressão e colaborar com a equipa multidisciplinar mais alargada para o apoiar.
- Melhorar as intervenções de úlceras sob pressão na comunidade: isso pode ser conseguido trabalhando com enfermeiros especialistas, comités de direção e clínicos locais dedicados e implementando programas de prevenção de úlceras sob pressão. Além disso, as intervenções comportamentais, a salvaguarda de intervenções, as intervenções técnicas e as intervenções integradas (envolvendo doentes e as suas famílias e as autoridades sanitárias e locais) também podem ser úteis (.20)).

Os autores concluem assim que a integração da teoria de Lydia Hall na prática comunitária proporciona uma nova perspetiva sobre os cuidados com a úlcera sob pressão. A prática baseada em evidências relativa ao tratamento da úlcera sob pressão e aos protocolos bem organizados para orientar a prevenção e os cuidados de pressão

devem ser divulgados rotineiramente. Os enfermeiros devem adotar uma abordagem pró-ativa para prevenir a ocorrência e a recorrência de úlceras de pressão em ambientes comunitários.

Transcreve-se algumas frases do contexto do artigo que evidenciam as conclusões anteriormente descritas:

“Pressure ulcer/injury remains a significant health problem in the community, requiring comprehensive care. Nurses are involved in the management and prevention of pressure injury.” (p.1)

“...pressure ulcers commonly develop in an acute care setting. Coupled with this, bowel

incontinence and the inability to mobilise are the risk factors of pressure ulcer development...” (p.1)

“Pressure ulcers have a significant impact on health burden, quality of life, social interaction, pain and discomfort and length of hospital stay; if they become infected, sepsis can be triggered (leading to cardiac arrest) and they can even cause death. ...” (p.1)

“It is therefore apparent that any intervention to accelerate the healing of pressure ulcers as well as prevent them must be taken seriously. Pressure-reducing devices, local wound treatment, improved nutrition and debridement are well-recognised tools to prevent pressure ulcers (Thomas, 2013). Assessment of the risk factors, bed mobility, adequate tissue perfusion, pressure reduction on the bed and maintenance of nutritional status all have a considerable impact on patient outcomes (Osuala, 2014), and the management of pressure ulcers involves therapeutic sleep surfaces, sliders for repositioning, heel-lift boots and various incontinence products (Martin et al, 2017).” (p.1)

Despite the considerable evidence available on the treatment of pressure ulcers, to the author’s knowledge, no study has demonstrated a holistic nursing approach involving both the physical and mental health aspects for treating patients with pressure ulcers in the community setting.” (p.1)

The present article discusses the application of the ‘core, care and cure’ theory developed by

Lydia Hall (Hall, 1964) to pressure ulcer care in the community.” (p.1)

The core in Hall’s (1964) theory is the patients who receive nursing care. This dimension consists of goals (reflecting feelings and values) that have been set by the patient, rather than by any other person involved in the care process (Alligood, 2014). By using effective communication, nurses are encouraged to recognise patients’ goals,

including social, biological, spiritual and psychological elements." (p.2)

According to Hall's theory (1964), the 'care' represents patients' bodies and reflects the aspect of nursing that involves physical care." (p.2)

Self-management of pressure ulcers should be extended to cover all processes, including education of patients and their families. In doing so, community nurses can also help the family to manage the resources required to provide daily patient care." (p.2)

Assessment of pressure ulcers consists of risk assessment and classification (Peate and Glencross, 2015), and the Norton scale, Gosnell scale, Braden scale and Waterlow scale can be used to assess pressure ulcers in adults. To determine the state of tissue destruction in pressure ulcers, the NPUAP/European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP)/Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA) Pressure Ulcer Classification system can be used (Peate and Glencross, 2015). However, it is necessary for nurses to continuously refresh their knowledge and ability for pressure ulcer classification." (p.3)

Once the assessment is complete, a nursing diagnosis must be made on the basis of the patient's condition. A specific and accurate nursing diagnosis will guide the selection of effective interventions." (p.3)

The North American Nursing Diagnosis Association- International (NANDA-I) proposed the following interventions for treating patients with pressure ulcers: skin assessment, topical treatments, bathing, vital signs monitoring, nutrition, positioning and urinary management (Lucena et al, 2012)." (p.3)

Community nurses should implement sustained organizational changes that improve the quality of care (Peterson et al, 2015)." (p.3)

...organisational strategies of pressure ulcer prevention programmes involving policy makers, health committees, educated staff and wound care specialists appear to be effective in optimising pressure ulcer treatment in the community." (p.3)

...care, assisted-living facilities and nursing homes using evidence based prevention methods is cost-effective and practical (Makai et al, 2010)." (p.3)

To optimise collaborative work to treat pressure ulcers in the community, the following 10

aspects should be considered as the basis of effective teamwork: leadership and management attributes, personal rewards, effective and structured communication, appropriate resources and

procedures, individual characteristics, appropriate skills, training and development, clarity of vision, supportive team, quality of care and respecting and understanding roles

(Nancarrow et

al, 2013). ” (p.3)

Developing a pressure ulcer communication project: nurses involved in pressure ulcer care should consider developing a social marketing campaign as an effort to decrease the prevalence of pressure injury in the community (McIntyre, 2013). Such a campaign could consist of: reviewing existing problems in the community; identifying frontline staff ’s knowledge, attitudes and perceptions of pressure injury prevention; developing the necessary communication tools; and conducting a pilot study to test the effectiveness of the campaign, including an evaluation. ” (p.4)

Nursing interventions unique to the home setting in this context include: educating caregivers to engage in pressure injury prevention. ” (p.49)

“KEY POINTS

Acute care settings, bowel incontinence and inability to transfer are the main factors underlying pressure injury development

This study integrates Lydia Hall’s core, care and cure theory with pressure injury management

Organisational strategies play a fundamental role in pressure ulcer prevention

Patients, their families and community nurses” should be committed during all stages of pressure ulcer management” ” (p.5)

☐ Nível de Evidência alcançado:

Level 5 – Bench research/ single expert opinion

☐ Contributo para a questão de revisão:

Uma vez que a questão desta scoping review é: Quais as estratégias de intervenção de enfermagem para prevenção de úlceras de pressão nos Utentes da ECCI? e sendo o objetivo deste estudo, discutir e integrar a teoria do núcleo, cuidado e cura de Lydia Hall na gestão e prevenção das lesões de pressão nos cuidados domiciliários, este artigo constitui um importante contributo para a definição e construção de estratégias e modelos e protocolos organizados que levem à implementação desta teoria na rotina diária dos cuidados domiciliários prestados a doentes com UP.

Permitiu assim evidenciar que:

As úlceras de pressão em contexto domiciliário são um problema de saúde significativo na comunidade, requerendo cuidados de saúde abrangentes, estando os

enfermeiros envolvidos na gestão e prevenção destas lesões.

Portanto, é evidente que qualquer intervenção para acelerar a cura das úlceras de pressão, bem como evitá-las, deve ser levada a sério

Lydia Hall desenvolveu uma teoria sobre os cuidados de enfermagem em que estabelece simbolicamente a interligação de três círculos, em que cada um reflete um aspeto da enfermagem.

Segundo esta teoria, o círculo “núcleo” constituem os pacientes, o “cuidado”, o corpo do paciente refletindo o aspeto da enfermagem que envolve os cuidados físicos e psicológicos e que atendem às necessidades básicas diárias dos pacientes, e a “cura” representa o tratamento e a interligação do enfermeiro e os outros membros da equipa de saúde e a família do paciente.

A aplicação da teoria desenvolvida por Lydia Hall à prática no cuidado aos pacientes com úlcera de pressão em contexto domiciliário proporciona uma nova perspetiva sobre os cuidados com a úlcera sob pressão, sendo uma forma eficaz de traduzir a investigação em prática.

A avaliação das Úlceras de pressão consiste na avaliação e classificação do risco (Peate e Glencross, 2015), e as escalas de Norton, Gosnell, Braden e Waterlow podem ser usadas para avaliar Úlceras de pressão em adultos.

Neste sentido poderá ser adotado o modelo SSKIN, inter-relacionado 5 fatores preponderantes para prevenção de UP, nomeadamente: (S) inspeção da pele, que deve ser feita precocemente; (S) superfície - deve-se garantir que os pacientes tenham o suporte adequado; (K) manter - os pacientes devem se manter em movimento; (I) incontinência (ou seja, humidade) - deve-se garantir que os pacientes sejam mantidos limpos e secos; e (N) nutrição e hidratação - dieta adequada e líquidos a ingestão deve ser garantida (Campbell, 2016).

O artigo refere também que pode ser utilizado o sistema de classificação da úlcera de pressão do NPUAP/European Pressure Pressure (EPUAP)/Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA) Pressure Ulcer Classification.

Neste sentido é evidente para os autores que avaliação dos fatores de risco, utilização de dispositivos de redução de pressão, estímulo à mobilidade no leito, perfusão tecidual adequada, redução da pressão no leito e manutenção do estado nutricional, têm um impacto considerável nos resultados do paciente (Osuala, 2014),

Assim, considere-se pertinente que os enfermeiros envolvidos no tratamento de Úlceras de pressão desenvolvam uma campanha de marketing social como um esforço para diminuir a prevalência de lesões por pressão na comunidade (McIntyre, 2013).

Essa campanha poderia consistir em: revisão dos problemas existentes na comunidade; identificar o conhecimento, atitudes e percepções do pessoal da linha de frente sobre a prevenção de lesões por pressão; desenvolver as ferramentas de comunicação necessárias; e a realização de um estudo para testar a eficácia da campanha, incluindo uma avaliação.

Assim, dever-se-á definir estratégias, modelos e protocolos organizados no sentido de serem efetivamente integrados na rotina diária dos cuidados domiciliários prestados a doentes com úlceras de pressão.

Appendix V: Data extraction instrument

Título da Revisão: Prevenção de Úlceras de Pressão nos Utentes da ECCI

Questão: Quais as estratégias de intervenção de enfermagem para prevenção de úlceras de pressão nos Utentes da ECCI?

Critérios de Inclusão (PCC):

População: Utentes integrados em ECCI

Conceito: Prevenção , Úlcera de Pressão e Enfermagem

Contexto: Cuidados domiciliários.

☐ Artigo n.º 16

☐ Título:

- “Patients’ and Caregivers’ Conceptualisations of Pressure Ulcers and the Process of Decision-Making in the Context of Home Care”.
- ' Conceptualização de pacientes e cuidadores acerca de úlceras de pressão e processos de tomada de decisão no contexto do atendimento domiciliar”

☐ Autor:

Francisco José García-Sánchez , Vicente Martínez-Vizcaíno , Beatriz Rodríguez-Martín

☐ Ano da Publicação:
2019

☐ País de origem:
Espanha

☐ Objetivos:

O objetivo deste estudo foi explorar as concetualizações de pacientes com úlceras de pressão e dos seus cuidadores sobre as barreiras e facilitadores para o seu envolvimento no processo de tomada de decisão compartilhada nos cuidados prestados em contexto de cuidado domiciliário.

☐ Metodologia/métodos:

Estudo qualitativo baseado na teoria fundamentada numa amostra teórica de pacientes com úlcera de pressão (UP) e cuidadores informais de pessoas com UP. Os dados foram baseados em entrevistas semiestruturadas com amostra teórica de 10 pessoas que tiveram UP, atualmente ou no passado, e 15 cuidadores com experiência atual ou passada de cuidar de pacientes com UP, analisadas através de um processo de codificação e do método comparativo constante. Este método indutivo foi utilizado, pois forneceu uma explicação teórica da percepção dos participantes do processo de tomada de decisão compartilhada (TDP) no contexto domiciliar de UP.

Também foi garantida a participação de pacientes e cuidadores de ambos os sexos, com diferentes idades e características sociodemográficas (estado civil, nível de estudos, categoria e localização da UP, localização onde se desenvolveu a UP, dias de evolução da dor, parentesco dos cuidadores e situação no trabalho), de modo a que a amostragem fosse o mais abrangente possível.

☐ Interpretação desenvolvida:

Com este estudo pretendeu-se explorar as conceptualizações de pacientes com úlceras de pressão e dos seus cuidadores relativamente às barreiras e facilitadores, de modo a levar ao seu envolvimento no processo de tomada de decisão compartilhada nos cuidados prestados em contexto domiciliário.

As úlceras de pressão são um problema importante de saúde pública que aumenta a morbidade, a qualidade de cuidados necessários e a falta de autonomia ou dependência dos pacientes. O domicílio é o local preferencial para o tratamento das UP,. Os cuidadores informais adquirem, assim, um papel fundamental no cuidar do paciente

Neste sentido, torna-se indispensável compreender o quão importante é o envolvimento dos pacientes e dos seus cuidadores na tomada de decisão nos cuidados prestados.

Segundo este estudo existem duas barreiras e dois facilitadores que influenciam a tomada de decisões compartilhadas no atendimento domiciliário de úlceras de pressão. Como barreiras são indicadas as “limitações pessoais” e as “características organizacionais do sistema de saúde” e como facilitadores são indicados a “motivação pessoal” e o “envolvimento de profissionais de cuidados primários”.

Dentro das barreiras as “limitações relacionadas aos fatores pessoais dos participantes” foi subdividida pelos autores em três categorias:

- Idade avançada
- Patologia incapacitante
- Baixa escolaridade

Os autores referem que ter idade avançada e baixa escolaridade foram considerados pelos participantes como uma barreira à sua participação no cuidado das UP. Doentes que, para além de UPs, sofriam de outras patologias, infeções ou estivessem em convalescença pós-cirúrgica, também tiveram dificuldade em participar no processo de tomada de decisão compartilhada.

Nas limitações relacionadas com a organização do sistema de saúde, os autores

referem uma única categoria:

“Influência do modelo paternalista de organização do cuidado”.

Os autores referem que alguns participantes (pacientes e cuidadores) consideraram que não tiveram oportunidade de participar na tomada de decisões relativamente aos cuidados prestados. Os profissionais de saúde tomaram todas as decisões e não consideraram as opiniões quer dos pacientes quer dos cuidadores informais.

Relativamente aos facilitadores, como vimos anteriormente, são indicados as categorias “motivação pessoal” e “envolvimento de profissionais de cuidados primários.

Os autores subdividiram a categoria “motivação pessoal” em:

“Sentimentos positivos associados na implicação na tomada de decisão” e este subdivide-se em 4 subcategorias:

- Bem-estar”,
- “Paz de espírito”,
- “Sentimentos de produtividade” e
- “Disponibilidade para participar na elaboração das diretrizes da prática clínica”.

Segundo os autores, os participantes consideraram que a sua motivação pessoal facilitou o seu envolvimento no processo de tomada de decisão, associando essa motivação ao aparecimento de emoções positivas (bem-estar, paz de espírito, sensação de ser produtivo)

Além disso, também foi referido que alguns participantes expressaram a sua vontade de participar da redação de textos técnicos e documentos sobre o cuidado à pessoa com UP.

Na categoria “envolvimento dos profissionais de cuidados primários” surgiram 3 categorias:

- : “Proximidade”,
- “Confiança” e
- “Atitude dos profissionais em relação a sua abertura relativamente às opiniões dos pacientes e familiares”. Esta categoria subdivide-se em 2 subcategorias:
 - “Comunicação eficaz” e
 - “A necessidade de ser ouvidos

Os autores referem que o envolvimento dos profissionais de saúde de cuidados primários, especialmente os enfermeiros, tem um papel importante a desempenhar no desenrolar do processo de TDP, facilitando a participação tanto das pessoas com UP como dos seus cuidadores.

A construção da relação entre o paciente e os profissionais da saúde no sentido em que o doente se deve sentir à vontade para participar, o ambiente de proximidade e confiança gerados, foi um dos fatores referidos pelos participantes como um fator que contribuiu para o seu envolvimento no processo.

Também foi referido pelos autores a importância dos pacientes e cuidadores serem

ouvidos, terem uma voz ativa no processo. Os participantes, em particular os cuidadores informais, valorizaram serem ouvidos pelos profissionais e poderem partilhar a sua experiência.

Neste sentido, os autores concluem, com base nas entrevistas efetuadas, que os enfermeiros são percebidos como os profissionais que mais ativamente promovem a participação dos pacientes e cuidadores no processo de TDP nas úlceras de pressão e que oferecendo a oportunidade de participação dos pacientes com UP e seus cuidadores no processo de TDP no domicílio, levam ao aparecimento de sentimentos de bem-estar tanto nos pacientes como nos seus cuidadores.

Também concluíram que a TDP requer adaptações e mudanças importantes no sistema de saúde de modo a promover a participação ativa de pacientes e cuidadores, dando-lhe voz e aproveitando a motivação e experiência que possuem no cuidado das UP. Concluindo também que deve ser evitado o paternalismo, favorecendo a proximidade e confiança que geram a segurança do ser ouvido e levado em consideração.

Transcreve-se algumas frases do contexto do artigo que evidenciam as conclusões anteriormente descritas:

“Although the addition of patients in the process of shared decision-making can improve their recovery, there is a lack of knowledge about patients’ and caregivers’ perceptions on the management of pressure ulcers at home.” (p.1)

“...explore the conceptualisations of patients with pressure ulcers and their caregivers on the barriers and facilitators for their involvement in home care and in the process of shared decision-making regarding the care provided.” (p.1)

“According to the participants, personal motivation and the involvement of primary care professionals facilitated their participation in the process of shared decision-making and generated feelings of positivity. In contrast, older age, having disabling pathologies, a low educational level or health paternalism were perceived as barriers for their involvement.

“A non-paternalistic care model and personal motivation facilitate the process of shared decision-making in the care of people with pressure ulcers.” (p.1)

“In order to apply SDM, it is necessary to respect the patient’s autonomy, abandoning paternalistic models regarding the relationship between health professionals and patients/family members and respecting the principle of patient autonomy...” (p.1)

“A recent Cochrane review a_rms that patients who are better informed also perceive the risks associated with their pathology better and acquire a more active role in the process of SDM about their health.” (p.2)

“Patients with chronic wounds and their caregivers do not feel involved in the

decision processes regarding the prevention and care of their wounds. A communication system between patients, caregivers and health teams should be developed to enable informed evidence-based decisions about the person's health care..." (p.2)

"Despite the knowledge that patient involvement in care can be an effective pressure injury prevention strategy, and that a majority of patients prefer to take a proactive role in pressure injury prevention, barriers have been identified that made it difficult for them to participate in the prevention and care of these chronic wounds." (p.2)

The home is perceived as the preferred place for the care of people with PU [20–22], with the main caregiver (MC) acquiring an essential role in patient care and the resolution of the PU." (p.2)

"A qualitative study was designed, based on grounded theory in a theoretical sample of patients with PU and main caregivers of people with PU [25–27]. As a data collection technique, we used semi-structured interviews with a theoretical sample of 10 people who had a PU, either currently or in the past, and 15 caregivers with a current or past experience of caring for the same. This inductive method was used as it provided a theoretical explanation of the perception of participants of the process of SDM in the home care of PU." (p.2)

"All interviews were anonymised before verbatims were transcribed, in order to guarantee the

confidentiality of the treatment of the data. After this, the transcriptions were analysed to discern the conceptualisations of the participants of the process of SDM in the home care of PUs and to obtain a theoretical explanation of the phenomenon." (p.5)

"Within the facilitators, the code "The involvement of primary care professionals" resulted in the emergence of three categories: "Closeness", "Trust" and "The attitude of professionals regarding their open mindedness to the opinions of patients and family members", including two subcategories in this last category: "Effective communication" and "The need to be listened to". The other facilitator's code, "Personal motivation", resulted in the following category: "Positive feelings associated with the implication in decision-making", and four subcategories: "Wellbeing", "Peace of mind", "Feelings of productivity" and "Willingness to participate in the drafting of clinical practice guidelines". Within the barriers, in the code "Limitations related to participants' personal factors", three categories appear: "Advanced age", "Disabling pathology" and "Low educational level". In the code "Limitations related to the organization of the health system", one category appears: "Influence of the paternalistic model of organization of care"." (p.6)

"Involvement of Primary Care Professionals The involvement of primary care professionals, especially nursing professionals, facilitated the participation of both people with PU and their caregivers in the process of SDM." (p.7)

"Following the line of a previous study, this study confirms that proximity, trust and an effective and bidirectional communication between people with PU/caregivers and health professionals are essential aspects for the effective participation of patients and their family members in the process of SDM." (p.10)

"...the contributions of this study are that, in the case of care administered by primary care, nursing professionals are those who most actively promote the involvement of patients and their family members in the process of SDM." (p.10)

"Our findings are consistent with previous research, suggesting that not all patients are willing to participate in decision-making concerning their care [7,39,40]. Despite this, the participants felt that professionals should listen to them, provide more information on the care process and request their opinions and experience regarding their care." (p.10)

"The results of this study highlight the availability and interest of people with PU and their caregivers to collaborate as much as possible in the drafting of guidelines or technical documents on the care of people with PUs." (p.10)

"Our data are important for the home care management of PU, since they highlight that primary care nurses are perceived as the professionals who most actively promote the participation of patients and caregivers in the process of SDM in these injuries." (p.11)

"The willingness of patients and caregivers to follow guidelines and technical documents on the prevention and treatment of PUs provides an excellent opportunity for managers and health professionals to incorporate the vision of patients and their caregivers." (p.11)

"Effective mechanisms of participation must be strengthened, avoiding paternalism and strengthening fundamental values of primary health care, such as proximity or trust, which generate the security of being heard and taken into account in patients concerning their care, as well as in caregivers." (p.11)

☐ Nível de Evidência alcançado:

Level 4 – Observational – Descriptive Studies

☐ Contributo para a questão de revisão:

Uma vez que a questão desta scoping review é: : Quais as estratégias de

intervenção de enfermagem para prevenção de úlceras de pressão nos Utentes da ECCI? e sendo o objetivo deste estudo, explorar as conceptualizações de pacientes com úlceras de pressão e dos seus cuidadores sobre as barreiras e facilitadores para o seu envolvimento no processo de tomada de decisão compartilhada nos cuidados prestados em contexto de cuidado domiciliário, este artigo constitui um importante contributo para a definição e construção de estratégias e modelos que levem pacientes com UP e seus cuidadores a participarem ativamente no processo de tomada de decisão compartilhada sobre os cuidados prestados em contexto domiciliários.

Permitiu assim evidenciar que:

O domicílio é percebido como o local preferencial para o cuidado das pessoas com UP, adquirindo o cuidador informal um papel fundamental no cuidado ao paciente e na resolução da UP.

Na tomada de decisão compartilhada, são encontradas barreiras e facilitadores. As barreiras podem advir quer do paciente e do cuidador informal, quer da organização do sistema de saúde. Como barreiras relativamente ao paciente/cuidador, são apontadas a idade avançada, a baixa escolaridade, e a presença concomitante de outras patologias e como barreiras da organização de saúde foram apontadas a influência do modelo paternalista da organização do cuidado, modelo esse que peca por os profissionais de saúde tomarem todas as decisões, não considerando as opiniões quer dos pacientes com UP, quer dos seus cuidadores.

Como facilitadores foram apontados a motivação pessoal dos pacientes e dos seus cuidadores, sentimentos de produtividade e a disponibilidade em participar na elaboração de diretrizes da prática clínica.

O envolvimento de profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, foi considerado de grande importância, visto que promove o processo de TDP.

A construção de uma relação de confiança e proximidade entre profissionais de saúde, pacientes e os seus cuidadores, também foram descritos como sendo um fator positivo relativamente ao TDP, pois contribui para o envolvimento no processo de pacientes e cuidadores. Também foi referida a importância dos participantes terem voz ativa no processo de TDP.

O paciente que conhece o tratamento, que percebe e discutiu as suas implicações estará, com certeza, mais preparado não só para seguir o tratamento, mas também para identificar complicações, avaliando atempadamente o risco pondo em prática estratégias de prevenção precoces.

Também foi referido que, para evitar o paternalismo da saúde, devem ser introduzidas intervenções que visem a formação dos profissionais de saúde em modelos mais cooperativos de atendimento ao paciente.

Assim, dever-se-á elaborar um sistema de comunicação entre pacientes, cuidadores e equipas, que permita incorporar a visão dos pacientes e de seus cuidadores nas decisões

baseadas em evidência científica que estimulem os paciente e cuidadores informais a seguir as diretrizes e documentos técnicos sobre a prevenção e o tratamento das UP em contexto domiciliário.

Appendix V: Data extraction instrument

Título da Revisão: Prevenção de Úlceras de pressão nos Utentes da ECCI

Questão: Quais as estratégias de intervenção de enfermagem para prevenção de Úlceras de pressão nos Utentes da ECCI?

Critérios de Inclusão (PCC):

População: Utentes integrados em ECCI

Conceito: Prevenção , Úlcera de Pressão e Enfermagem

Contexto: Cuidados domiciliários

Artigo: nº 23:

Titulo:

“Factors in facilitating an organisational culture to prevent pressure ulcers among older adults in health-care facilities”

“Fatores que facilitam uma cultura organizacional para prevenir úlceras de pressão entre idosos em unidades de saúde”

Autor/es:

Brandy Stadnyk; Elaine Mordoch e Donna Martin,

Ano da Publicação:

2018

País de origem:

Canada

Objetivos:

O objetivo deste estudo foi compreender quais os fatores que facilitam a prevenção de Úlceras de pressão em adultos com mais de 65 anos de idade atendidos em unidades de saúde.

Metodologia/métodos:

Revisão crítica da literatura com recurso a três bases de dados académicas com o objetivo de examinar os componentes da cultura organizacional associada à prevenção de UP. Foram incluídos artigos envolvendo adultos > 65 anos de idade internados em unidades de saúde agudas e de longa permanência com programas de prevenção de UP entre 2010 e 2017. Inclui também um revisão de 41 artigos que foram fruto de uma busca manual secundária que incluiu literatura baseada na cultura organizacional de saúde.

Fontes de pesquisa utilizadas:

Bases de dados académicos (CINAHL, PubMed, Medline) e pesquisa manual.

Interpretação desenvolvida:

O objetivo deste estudo foi compreender quais os fatores que facilitam a prevenção de Úlceras de pressão em adultos com mais de 65 anos de idade atendidos em unidades de saúde. Úlceras de pressão (úlceras de pressão; também conhecidas como lesões por pressão) são áreas de danos localizados na pele e/ou estruturas subjacentes devido à pressão e/ou fricção e cisalhamento.

Os autores referem que as úlceras de pressão estão entre os cinco principais erros médicos nos países ocidentais e salvo algumas exceções, a maioria das úlceras de pressão são evitáveis e o seu desenvolvimento é um indicador de qualidade de cuidados de saúde.

Existem diretrizes publicadas que descrevem claramente o tipo de avaliações e cuidados necessários para prevenir o desenvolvimento de Úlceras de Pressão, existindo segundo os autores a falta tradução dessas diretrizes para a prática, constatando que apenas 10% dos pacientes identificados como "em risco" para o desenvolvimento de úlcera de pressão recebem intervenções de prevenção adequadas e 40% não recebem cuidados baseados nas melhores práticas atuais .

Neste sentido apontam o conhecimento insuficiente da equipa, atitudes negativas, atendimento inconsistente falta de tempo e escassez de recursos humanos são barreiras encontradas pela equipa prestadora de cuidados.

Os autores referem que as barreiras organizacionais podem ser superadas se forem promovidos fatores que facilitem um foco contínuo na prevenção de úlceras de pressão. Reforçando que as taxas de Úlceras de pressão adquiridas em hospitais diminuem universalmente após a implementação de um Programa de Prevenção de Úlceras de pressão.

Assim, o "Modelo de Fatores que facilitam a prevenção de úlceras de pressão", compreende círculos em expansão para representar os cinco principais fatores identificados na literatura para facilitar a prevenção de úlceras de pressão em instalações de saúde. Construídos uns sobre os outros para alcançarem uma cultura de prevenção de úlceras de pressão, nomeadamente:

Suporte da liderança sénior,

Educação,

Melhoria contínua da qualidade

Prática clínica

"Peritos" ("Champions") em prevenção de úlceras de pressão a nível do contexto da equipa.

1-Suporte da liderança sénior

Os autores referem que objetivo da mudança da cultura organizacional é fomentar o acesso ao atendimento ao paciente, torna-lo de alta qualidade, seguro e eficiente por meio da melhoria contínua da qualidade e da adesão às diretrizes da prática clínica. A mudança da cultura organizacional requer que estratégias de vários níveis sejam implementadas para priorizar continuamente a prevenção das úlceras de pressão e que os valores e crenças individuais da equipa evoluam para apoiar a prevenção.

A priorização da prevenção de úlceras de pressão pela liderança sénior capacita a equipa multidisciplinar de prestação de cuidados a incorporar a prevenção de úlceras de pressão como parte do tratamento de "rotina".

A liderança sénior também apoia a mudança por meio do envolvimento da equipa garantindo recursos financeiros e humanos para permitir a integração das diretrizes.

2- Educação

Os autores referem que a educação costuma ser o foco principal de qualquer esforço de mudança. No entanto, por si só, não pode criar mudança cultural.

O apoio da liderança sénior é fundamental para um compromisso contínuo com o desenvolvimento e a capacitação profissional da equipa prestadores de cuidados. No que concerne às úlceras de pressão os autores referem que os profissionais devem ser formados e que as atualizações sobre esta temática devem ser no mínimo anuais.

Constataram que apenas um em cada três pacientes e famílias referem que receberam informações da equipa sobre a prevenção de úlceras de pressão, a educação eficaz do paciente e da família envolve uma discussão contínua com a equipa prestadora de cuidados sobre fatores de risco específicos e como lidar com eles. Estas devem ser combinadas com informações por escrito que podem ser revistas de acordo com a conveniência das famílias e dos pacientes.

3- Melhoria contínua da qualidade

A melhoria contínua da qualidade, segundo os autores, é fundamental para a prevenção das úlceras de pressão, melhores resultados para os pacientes e para garantir a sustentabilidade da mudança de prática.

Os autores referem que, maior satisfação do paciente e dos funcionários e redução dos custos de saúde são usados para avaliar a mudança geral de cultura organizacional, enquanto os estudos de prevalência e incidência de úlceras de pressão são usados para avaliar o sucesso do Programa de Prevenção de Úlceras de Pressão.

Neste sentido consideram importante envolver a equipa de prestação de cuidados no desenvolvimento, planeamento, implementação e avaliação das iniciativas de mudança, referindo que melhora a adesão, aumentando a responsabilidade, o sucesso e a sustentabilidade da mudança.

Assim segundo os autores, baseados no modelo de "Conhecimento, Integração e transação de Palmer and Kramlich, referem que a liderança sénior, equipa multidisciplinar de prestação de cuidados e paciente e família devem trabalhar em conjunto e unir esforços para efetivamente implementar o "Modelo de Fatores que facilitam a prevenção de úlceras de pressão".

4-Prática clínica

Segundo os autores a prática clínica baseada na evidência, contribui para o sucesso da cultura organizacional e depende da educação, atitudes e valores da equipa de prestação de cuidados para garantir que as intervenções de prevenção de úlceras de pressão sejam incorporadas como parte dos cuidados de rotina.

Referem que o suporte organizacional para a prática clínica assume a forma de políticas atualizadas, cuidados padronizados, risco padronizado e documentação de avaliação da pele em cada momento de atendimento; comunicação regular entre familiares e todos os membros da equipa de saúde;

5- "Peritos" ("Champions") em prevenção de úlceras de pressão a nível do contexto da equipa.

Segundo os autores, o sucesso de qualquer mudança de prática depende da existência ou formação de peritos a nível da equipa de prestação de cuidados.

Para a prevenção de úlceras de pressão, os peritos são elementos da equipa de prestação de cuidados com formação avançada em tratamento de feridas e prevenção de úlceras de pressão. Eles facilitam a mudança de cultura ao educar, orientar, apoiar e capacitar outros elementos da equipa para incorporar diretrizes de boa prática clínica na prática de rotina. Os peritos são indivíduos de qualquer disciplina que são autodeclarados ou escolhidos pela administração com base na sua competência clínica, paixão pelo cuidado e prevenção de feridas e fortes habilidades de liderança.

Neste sentido, os autores concluem que com base numa síntese da literatura atual, o "Modelo de Fatores que facilitam a prevenção de úlceras de pressão" fornece orientação para facilitar a prevenção de úlcera de pressão, e neste sentido alcançar resultados positivos para o paciente. No entanto, a forma como esses fatores interagem dentro da organização determina a sustentabilidade da prevenção da Úlcera por Pressão.

Transcreve-se algumas frases do contexto do artigo que evidenciam as conclusões anteriormente descritas:

"Except during acute medical crisis or near end-of-life, most PUs are preventable and their development is a health-care quality indicator " (p.1)

"The aim of this study was to understand which factors facilitate pressure ulcer prevention among adults over 65 years-of-age receiving care in health care facilities. " (p.1)

"Pressure ulcers (PU; also known as pressure injuries) are areas of localised damage to the skin and/or underlying structures due to pressure and/or friction and shear. They affect a disproportionate number of adults who are older than 65 years-of-age because of cognitive impairment, decreased sensation, and multimorbidity. Risk factors for PU are well documented in the literature and in numerous clinical practice guidelines (CPG) Most acute and longTerm health-care facilities have implemented formal pressure ulcer prevention programs (PUPP), but hospital-acquired pressure ulcers (HAPU) continue to develop among older adults. " (p.1)

"PUs are among the top five medical errors in Western countries and are a quality indicator of care. " (p.1)

"Guidelines have been published for more than 30 years that clearly outline the type of assessments and care required to prevent PUs from developing; but translation of these guidelines to practice is lacking. " (p.1)

"Less than 10% of patients identified as 'at risk' for PU development receive appropriate prevention interventions and up to 40% of patients do not receive care that is based on current best practice " (p.1)

"Insufficient staff knowledge, negative attitudes, inconsistent care, and a perceived lack of time, resources and staff are barriers encountered by frontline staff. " (p.1)

"Organisational barriers can be overcome if factors are promoted that facilitate an ongoing focus on PU prevention. However, while rates of HAPU universally decrease after implementation of PUPP positive outcomes are not routinely sustained beyond four years of implementation. " (p.1)

"Titled 'Factors Facilitating Pressure Ulcer Prevention Model' (FFPUPM) to depict five multilevel factors for PU prevention. The FFPUPM includes support from senior leadership, education, ongoing quality improvement, clinical practice, and unit level champions in the context of PU prevention. Each factor is described in detail below. " (p.2)

“The purpose of organisational culture change is to support accessible, high-quality, safe and efficient patient care through continuous quality improvement and adherence to CPG.27,28 Organisational culture change requires that multilevel strategies be implemented to continuously prioritise PU prevention and that individual staff values and beliefs evolve to support prevention. “ (p.2)

“Organisational culture is at the core of the FFPUPM, which comprises expanding circles to represent the five key factors identified in the literature for facilitating PU prevention in health-care facilities. Building upon one another to achieve a culture of prevention, these five factors are senior leadership, education, ongoing quality improvement, clinical practice, and unit level champions. “ (p.3)

“Senior leadership oversees the integration and maintenance of an organisational culture in an effort to reduce PUs among older adults in health-care facilities. Senior leadership includes board members and executive level administration, nursing and physician groups who act as change agents to align the organisation’s culture and values with CPG. “ (p.3)

“Prioritisation of PU prevention by senior leadership empowers frontline staff to embed PU prevention as part of ‘routine’ care. “ (p.3)

“Senior leadership further supports change through staff engagement and accountability without blame, guaranteeing financial and human resources to enable the integration of CPG into practice, along with ongoing collaboration with and support for the multidisciplinary team (MDT) that includes health-care aides (HCA), patients, and families as partners in care. “ (p.3)

“Education is often the primary focus of any change effort. However, it alone cannot create culture change. Support from senior leadership is critical for an ongoing commitment to professional development, protected education time and resource development for patients and families. “ (p.3)

“Well-educated and engaged HCAs can identify skin changes early and are empowered to notify nursing staff to further assess and intervene.15,22 With only one in three patients and families reporting that they have received PU prevention information from staff, effective patient and family education entails ongoing discussion with frontline staff about specific risk factors and how to address them. These discussions should be combined with written information that can be reviewed at families’ and patients’ convenience. “ (p.3)

“Ongoing quality improvement is imperative for PU prevention, improved patient outcomes and to ensure the sustainability of practice change. Improved patient flow, increased patient and employee satisfaction, and decreased health-care costs are used to evaluate overall culture change, while PU prevalence and incidence studies are used to evaluate the success of PUPP. Involving frontline staff in the development, planning, implementation, and evaluation of change initiatives improves buy-in and adherence, heightens accountability for care and increases the success and sustainability of the change. “ (p.3)

“Clinical practice based on best practice contributes to the success of organisational culture and is dependent on the education, attitudes and values of frontline staff to ensure

that PU prevention interventions are embedded as part of routine care. “ (p.4)

“The multisystem model of knowledge integration and translation (MKIT) by Palmer and Kramlich supports the translation of the FFPUPM to practice. “ (p.4)

“Organisational support for clinical practice takes the form of up-to-date policies, standardised risk and skin assessment documentation at each juncture of care; regular communication about risk and skin assessments among patients, families and all members of the health-care team; and standardised care bundles. “ (p.4)

“These care bundles are order sets or algorithms of PU prevention interventions that can be implemented by the frontline nurse without consultation with a physician or clinical nurse specialist. “ (p.4)

“The success of any practice change is dependent upon unit-level champions. For PU prevention, these champions are frontline staff with advanced training in wound care and PU prevention. They facilitate culture change by educating, mentoring, supporting and empowering other frontline staff to use point-of-care resources and embed CPG into routine practice. Unit-level champions are individuals from any discipline who are self-declared or chosen by management based on their clinical competence, passion for wound care and prevention, and strong leadership skills. “ (p.4)

“Based on a synthesis of current literature, the FFPUPM provides guidance to facilitate PU prevention by identifying key factors of a preventative organisational culture. “ (p.4)

“An organisation with senior leadership support; education for staff, patients, and families; ongoing quality improvement; clinical practice based on CPG; and unit-level champions possesses the factors necessary to achieve positive patient outcomes. However, the way in which these factors interact within the organisation determines the sustainability of PU prevention“ (p.4)

Nível de Evidência alcançado :

Level 4 – Systematic review of descriptive studies

Contributo para a questão de revisão:

Uma vez que a questão desta scoping review é: Quais as estratégias de intervenção de enfermagem para prevenção de úlceras de pressão nos Utentes da ECCI? Sendo o objetivo deste estudo, aperfeiçoar o conhecimento e compreensão da natureza da boa prática de forma a identificar as estratégias de intervenção de enfermagem para prevenção de Úlceras de pressão nos Utentes da ECCI, este artigo constitui um importante contributo para a definição de uma linha orientadora baseada na evidência científica para uma abordagem abrangente na construção de uma um plano de prevenção de ulceras de pressão.

Permitiu assim evidenciar que:

A maioria das úlceras de pressão são evitáveis e o seu desenvolvimento é um indicador de qualidade de cuidados de saúde.

Apenas 10% dos pacientes identificados como "em risco" para o desenvolvimento de úlcera de pressão recebem intervenções de prevenção. Neste sentido, os autores apontam o conhecimento insuficiente da equipa, atitudes negativas, atendimento inconsistente, falta de tempo e escassez de recursos humanos como barreiras encontradas pela equipa


prestadora de cuidados.

Referem ainda que as barreiras organizacionais podem ser superadas se forem promovidos fatores que facilitem um foco contínuo na prevenção de úlceras de pressão. Reforçando que as taxas de Úlceras de pressão diminuem universalmente após a implementação de um Programa de Prevenção de Úlceras de pressão.

Assim, o "Modelo de Fatores que facilitam a prevenção de úlceras de pressão", compreende círculos em expansão para representar os cinco principais fatores, nomeadamente Suporte da liderança sénior, Educação, Melhoria contínua da qualidade, Prática clínica e existência de "Peritos" ("Champions") em prevenção de úlceras de pressão a nível do contexto da equipa.

Assim sendo, uma boa liderança que promova um ambiente que fomente a motivação, formação e capacitação da equipa prestadora de cuidados, para que por sua vez esta possa promover a educação eficaz do paciente e da família sobre fatores de risco específicos, técnicas de prevenção, recomendando que devem também ser combinadas com informações por escrito que podem ser revistas de acordo com a conveniência das famílias e dos pacientes.

ANEXO III – PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE UP DA ECCI DO CARTAXO

	UCC Cartaxo			Código:	
				Aprovado a:	27/10/2020
Versão: 2	PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE ÚLCERA DE PRESSÃO			Revisto a:	
Páginas:				Valido até:	
Tipo de procedimento	Clinico	X	Formação	Elaborado por: Enfº Tiago Barbosa	
	Administrativo		Serviço de apoio	Destinatários: Equipa de Enfermagem de ECCI	

ASSUNTO: PREVENÇÃO DA ÚLCERA DE PRESSÃO

OBJETIVO: Uniformizar intervenções e registos para a prevenção de úlceras de Pressão na ECCI

ENQUADRAMENTO:

A Unidade de Cuidados na Comunidade do Cartaxo, é definida segundo o Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de fevereiro, artº 11, como uma “unidade funcional de prestação de cuidados de saúde, apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física funcional ou de doença, que requeira acompanhamento próximo”.

Pretende contribuir, segundo a UCCCartaxo (2017:8) para a “melhoria do estado de saúde da população do Cartaxo visando a obtenção de ganhos e concorrendo de um modo direto para o cumprimento da missão do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Lezíria” em que se integra.

A ECCI tem um papel fundamental, quer na prestação de cuidados à pessoa dependente, quer na capacitação dos cuidadores informais, tornando assim, possível a prestação de cuidados continuados a pessoas dependentes, o apoio e capacitação dos seus cuidadores informais no seu contexto domiciliário.

A EPUAP & NPUAP& PPIA, (2014:13) classifica UP como “uma lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea, em resultado da pressão ou de uma combinação entre esta e forças de torção”. São divididas pelas seguintes categorias:

- Categoria/grau I: Eritema não branqueável;
- Categoria/grau II: Perda parcial da espessura da pele;
- Categoria/grau III: Perda total da espessura da pele;
- Categoria/grau IV: Perda total da espessura dos tecidos

Segundo a orientação nº17/2011 da DGS, cerca de 95% das úlceras de pressão são evitáveis; neste sentido e tendo como objetivo final a qualidade da prestação de cuidados, é necessária uma intervenção prioritária no que concerne aos fatores de risco e etiologia, avaliação do risco, caracterização das úlceras de pressão e registos.

Na vanguarda desta problemática, responsáveis pela criação e desenvolvimento de Guidelines internacionais para a prevenção e tratamento de UP estão a American National Pressure Ulcer Advisor Panel (NPUAP- grupo norte americano), o European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP - grupo europeu) e a Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA).

Ramos, (2013:15) refere que “Os dados epidemiológicos sobre úlceras de pressão em Portugal traduzem-se num indicador de qualidade dos cuidados de saúde prestados e estão sobretudo centrados nos cuidados de saúde diferenciados e demonstram que formam um problema de saúde pública em Portugal”, assim, “o desafio é a intervenção no âmbito da promoção da saúde podendo-se assim, associar como uma dimensão na área dos cuidados especializados em Enfermagem Comunitária” (Ramos, 2013:15).

Este projeto tem o seu foco nos utentes e cuidadores integrados na ECCL do Cartaxo, mas estas recomendações, para a prevenção de UP são aplicáveis a todas as pessoas vulneráveis (EPUAP & NPUAP& PPPIA, 2014):

Avaliação do risco:

“Recomenda a realização precoce de uma avaliação estruturada do risco. Utilizar uma abordagem estruturada da avaliação do risco que inclua uma avaliação da atividade/mobilidade e a condição da pele. Se forem selecionados instrumentos de avaliação do risco para a abordagem estruturada da avaliação do risco, a utilização de fatores adicionais (por exemplo, a perfusão, a condição da pele e outros riscos relevantes) deve ser considerada como parte de uma avaliação completa do risco. O juízo clínico é essencial Independentemente da forma como a avaliação de risco estiver estruturada”.
(EPUAP & NPUAP& PPPIA, 2014:15)

A Orientação DGS nº 17/2011 recomenda o uso da Escala de Braden e do Instrumento de Avaliação da Pele, bem como a implementação de Protocolos Preventivos em cada instituição segundo a realidade institucional, sendo elaborados segundo o nível de risco, traduzindo-se na elaboração de um manual de apoio ao cuidador e família (DGS, 2011).

Cuidados à pele:

“Garantir que uma avaliação completa da pele é parte integrante da política de rastreio de avaliação do risco implementada. Dever-se-á Inspeccionar a pele

quanto a áreas de eritema em indivíduos que foram identificados como estando em risco de desenvolver úlceras por pressão A avaliação contínua da pele é essencial para a detecção precoce de danos causados por pressão, especialmente sobre proeminências ósseas. Sempre que possível, evitar posicionar o indivíduo numa superfície corporal que esteja ruborizada; Manter a pele limpa e seca; Não massajar nem esfregar vigorosamente a pele que esteja em risco de desenvolver úlceras por pressão; Desenvolver e implementar um plano individualizado de tratamento da incontinência; Proteger a pele da exposição à humidade excessiva através do uso de produtos barreira de forma a reduzir o risco de danos de pressão; Considerar a utilização de emolientes para hidratar a pele seca, a fim de reduzir o risco de dano da pele” (EPUAP & NPUAP& PPPIA, 2014:17).

Nutrição para a prevenção das UP:

“O rastreio nutricional é o processo utilizado para identificar os indivíduos que necessitam de uma avaliação completa do seu estado nutricional devido às características que os colocam em potencial risco nutricional. Qualquer membro qualificado da equipa de saúde pode realizar o rastreio do estado nutricional, sendo este um procedimento a realizar no momento da admissão na instituição de saúde ou durante a primeira consulta em contexto comunitário. Utilizar um instrumento de rastreio nutricional válido e fiável para determinar o risco nutricional. Encaminhar os indivíduos identificados como estando em risco de desnutrição ou com úlceras por pressão para um nutricionista ou uma equipa nutricional multidisciplinar com vista a uma avaliação nutricional completa” (EPUAP & NPUAP& PPPIA, 2014:21).

Reposicionamento para a prevenção das UP:

“O reposicionamento visa reduzir a duração e a magnitude da pressão exercida sobre áreas vulneráveis do corpo e contribuir para o conforto, a higiene, a dignidade e a capacidade funcional do indivíduo. Determinar a frequência do reposicionamento tendo em conta os seguintes aspetos do indivíduo: tolerância tecidual, nível de atividade e mobilidade, condição clínica geral, objetivos gerais do tratamento, condição da pele, conforto. Estabelecer planos de reposicionamento onde constem a frequência e a duração da alternância dos posicionamentos. Reposicionar o indivíduo de tal forma que a pressão seja aliviada ou redistribuída. Evitar posicionar o indivíduo sobre proeminências ósseas que apresentem eritema não branqueável. Evitar sujeitar a pele à pressão ou a forças de cisalhamento. Evitar posicionar o indivíduo em contacto direto com dispositivos médicos, tais como tubos, sistemas de drenagem ou outros objetos estranhos. Não deixar o indivíduo numa arrastadeira mais tempo do que o necessário. Alguns indivíduos não podem ser reposicionados com regularidade devido à sua condição clínica. Nesses casos, poderá ter de ser considerada uma estratégia de prevenção alternativa, tal como a disponibilização de um colchão ou de uma cama de alta especificidade” (EPUAP & NPUAP& PPPIA 2014:25).

Uso de Superfícies de Apoio:

“Os fatores de risco das úlceras por pressão variam de pessoa para pessoa. As superfícies de apoio são dispositivos especializados de redistribuição da pressão concebidos para gerir as cargas teciduais, o microclima e/ou outras funções terapêuticas (ou seja, colchões, sistema integrado na cama, substituição de colchões, colchões de sobreposição, almofadas de assento ou sobreposições de almofadas de assento). As superfícies de apoio devem ser escolhidas de forma individual dependendo das necessidades de redistribuição da pressão e de outras funções terapêuticas do indivíduo” (EPUAP & NPUAP& PPIA 2014:31).

Neste sentido, segundo Bento (2014:18) “o enfermeiro deve adquirir competências para precocemente despistar situações de risco e proteger a pessoa e família que cuida, mas também ter a iniciativa de procurar formação atualizada, fomentar ambientes promotores à autoformação, formação dos pares e formação da pessoa idosa em risco de desenvolver UP e família”.

Torna-se assim, de extrema importância a prevenção das úlceras de pressão, e a mesma pode ser feita através da avaliação do seu risco de desenvolvimento de forma atempada e eficaz. Para isso, é necessário o conhecimento epidemiológico, de incidência e prevalência das úlceras de pressão, assim como dos diversos fatores que potenciam o seu aparecimento. Neste âmbito, através da adoção de intervenções sustentadas na evidência, como a existência de protocolos, com consequente melhoria dos cuidados da intervenção multidisciplinar.

O facto de esta ser uma complicação comum, evitável, dispendiosa e ter custos económicos e sociais elevados tanto para os doentes, prestadores de cuidados como para a sociedade, evidencia a importância do desenvolvimento de úlceras de pressão como indicador de resultado. Morison, (2004)

Neste sentido, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, deve conhecer as pessoas da comunidade em que estão inseridas e despistar precocemente os seus riscos, implementando medidas preventivas e promovendo a sua saúde.(Código Deontológico do Enfermeiro- Artigo 80.º- Do dever para com a comunidade) (OE, 2005).

PROCEDIMENTO:

1- Primeiro Contacto- Admissão em ECCI

Segundo a Orientação nº 17/2011 da Direção Geral de Saúde, aplicação da Escala de Braden no domicílio deve ser realizada durante a primeira visita domiciliária.

Recomenda-se que em todos os contatos o Enfermeiro se faça acompanhar do documento onde consta a Escala de Braden.

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

- a) Alto Risco de Desenvolvimento de úlceras de pressão no adulto - valor final ≤ 16 ;
- b) Baixo Risco de Desenvolvimento de úlceras de pressão no adulto - valor final ≥ 17 ;

Paralelamente à aplicação da Escala de Braden, é recomendada a avaliação do estado da pele (Orientação nº 17/2011 da DGS)

A educação das pessoas com risco de desenvolvimento de úlceras de pressão e dos familiares/cuidadores, no que se refere aos cuidados a ter com a prevenção das úlceras de pressão, é prioritária para se reduzir não apenas o aparecimento de novos casos como a gravidade do quadro clínico.

A DGS recomenda que devem existir protocolos preventivos, de acordo com a realidade institucional e elaborados por nível de risco. A EPUAP & NPUAP& PPPIA, 2014, recomenda a implementação de um plano de prevenção baseado no risco para os indivíduos identificados como estando em risco de desenvolver Úlceras de pressão.

Neste sentido deve ser feita educação das pessoas em risco de desenvolvimento de úlceras de pressão e da família/cuidador:

a) Se na aplicação da escala de Braden, for identificado Alto Risco de Desenvolvimento de úlceras de pressão no adulto - valor final ≤ 16 , deve ser entregue o folheto de Prevenção de Úlceras (anexo II) e realizada sessão informativa do mesmo.

b) Se for identificado baixo risco de desenvolvimento de úlceras de pressão, ≥ 17 , deve ser transmitida ao familiar/cuidador informação acerca de sinais de alerta e factores de risco.

Efetuar os registos em SCLINICO (Conforme ponto 3), relativamente:

- Ao risco de Ulcera de pressão (escala de Braden)
- Se verificada presença de ulcera de pressão.

2- Visitas subsequentes.

Em contexto de Cuidados domiciliários o Período recomendado de reavaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão, com a utilização da Escala de Braden é semanal.

Neste sentido, devera ser repetida a aplicação da escala de BRADEN. Se mantiver score de alto risco deveram ser reforçados ensinios realizados na primeira visita com recurso ao folheto.

Se apresentar baixo risco reforçar sinais de alerta.

Efetuar os registos em SCLINICO (Conforme ponto 3), relativamente:

- Ao risco de Ulcera de pressão (escala de Braden)
- Se verificada presença de ulcera de pressão.
- Cicatrização de UP.

3- Registos no SCLINICO.

Torna-se importante o registo desta intervenção na aplicação informática SCLINICO, pelo que se recomenda os seguintes procedimentos:

3.1- Avaliação do Risco de Úlcera de Pressão

1- Após obter a pontuação final do risco de úlcera por pressão, clicar em INTERVENÇÕES DE DIAGNOSTICO, e associar a avaliação do risco de ulcera de pressão, conforme figura seguinte:

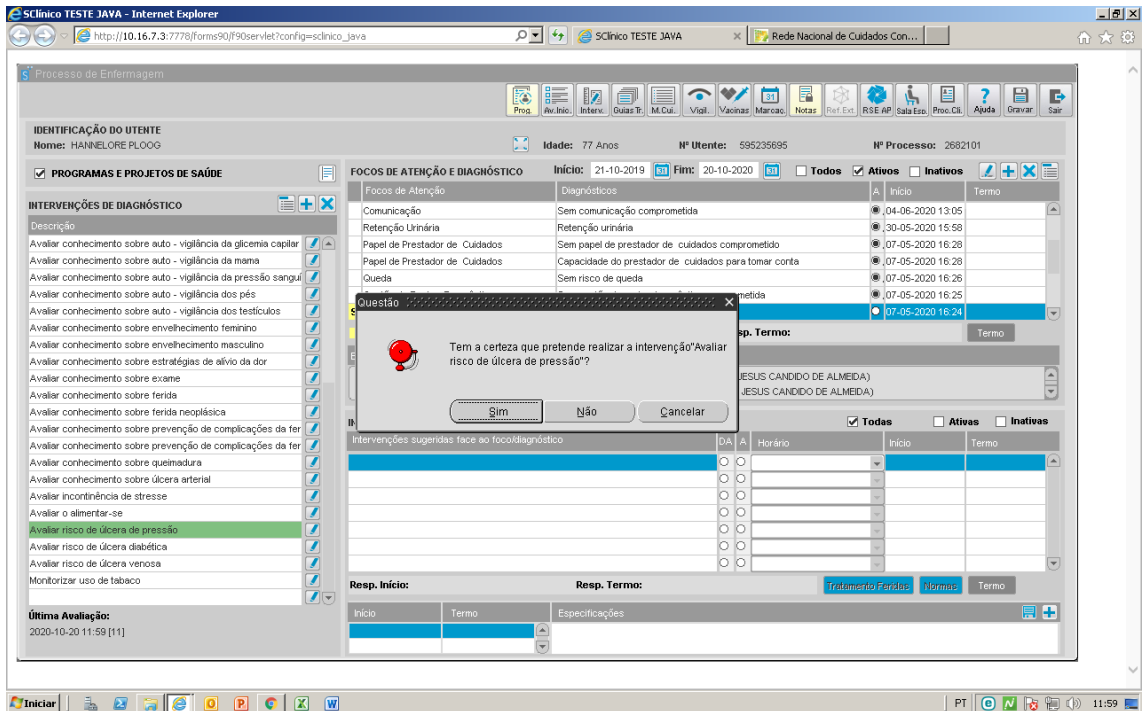


FIGURA 1

2- Seguidamente EFETUAR A AVALIAÇÃO NA ESCALA DE BRADEN, conforme figura seguinte:

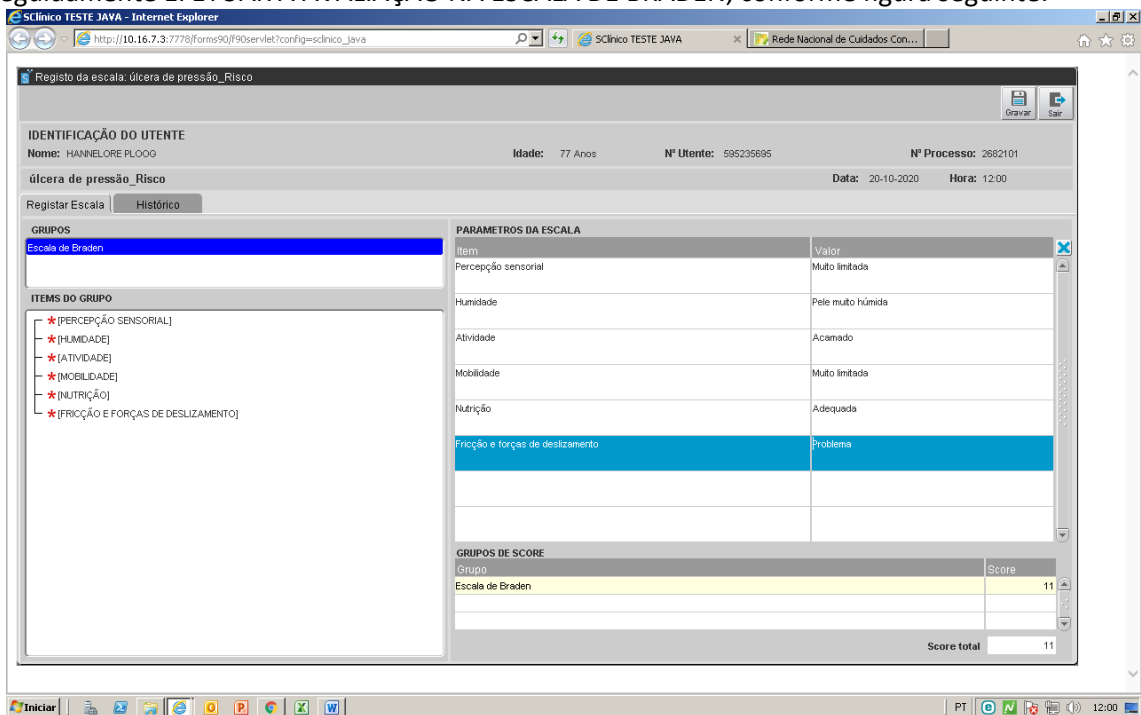


FIGURA 2

3- CLICAR EM RISCO E SELECIONAR AS INTERVENÇÕES ASSOCIADAS AO RISCO, conforme figuras seguinte:

FIGURA 3

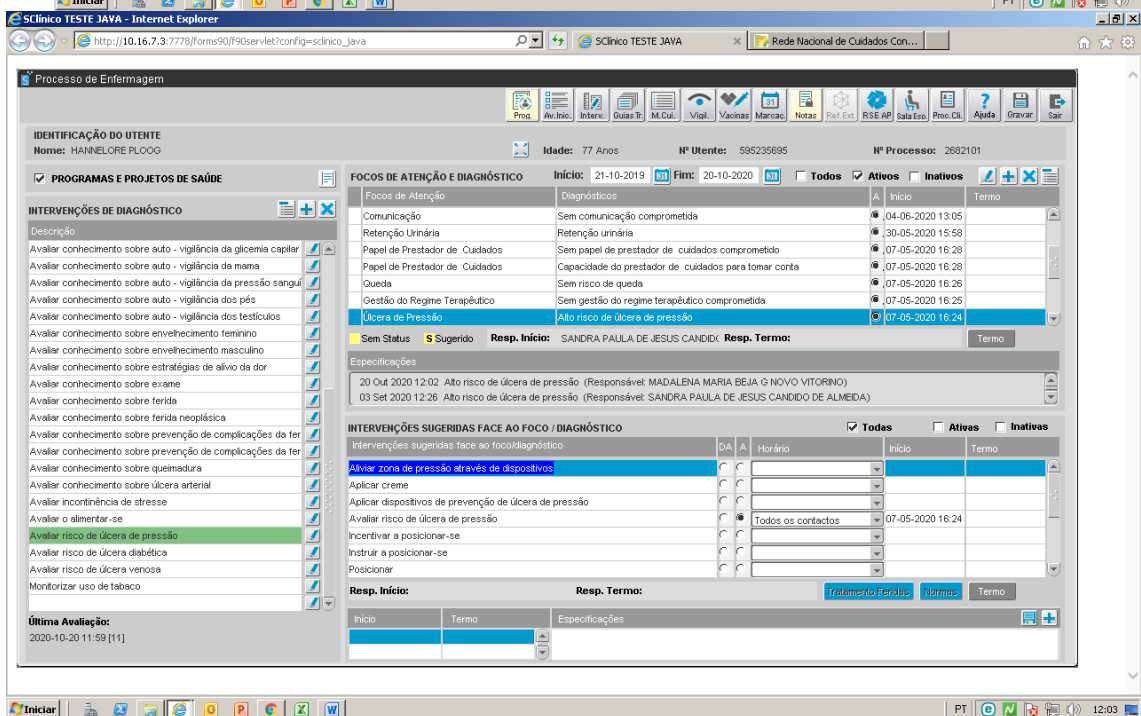
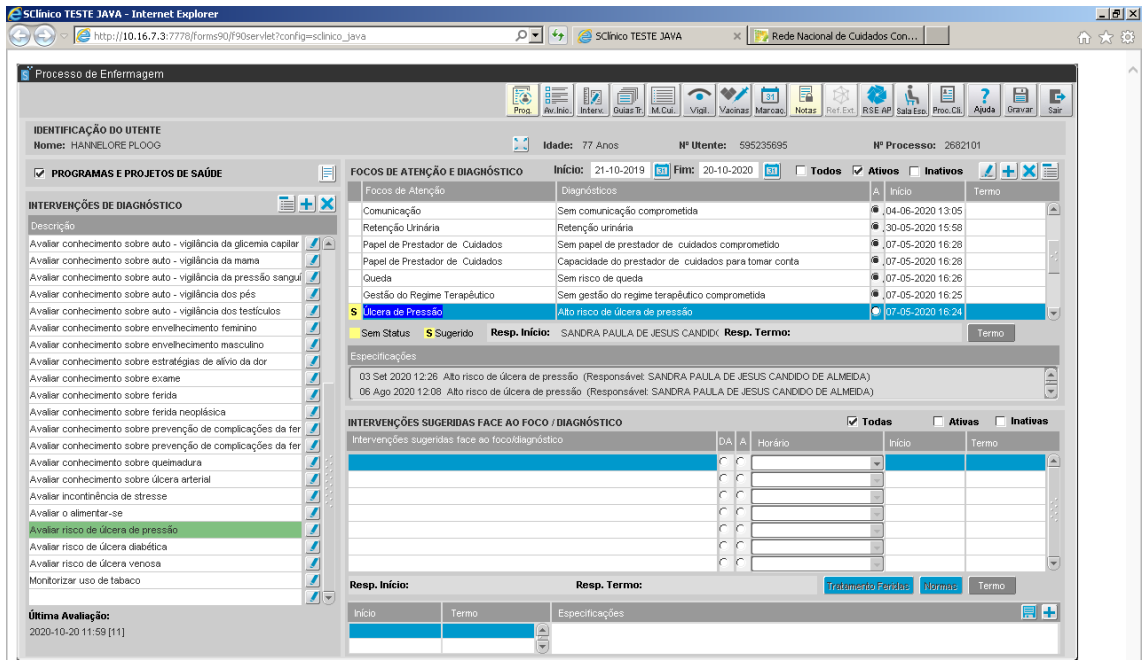


FIGURA 4

4- GRAVAR E SELECIONAR O MAPA DE CUIDADOS, seguidamente, SELECIONAR A INTERVENÇÃO, conforme figura seguinte:

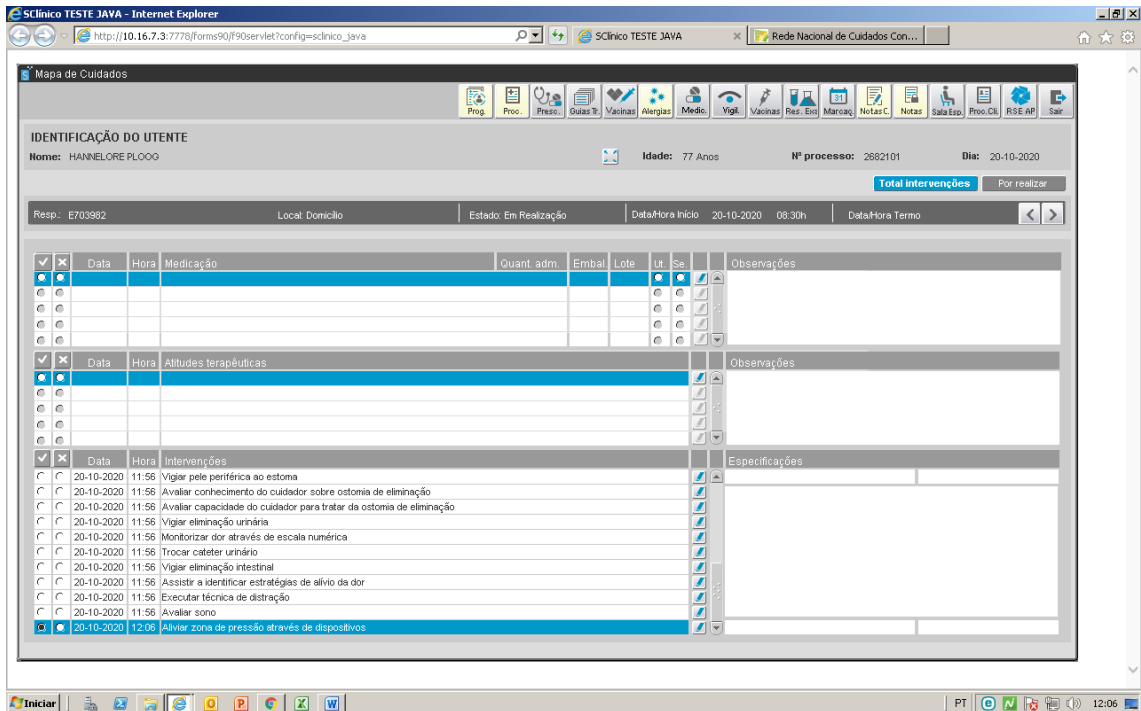
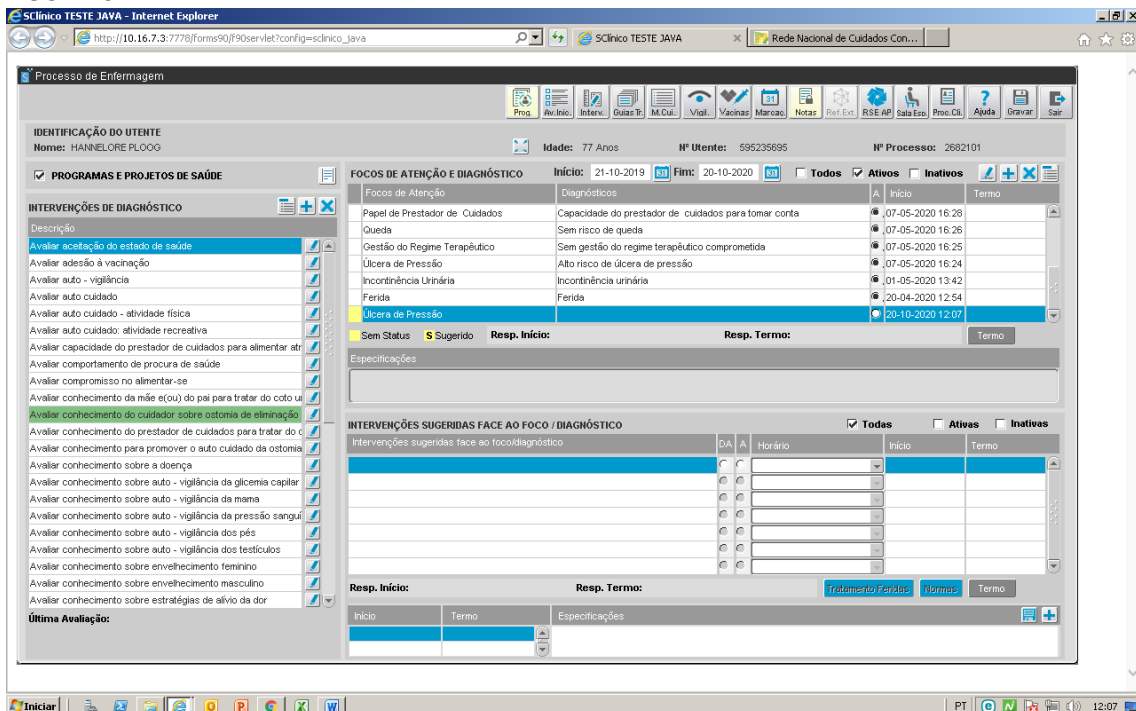


FIGURA 5

3.2- Apresenta ou desenvolveu um UP

1 - SELECIONAR FOCO DE ATENÇÃO ULCERA DE PRESSÃO E ATIVAR O FOCO, conforme figuras seguintes:

FIGURA 6



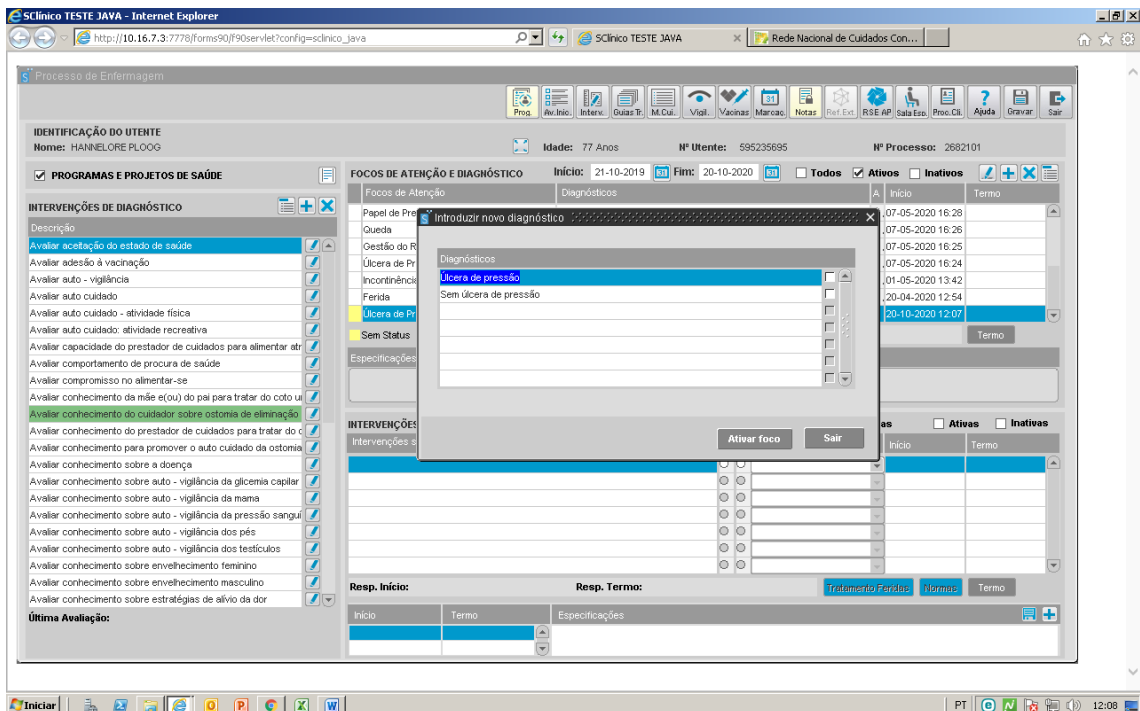


FIGURA 7

2 - EFETUAR A AVALIAÇÃO DA UP, conforme figura seguinte:

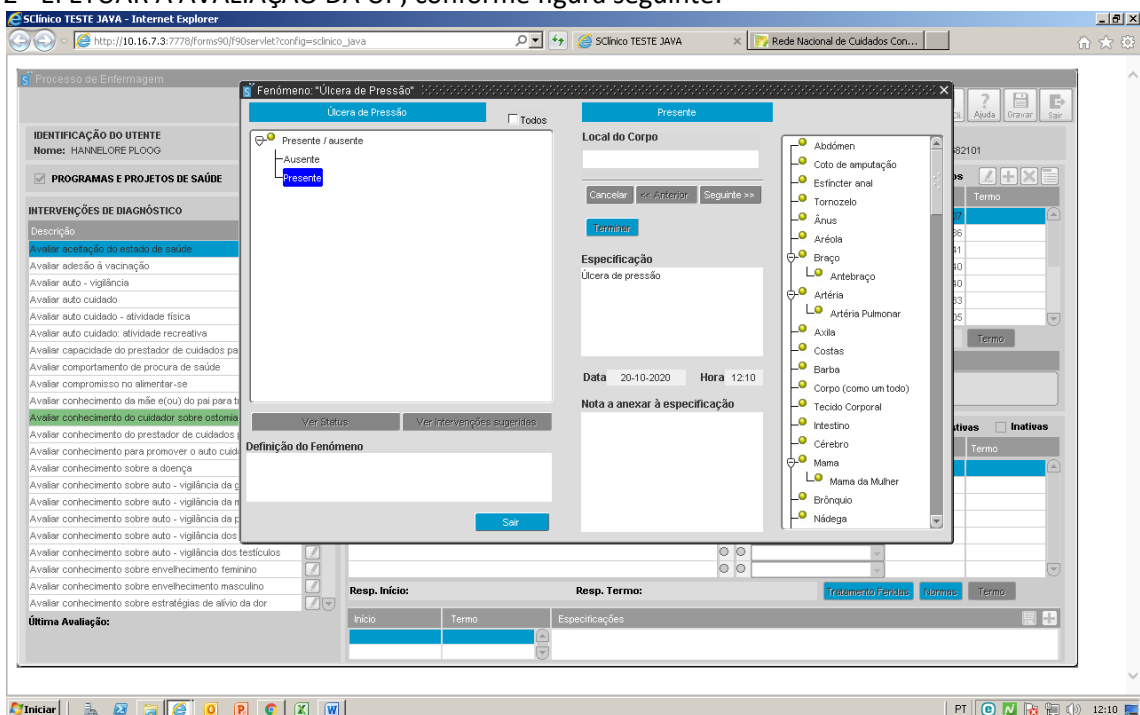


FIGURA 8

3.3 Cicatrização da UP

1- SELECIONAR o MAPA DE CUIDADOS E SELECIONAR AVALIAR ULCERA DE PRESSÃO, conforme figura seguinte:

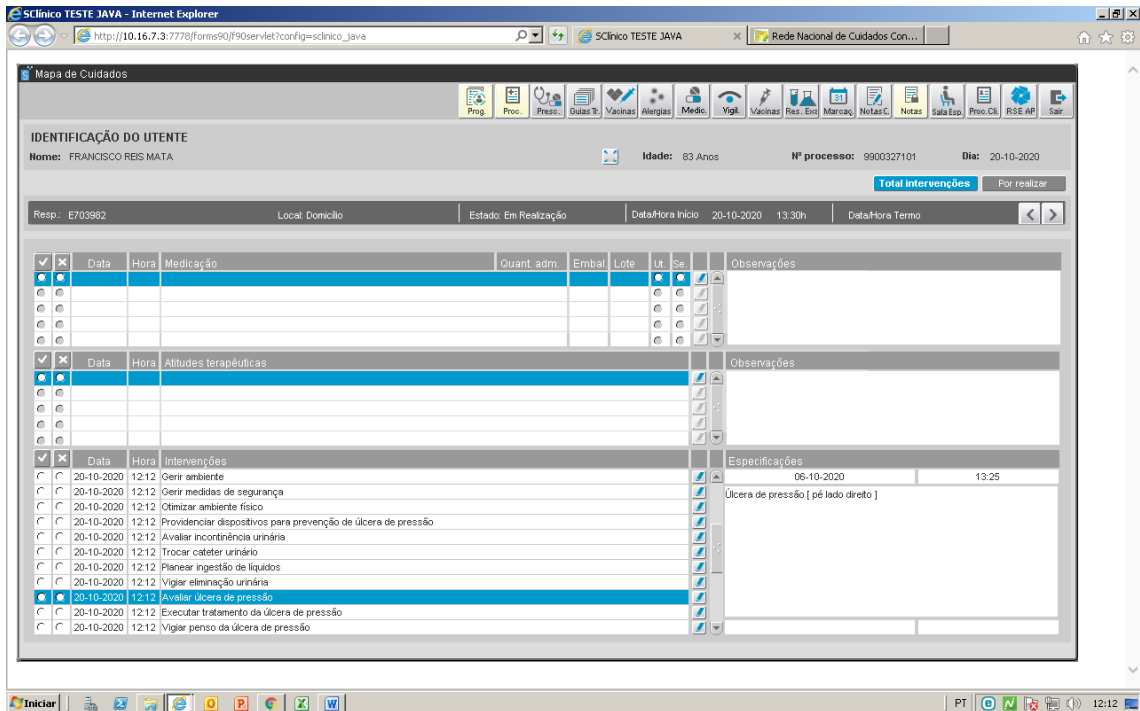


FIGURA 9

2- Clicar em TECIDO REGENERADO CICATRIZADO, conforme figura seguinte:

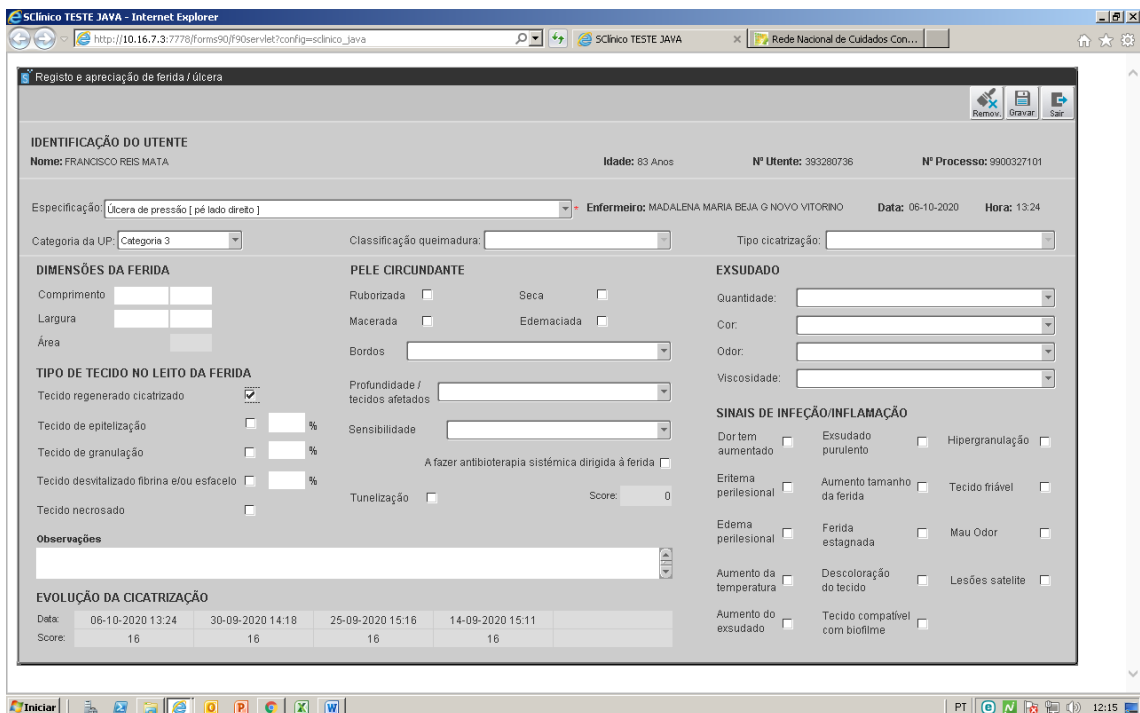


FIGURA 10

3- Aparecerá no foco de atenção: ÚLCERA DE PRESSÃO - SEM ULCERA.

4- Indicadores:

Associados às dimensões da matriz multidimensional, existem Indicadores com impacto no cálculo do IDG, sustentado pelo Portal BI CSP.

Para cada indicador de desempenho está definido um intervalo esperado e 2 intervalos de variação aceitável, nos seguintes termos:

Os resultados pertencentes ao intervalo esperado são valorizados com 2 pontos;

Os resultados pertencentes aos intervalos de variação aceitável são valorizados com 1 ponto; Outros resultados são valorizados com 0 pontos.

No que respeita às úlceras de pressão, a ECCI tem os seguintes indicadores:

- 285-Taxa de efetividade na prevenção de úlceras de pressão
- 287- Taxa de incidência de úlceras de pressão na ECCI.

4.1 - Taxa de efectividade na prevenção de úlceras de pressão - 285

Tem como objetivo, avaliar a efetividade dos cuidados de enfermagem na prevenção de úlceras de pressão. Exprime a proporção de utentes [integrados na ECCI] que, apresentando risco de desenvolver de úlcera de pressão, nunca chegou a ser diagnosticada a presença de úlcera de pressão durante a integração.

Numerador: Contagem de utentes [integrados na ECCI] com risco de úlcera de pressão e sem registo de presença de úlcera de pressão durante a integração.

Denominador: Contagem de utentes [integrados na ECCI] com risco de úlcera de pressão.

Só são contabilizados os diagnósticos de enfermagem úlcera de pressão registados a partir do 3º dia de integração ou de readmissão na ECCI (mais de 48h após a admissão ou readmissão), Desta forma, não é imputado o registo de eventuais úlceras de pressão no período inicial de admissão, ao desempenho da equipa.

SCLÍNICO - PERFIL DE ENFERMAGEM

A. Os grupos de status necessários à obtenção de dados para este indicador são os seguintes: UP ausente; UP presente em grau reduzido; UP presente em grau moderado; UP presente em grau elevado; UP presente em grau muito elevado.

B. A avaliação do Risco de Úlcera de Pressão é efetuada através da intervenção de enfermagem: Monitorizar risco de úlcera de pressão através da "escala de Braden".

S Clínico com normalização:

A. O SClínico com normalização encontra-se parametrizado com os status: sem úlcera de pressão (8001447) e úlcera de pressão (8000233).

B. A avaliação do Risco de Úlcera de Pressão é efetuada através da intervenção de enfermagem: Avaliar risco de úlcera de pressão (9003822) ou Avaliar risco de úlcera de pressão na criança (9003886).

SCLÍNICO - PERFIL DE ENFERMAGEM:

A. A alta é efetuada no painel "utentes referenciados (ECCI)", através do botão "Termo"

4.2 - Taxa de incidência de úlceras de pressão na ECCI- 287

Tem como objectivo Determinar a ocorrência de novos casos de úlcera de pressão. Exprime a proporção de novos casos de úlcera de pressão documentados em utentes [integrados na ECCI].

Numerador: Contagem de utentes [integrados na ECCI] a quem foi documentado novo diagnóstico de enfermagem de [úlcera de pressão].

Denominador: Contagem de utentes [integrados na ECCI].

NUMERADOR :

Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Todas as condições do denominador.

B. Com novo diagnóstico de enfermagem "úlcera de pressão", "úlcera de pressão presente em grau reduzido", "úlcera de pressão presente em grau moderado", "úlcera de pressão presente em grau elevado" e "úlcera de pressão presente em grau muito elevado"

DENOMINADOR :

Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Utentes com [alta da ECCI], durante o período em análise do denominador.

B. Não se contabilizam utentes em que a duração de integração na ECCI seja superior a 365 dias

SCLÍNICO - PERFIL DE ENFERMAGEM (sem normalização):

A. Os grupos de status necessários à obtenção de dados para este indicador são os seguintes:

UP ausente; UP presente em grau reduzido;

UP presente em grau moderado;

UP presente em grau elevado;

UP presente em grau muito elevado.

SCLínico com normalização:

A. O SCLínico com normalização encontra-se parametrizado com o status "sem úlcera de pressão" (8001447) e "úlceras de pressão" (8000233).

SCLÍNICO - PERFIL DE ENFERMAGEM:

A. A alta é efetuada no painel "utentes referenciados (ECCI)", através do botão "Termo".

Siglas:

CCI – Cuidados Continuados Integrados

CI – Consentimento Informado

CNCRNCCI – Comissão Nacional de Coordenação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECL – Equipa Coordenação Local

ECR – Equipa de Coordenação Regional

ER's – Equipas Referenciadoras

CNCRNCCI - Comissão Nacional de Coordenação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

GC – Gestor de Caso

MFSSESS .- Ministérios das Finanças, da Saúde e da Solidariedade, Emprego e
Segurança Social

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

UCC – unidade Cuidados na Comunidade

UCP – Unidade de Cuidados Paliativos

ULDM- Unidade Longa Duração e manutenção

UMDR – Unidade Média duração e reabilitação

UP – Ulcera de pressão

VD – Visita domiciliária

RAC – Registo administrativo

Referências bibliográficas:

Caracterização do ACES Leziria, (2016) consultada em <https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude/agrupamento-de-centros-leziria/>

Caracterização do UCC Cartaxo, consultada em: <https://bicsp.minsaude.pt/pt/biufs/3/30032/3140651/Pages/default.aspx>

Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Ministério da Saúde e Ministério da Solidariedade e da Segurança Social. Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/353934/details/maximized>

Direção Geral da Saúde (2011). *Escala de Braden: Versão Adulto e pediátrico (Braden Q)* Orientação da Direção Geral da Saúde nº 017/DGCG de 19/05/2011. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Ordem dos Enfermeiros (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Direção Geral da Saúde (2011). Escala de Braden: Versão Adulto e pediátrico (Braden Q) Orientação da Direção Geral da Saúde nº 017/DGCG de 19/05/2011. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

European Pressure Ulcer Advisory Panel & National Pressure Ulcer Advisory Panel.& Pan Pacific Pressure injury Alliance (2014). Prevenção e Tratamento de Úlceras de Pressão: Guia de Consulta Rápida, Disponível em: <https://www.epuap.org/wp-content/uploads/2016/10/portuguese-quick-reference-guide-jan2016.pdf>

Morison, Moya J. (2004), *Prevenção e Tratamento de Úlceras de Pressão*, Edição: Lusodidacta,

Ramos, S. (2013). *Prevenção de Úlceras de Pressão no Domicílio com Pessoas Idosas em situação de dependência: Uma prática baseada na evidência*. Escola Superior de Saúde de Santarem, Instituto Politecnico de Santarem, Santarém.

UCCCartaxo (2017), *Manual de Acolhimento a Novos Profissionais e Estudantes UCC do Cartaxo*, ACES Lezira, ARSLVT.

Sites consultados:

Indicadores de desempenho da ECCI Cartaxo:

<https://bicsp.min-saude.pt/pt/contratualizacao/idg/Paginas/default.aspx>

BI indicadores::

<https://sdm.min-saude.pt/bi.aspx?id=285&clusters=S>

<https://sdm.min-saude.pt/bi.aspx?id=287&clusters=S>

ANEXO IV – FOLHETO

Mudar de posição

- Utilizar almofadas para reduzir a pressão sobre as saliências ósseas.



- Mudar a pessoa de posição de 2 em 2 horas usando a ajuda de um lençol evitando arrastar.



- Quando a pessoa está sentada e consegue ajudar deve encorajar a mudar de posição a cada 15 minutos. Se não for capaz de ajudar, deve mudá-la de posição de hora a hora.



Superfícies de apoio:

- Lençóis sempre bem limpos, secos, esticados e sem rugas
- Utilizar colchões especiais para reduzir a pressão (solicite ajuda ao Enfermeiro na escolha do col-



Em caso de dúvida, alteração da situação da pessoa ou presença de algum sinal de alarme:

Contate a ECCI do Cartaxo



Horário de Atendimento

Dias úteis 8 h - 17h30

Fins de Semana e Feriados 9 h - 13h00

Rua do Progresso, N.º 2

2070—085 Cartaxo

T. 916 562 727- 243 700 652

ucc.cartaxo@arsivl.min-saude.pt

ucc.cartaxo.coord@arsivl.min-saude.pt

Elaborado por Dr. Tiago Barreira, EBSB, IFCMCC

Revisão e aprovação pelo CT e...

Revisão: ...



Referências bibliográficas:

European Pressure Ulcer Advisory Panel & National Pressure Ulcer Advisory Panel & Pan Pacific Pressure Injury Alliance (2014). Prevenção e Tratamento de Úlceras de Pressão. Guia de Consulta Rápida.

DSG (2011). Escola de Braille. Versão Adulto e jovem (Braille C). Organização da Direção Geral da saúde nº 0174000 de 15/09/2011. Lisboa. Direção Geral da Saúde.



ACES Lezíria

Agupamento de Centros de Saúde de Lezíria



ÚLCERAS DE PRESSÃO

Estratégias de prevenção para o cuidador

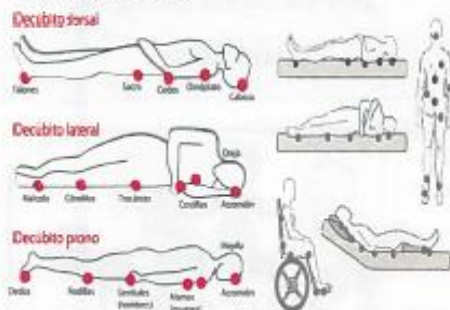


A PENSAR EM SI E SEMPRE CONSIGO!



Úlceras de pressão—o que são?

As úlceras de pressão são lesões na pele, normalmente localizadas sobre as saliências ósseas, que surgem devido à pressão sobre estas. Manifestam-se de diversas formas, desde um simples vermelhão da pele até uma ferida profunda, com exposição óssea.



As úlceras de pressão são um problema que causa sofrimento físico e emocional, não só à pessoa com úlcera, como aos seus cuidadores.



Conhecer os fatores de risco

O aparecimento das úlceras de pressão está relacionada com diversos factores:

1) **Percepção sensorial** da pessoa: O meu familiar está consciente das suas limitações? Quanto menor a consciência, maior o risco;

2) **Humidade:** O meu familiar usa fralda? Transpira muito? Quanto mais húmida a pele estiver, maior o risco; Deve manter a pele hidratada.

3) **Actividade:** o meu familiar está acamado/cadeira de rodas? Quanto mais dependente fisicamente a pessoa estiver, maior o risco;

4) **Mobilidade:** O meu familiar anda ou mexe-se sozinho? Quanto mais imóvel estiver, maior o risco;

5) **Nutrição:** o seu familiar alimenta-se/ é alimentado adequadamente? Quanto mais saudável a alimentação menor o risco;

6) **Fricção:** A pele do seu familiar está sujeita a pressão? Quanto maior a fricção, maior o risco.



Como prevenir?

Vigiar a pele

- Manter a pele limpa, Recomenda-se a utilização de um produto de limpeza da pele com um pH equilibrado (aproximadamente pH 5.5).
- Evitar a pele seca, hidratar sem esfregar. Usar um creme neutro e massajar muito suavemente até o creme ser absorvido
- Evitar a humidade excessiva através do uso de produtos barreira. Se a roupa da cama está molhada, troque-a, mude a fralda frequentemente.
- Verificar as zonas de saliências ósseas e ver se estas, se encontram vermelhas, duras, inchadas ou com temperatura diferente da pele à volta, tendo o cuidado de nunca as massajar

Alimentação

- Aproveitar o momento em que vai mudar a pessoa de posição e ofereça água.
- Fornecer alimentos ricos em (carne, peixe, ovos, leite, feijão, grão, quinoa).
- Se verificar que a pessoa de dia para dia se recusa a alimentar contate logo o Enfermeiro.
- Ter em atenção os gostos da pessoa e a sua capacidade em mastigar e engolir os alimentos.



ANEXO V – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DO IPS

Emissão de Parecer Final



Comissão de Ética <comissaodeetica@ipsantarem.pt>

27/10/2020 17:09

Para: Tiago Miguel de Vasconcelos Fontes Barbosa Cc: Carla Borrego - ESDRM; Ana Neves - ESA



ParecerFinal_132020Saúde.docx...

24,94 KB

Exmo. Sr.

Tiago Barbosa,

Por indicação da Coordenadora da Comissão de Ética, Professora Carla Chicau Borrego remetemos a seguinte informação:

Na sequência da apresentação do projeto intitulado, "Prevenção de UO (úlceras de Pressão) nos utentes da ECCI (Equipa de Cuidados Continuados Integrados)" a esta Comissão de Ética e após apreciação vimos enviar o resultado ao desenvolvimento dos projetos, conforme parecer 13 2020Saúde, que anexamos.

A Comissão solicita que seja dada atenção às recomendações contidas no parecer.

Com os melhores cumprimentos

Margarida Farinha

Unidade de Investigação do IPSantarém - UIIPS

Instituto Politécnico de Santarém

243309520-

**De:** Tiago Miguel de Vasconcelos Fontes Barbosa**Enviada:** 24 de agosto de 2020 11:21**Para:** Comissão de Ética <comissaodeetica@ipsantarem.pt>**Cc:** Irene Santos - ESSaúde <irene.santos@essaude.ipsantarem.pt>; ucc.cartaxo.coord@arslt.min-saude.pt**Assunto:** Pedido Parecer Tiago Barbosa

Exmos. Srs.

Eu, Tiago Miguel de Vasconcelos Fontes Barbosa, inscrito no 8º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Escola Superior de Saúde de Santarém, solicito a V. Exas. Parecer referente ao projeto de intervenção comunitária a realizar na UCC do Cartaxo, conforme formulário em anexo.

Com os melhores cumprimentos.

Tiago Barbosa.



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM



COMISSÃO DE ÉTICA DA UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO DO IPSANTARÉM

EMISSÃO DE PARECER 132020Saúde

Identificação do Investigador | **Tiago Barbosa**

Identificação do Projeto | **Prevenção de UO (úlceras de Pressão) nos utentes da ECCI (Equipa de Cuidados Continuados Integrados)**

PARECER

Considerando que:

- Trabalho Académico de Investigação;
- Identificação das instituições envolvidas (Escola Superior de Saúde de Santarém e ACeS Lezíria – UCC Cartaxo);
- Objetivo Geral definido em consonância entre a fundamentação teórica- frágil (Orientação proposta pela DGS) e a metodologia (Colheita de dados secundários na Plataforma referida) propostas;
- Estudo com mobilização de dados secundários através da identificação dos indicadores da ECCI Cartaxo, com apresentação do Link de acesso;
- Não é apresentada a autorização para acesso e utilização dos dados a colher.

Recomenda-se que:

Seja apresentada a informação respeitante á autorização de acesso aos dados;

Somos de parecer condicionado que o projeto de investigação reúne todos os requisitos ao seu desenvolvimento, atendendo à recomendação

Assinatura

Santarém, 26 de outubro 2020

Carla Chicau Borrego
(Coordenadora da Comissão de Ética)

**ANEXO VI – PEDIDO E AUTORIZAÇÃO DA COORDENADORA DA UCC DO CARTAXO PARA
ACESSO E TRATAMENTO DOS DADOS**

De: Tiago Miguel de Vasconcelos Fontes Barbosa <090432003@essaude.ipsantarem.pt>

Enviado: 1 de novembro de 2020 23:34

Para: UCC Cartaxo - Coordenação | ACES Lezíria <ucc.cartaxo.coord@arslvt.min-saude.pt>; Corina Freire | UCC Cartaxo <corina.freire@arslvt.min-saude.pt>

Assunto: FW: Emissão de Parecer Final

Exma. Sra. Enfermeira Coordenadora da UCC do Cartaxo
Enfª Corina Freire.

No seguimento do parecer da comissão de Ética do Instituto Politécnico de Santarém, com o intuito de dar continuidade ao trabalho que estou a desenvolver, nomeadamente na "Prevenção de UP nos utente da ECCI do Cartaxo", solicito a V. Exa. autorização para acesso e tratamento dos indicadores da UCC do Cartaxo e de outros dados que se revelem pertinentes ao tema em questão.


Com os melhores cumprimentos.

Tiago Barbosa

Enviado do [Correio](#) para Windows 10

Mail

RE: Emissão de Parecer Final

 **UCC Cartaxo - Coordenação | ACES Lezíria** <ucc.cartaxo.coord@arslvt.min-saude.pt>
17/11/2020 19:15

Para: Tiago Miguel de Vasconcelos Fontes Barbosa

Boa tarde, Enfª Tiago Barbosa



Autorizado. Mais informo que, os respetivos dados são de carácter público na Portal do SNS.


Grata pela atenção

Com os melhores cumprimentos,

Corina Aloys Salgado Gonçalves Viana Zimiga Freire
Enfermeira Especialista
Coordenadora da Unidade de Cuidados na Comunidade do Cartaxo

E-mail: ucc.cartaxo.coord@arslvt.min-saude.pt
Telemóvel (Coordenação): [+351927993404](tel:+351927993404)
Telefone: [+351243700659](tel:+351243700659)
FAX: [+351243779390](tel:+351243779390)

  **SNS** SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



ANEXO VII – BI DOS INDICADORES 285 E 287



285	Código 6.60.01	Código SIARS 2013.285.01	Nome abreviado Taxa de efetivid. na prevenção de úlceras pressão
Designação			
Taxa de efetividade na prevenção de úlceras de pressão			
Objetivo			
Avaliar a efetividade das cuidados de enfermagem na prevenção de úlceras de pressão			
Descrição do Indicador			
Exprime a proporção de utentes [integrados na ECCI] que, apresentando risco de desenvolver de úlceras de pressão, nunca chegou a ser diagnosticada a presença de úlceras de pressão durante a integração. Numerador: Contagem de utentes [integrados na ECCI] com risco de úlceras de pressão e sem registo de presença de úlceras de pressão durante a integração. Denominador: Contagem de utentes [integrados na ECCI] com risco de úlceras de pressão.			
Regras de cálculo			
NUMERADOR (AA) Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira. A. Todas as condições do denominador. B. A quem não foi diagnosticada a presença de úlceras de pressão (ver alínea A de OBSERVAÇÕES GERAIS). DENOMINADOR (BB) Contagem de utentes em que a expressão [A e B e C] é verdadeira: A. Uteses com [alta da ECCI], durante o período em análise do denominador (ver alíneas B e E de OBSERVAÇÕES GERAIS). B. Não se contabilizam utentes em que a duração de integração na ECCI seja superior a 365 dias (ver alíneas C e E de OBSERVAÇÕES GERAIS). C. Uteses que apresentaram risco de desenvolver úlceras de pressão durante o período em que estiveram [integrados na ECCI] (ver alínea D de OBSERVAÇÕES GERAIS).			
Observações Gerais			
A. Só são contabilizadas as diagnósticas de enfermagem úlceras de pressão registadas a partir do 3º dia de integração ou de readmissão na ECCI (mais de 48h após a admissão ou readmissão). Desta forma, não é imputado o registo de eventuais úlceras de pressão no período inicial de admissão, ao desempenho da equipa. B. A [alta da ECCI] é considerada a partir do momento em que o utente deixa de estar integrado na ECCI. C. O número de dias de integração na ECCI contabiliza-se através da fórmula seguinte: [Duração da integração] = [Data de alta] - [Data de admissão] + 1 D. A leitura dos dados necessários é efectuada nos status associados ao risco de úlceras de pressão. Desta forma, o risco de úlceras de pressão, deve ser avaliado através da escala de Braden (ver orientação da DGS nº 1720/11 de 19 de Maio) e obrigatoriamente documentado no processo de enfermagem através dos grupos de status enunciados em [OBSERVAÇÕES SOBRE SOFTWARE > SCLÍNICO - PERFL DE ENFERMAGEM (sem normalização) > alínea A] e em [OBSERVAÇÕES SOBRE SOFTWARE > SCLÍNICO - PERFL DE ENFERMAGEM (com normalização) > alínea A]. E. Por vezes as ECCI constatarem-se antes das UCC. Quando isso sucede, os utentes com [data de integração] na ECCI prévia à constituição da UCC, não influenciam o denominador nem o numerador deste indicador. F. Indicador apenas calculado para UCC com SCLÍNICO, independentemente de corresponder ou não a uma versão com normalização nacional de parametrização de enfermagem/CPE. Não calculado para UCC com MedicinaOne. Nos ACES que tenham UCC a usar diferença tipos de software, o resultado deste indicador para os ACES apenas comporta dados das respetivas UCC a usar SCLÍNICO. O GestCare nunca é fonte de dados para este indicador.			
Observações Sobre Software			
SCLÍNICO - PERFL DE ENFERMAGEM (sem normalização): A. Os grupos de status necessários à obtenção de dados para este indicador são os seguintes: UP ausente, UP presente em grau reduzido; UP presente em grau moderado; UP presente em grau elevado; UP presente em grau muito elevado. Os gestores locais de parametrização devem garantir que esta parametrização não sofre alterações. B. A avaliação do Risco de Úlceras de Pressão é efectuada através da intervenção de enfermagem: Monitorizar risco de úlceras de pressão através da "escala de Braden". SCLÍNICO com normalização: A. O SCLÍNICO com normalização encontra-se parametrizado com os status: sem úlceras de pressão (8001447) e úlceras de pressão (8000233). B. A avaliação do Risco de Úlceras de Pressão é efectuada através da intervenção de enfermagem: Analisar risco de úlceras de pressão (8003822) ou Analisar risco de úlceras de pressão na criança (8003886). SCLÍNICO - PERFL DE ENFERMAGEM: A. A alta é efectuada no painel "Utentes referenciados (ECCI)", através do botão "Terço".			
Período em Análise			
INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE" - Numerador (variável "úlceras de pressão"): Duração de 24 meses, terminando na data de referência do indicador. Apenas se contabilizam os novos diagnósticos de enfermagem de [úlceras de pressão] que sejam registados a partir do 3º dia de integração. - Denominador (variável "data alta da ECCI"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador. - Denominador (variável "risco de úlceras de pressão"): Duração de 24 meses, terminando na data de referência do indicador. Apenas se contabilizam os diagnósticos de enfermagem de risco de úlceras de pressão que decorram entre o período temporal de cada integração na ECCI. INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FIXO" - Numerador (variável "úlceras de pressão"): Duração de 13 a 24 meses, iniciando a 1 de janeiro do ano N-1 e terminando na data de referência do indicador. Apenas se contabilizam os novos diagnósticos de enfermagem de [úlceras de pressão] que sejam registados a partir do 3º dia. - Denominador (variável "data alta da ECCI"): Duração de 1 a 12 meses, entre 1 de janeiro do ano em curso e a data de referência do indicador. - Denominador (variável "risco de úlceras de pressão"): Duração de 13 a 24 meses, entre 1 de janeiro do ano N-1 e a data de referência do indicador. Apenas se contabilizam os diagnósticos de enfermagem de risco de úlceras de pressão que decorram entre o período temporal de cada integração na ECCI.			
Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes	Com dados desde Janeiro de 2015
Área Subárea Dimensão	Intervalo Esperado		Varição Aceitável
Desempenho Gestão da Doença ECCI	Ano de 2019: [90, 100] Ano de 2020: [93, 100]		Ano de 2019: [80, 100] Ano de 2020: [85, 100]
Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Não aplicável	Utentes integrados pelo menos um dia do período em análise	5 dias
Legenda			
ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados; UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade.			



287	Código 2.15.01	Código SIARS 2013.287.01	Nome abreviado Taxa incidência de úlcers pressão na ECCI	
Designação				
Taxa de incidência de úlcers de pressão durante a integração na ECCI				
Objetivo				
Determinar a ocorrência de novos casos de úlcers de pressão.				
Descrição do Indicador				
Exprime a proporção de novos casos de úlcers de pressão documentados em utentes [integrados na ECCI]. Numerador: Contagem de utentes [integrados na ECCI] a quem foi documentado novo diagnóstico de enfermagem de [úlcers de pressão]. Denominador: Contagem de utentes [integrados na ECCI].				
Regras de cálculo				
NUMERADOR (AA): Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira: A. Todas as condições do denominador. B. Com novo diagnóstico de enfermagem "úlcers de pressão", "úlcers de pressão presente em grau reduzido", "úlcers de pressão presente em grau moderado", "úlcers de pressão presente em grau elevado" e "úlcers de pressão presente em grau muito elevado" (ver alíneas E de OBSERVAÇÕES GERAIS). DENOMINADOR (BB): Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira: A. Utentes com [alta da ECCI], durante o período em análise do denominador (ver alíneas A e C de OBSERVAÇÕES GERAIS). B. Não se contabilizam utentes em que a duração de integração na ECCI seja superior a 365 dias (ver alíneas B e C de OBSERVAÇÕES GERAIS).				
Observações Gerais				
A. A [alta da ECCI] é considerada a partir do momento em que o utente deixa de estar integrado na ECCI. B. O número de dias de integração na ECCI contabiliza-se através da fórmula seguinte: [Duração da integração] = [Data de alta] - [Data de admissão] + 1 C. Por vezes as ECCI constituem-se antes das UCC. Quando isso sucede, os utentes com [data de integração] na ECCI prévios à constituição da UCC, não influenciam o denominador nem o numerador deste indicador. D. Indicador apenas calculado para UCC com SCLINICO, independentemente de corresponder ou não a uma versão com normalização nacional da parametrização de enfermagem/CIPE. Não calculado para UCC com MedicineOne. Nos ACES que tenham UCC a usar diversos tipos de software, o resultado deste indicador para o ACES apenas comporte dados das respetivas UCC a usar SCLINICO. O GafCare nunca é fonte de dados para este indicador. E. Só são contabilizados os diagnósticos de enfermagem associados a úlcers de pressão, registados a partir do 3º dia de integração ou de readmissão na ECCI (mais de 48h após a admissão ou readmissão). Não estão sob avaliação os períodos em que utente tem vaga suspensa ou internamento. Desta forma, não é imputada a ocorrência de novos casos de úlcers de pressão no período inicial de admissão ou durante internamento do utente, ao desempenho da equipa.				
Observações Sobre Software				
SCLINICO - PERFIL DE ENFERMAGEM (sem normalização): A. Os grupos de risco necessários à obtenção de dados para este indicador são os seguintes: UP ausente; UP presente em grau reduzido; UP presente em grau moderado; UP presente em grau elevado; UP presente em grau muito elevado. Os gestores locais de parametrização devem garantir que esta parametrização não sofre alterações. SCLINICO com normalização: A. O SCLINICO com normalização encontra-se parametrizado com o status "sem úlcers de pressão" (8001447) e "úlcers de pressão" (8000233). SCLINICO - PERFIL DE ENFERMAGEM: A. A alta é efetuada no painel "Utentes referenciados (ECCI)", através do botão "Terminar".				
Período em Análise				
INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE" - Numerador (variável úlcers de pressão): Duração de 24 meses, terminando na data de referência do indicador. Apenas se contabilizam os diagnósticos de enfermagem de [úlcers de pressão] que decorram durante o período temporal de cada integração na ECCI. - Denominador (variável "data alta da ECCI"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador. INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FIXO" - Numerador (variável úlcers de pressão): Duração de 13 a 24 meses, iniciando a 1 de janeiro do ano N-1 e terminando na data de referência do indicador. Apenas se contabilizam os diagnósticos de enfermagem de [úlcers de pressão] que decorram durante o período temporal de cada integração na ECCI. - Denominador (variável "data alta da ECCI"): Duração de 1 a 12 meses, entre 1 de janeiro do ano em curso e a data de referência do indicador.				
Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador	
AA/BB x 100	%	Proporção de utentes	Com dados desde Janeiro de 2015	
Área Subárea Dimensão	Intervalo Esperado		Variação Aceitável	
Desempenho Gestão da Doença ECCI	Ano de 2019: [0, 5] Ano de 2020: [0, 5]		Ano de 2019: [0, 9] Ano de 2020: [0, 9]	
Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos	
Estrutura	Não aplicável	Utentes integrados pelo menos um dia do período em análise	5 dias	
Legenda				
ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados; UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade.				
287	Código 2.15.01	Código SIARS 2013.287.01 FL	Nome abreviado Taxa incidência de úlcers pressão na ECCI	BI BI

Clusters | Tipo de unidade | Dimensão | Idade

<https://sdm.mln-saude.pt/bi.aspx?id=287&clusters=S>

1/2

ANEXO VIII – APRESENTAÇÃO REALIZADA NO SEMINÁRIO INTERCALAR



Instituto Politécnico de Santarém
Escola Superior de Saúde de Santarém
8º CURSO Mestrado em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública
Unidade Curricular: Estágio II



PROJETO DE ESTÁGIO
Prevenção de UP nos Utentes da ECCI

Autor:
Tiago Barbosa - 090432003

Professora Orientadora:
Prof.ª Doutora Irene Santos
Enfermeira Cooperante:
Enf.ª Mestre e Especialista Corina Freire

Santarém, 16 de Outubro de 2020

PLANO DE SESSÃO

Data: 14 fevereiro 2020

Tema: Prevenção de UP nos Utentes da ECCI

Preletor : Tiago Barbosa

Local: Sala de aula da ESS de Santarém

Destinatários: Alunos 8º CMEC da ESS Santarém

Duração: 10 min

Objetivo : Apresentação e análise do projeto de estágio

ETAPAS	CONTEÚDOS	ESTRATÉGIAS	RECURSOS	TEMPO
Introdução	Contextualização dos conteúdos da apresentação	Expositivo	Recursos materiais: • PowerPoint	3 min
Desenvolvimento	Agrupamentos Centro Saúde Lezíria UCC do Cartaxo –ECCI Pertinência do estudo Metodologia Diagnósticos de Enfermagem Plano de Acção	Expositivo	Recursos materiais: • PowerPoint	5 minutos
Conclusão	Síntese dos conteúdos apresentados	Expositivo interativo	Recursos materiais: • PowerPoint	2 min

PLANO DE SESSÃO

Data: 14 fevereiro 2020

Tema: Prevenção de UP nos Utentes da ECCI

Preletor : Tiago Barbosa

Local: Sala de aula da ESS de Santarém

Destinatários: Alunos 8º CMEC da ESS Santarém

Duração: 10 min

Objetivo : Apresentação e análise do projeto de estágio

ETAPAS	CONTEÚDOS	ESTRATÉGIAS	RECURSOS	TEMPO
Introdução	Contextualização dos conteúdos da apresentação	Expositivo	Recursos materiais: • PowerPoint	3 min
Desenvolvimento	Agrupamentos Centro Saúde Lezíria UCC do Cartaxo –ECCI Pertinência do estudo Metodologia Diagnósticos de Enfermagem Plano de Acção	Expositivo	Recursos materiais: • PowerPoint	5 minutos
Conclusão	Síntese dos conteúdos apresentados	Expositivo interativo	Recursos materiais: • PowerPoint	2 min

ARS LVT

ACES
Lezíria

UCC
Cartaxo

O ACES Lezíria, situado na lezíria do Tejo, engloba **nove** concelhos (Almeirim, Alpiarça, **Cartaxo**, Chamusca, Coruche, Golegã, Rio Maior, Salvaterra de Magos e Santarém), num total de 73 freguesias, abrangendo uma área aproximada de **3.500 km²**. Atualmente, presta cuidados de saúde primários a uma população de cerca de **200.000 utentes**.



UCC do Cartaxo

- É uma unidade funcional de prestação de cuidados de saúde, apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física funcional ou de doença, que requeira acompanhamento próximo.
- A UCC do Cartaxo é uma organização constituída por uma equipa multidisciplinar. No quadro seguinte identificam-se os profissionais da equipa nuclear da UCC do Cartaxo:

Enfermeira	8
Fisioterapeuta	1
Terapeuta Ocupacional	1
Psicólogo	1
Serviço Social	1
Assistente Técnica	2

Carteira de Serviços UCC Cartaxo

- Parentalidade – Preparação para o nascimento e Recuperação Pós – parto
- Equipa de Intervenção Precoce na Infância
- Saúde Escolar
- **ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados**
- NACJR- Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco
- CPCJ- Comissão de Proteção de Crianças e Jovens
- Rede Social
- NLI/RSI- Núcleo Local de Inserção/Rendimento Social de Inserção
- Classes de Mobilidade

ECCI do Cartaxo

- A ECCI tem como objetivo garantir à pessoa a prestação de cuidados de saúde, de reabilitação, de manutenção, de natureza paliativa e de apoio psicossocial adequados, promovendo o envolvimento dos familiares ou dos cuidadores informais.
- Foram contratualizadas 35 vagas na ECCI para população do concelho do Cartaxo.

METODOLOGIA

Planeamento em Saúde

O planeamento em saúde preconiza a identificação de problemas o mais fidedignamente possível, junto das comunidades, visando mudar o seu comportamento e estilos de vida, promovendo a correta utilização dos serviços de saúde (Imperatori e Giraldes, 1982).

1ª etapa: Diagnóstico de situação

↳ primeiro passo no processo de PS onde são identificadas as necessidades de saúde da população. Segundo Imperatori e Giraldes (1993, p.43) “(...) só a partir da definição do diagnóstico é que será possível começar a actuação”

Diagnostico de situação

- No contexto da Enfermagem Comunitária, STANHOPE e LENCASTER (2011) referem que as principais fontes de informação para a avaliação dos programas são: os respetivos clientes, os relatórios, os registos e os índices comunitários ou **indicadores** de saúde e doença.

Indicadores da ECCI do Cartaxo

Designação Indicador (+ID)	Hierarq.	Min. A	Min. E	Máx. Es	Máx. A	Resulta	Score
284 - Propor. uten. c/ alta ECCI c/ objet. atingidos	ECCI	60,00	70,00	100,00	100,00	85,915	2
285 - Taxa de efetivid. na prevenção de úlceras pressão	ECCI	85,00	93,00	100,00	100,00	91,304	1
287 - Taxa incidência de úlcera pressão na ECCI	ECCI	0,00	0,00	5,00	9,00	8,450	1
289 - Proporção utentes c/ ganhos no controlo da dor	ECCI	50,00	65,00	100,00	100,00	65,354	2
290 - Propor. utentes c/ melhoria "depend. autocuid."	ECCI	45,00	60,00	100,00	100,00	62,295	2
291 - Proporção utentes integrados ECCI c/ intern. hosp.	ECCI	0,00	0,00	10,00	15,00	1,408	2
293 - Tempo médio de permanência em ECCI	ECCI	15,00	30,00	120,00	150,00	105,507	2
377 - Proporção úlceras pressão melhoradas	ECCI	15,00	30,00	100,00	100,00	46,875	2

Consultado no portal BI-CSP, referentes a Maio de 2020

Indicadores da ECCI do Cartaxo

- Constata-se que existe um score de 1 em dois indicadores da ECCI do cartaxo, nomeadamente:
- 285- Taxa de efetividade na prevenção de úlceras de pressão
- 287- Taxa de incidência de úlceras de pressão na ECCI.

Diagnósticos de enfermagem

- O modelo teórico de Betty Neuman, enquanto modelo sistémico compreende os '*stressores*', a reação aos '*stressores*' à unidade total, interagindo ativamente com o ambiente que os rodeia. (Neuman, 1995)
- Deste modo, verifica-se que existe uma **ruptura na linha normal de defesa, dos utentes da ECCI do Cartaxo, evidenciado por Úlcera de Pressão.**

Diagnósticos de enfermagem

- Apesar da sustentação da intervenção ao longo do desenvolvimento deste trabalho estar assente no modelo teórico de Betty Neuman, a elaboração dos diagnósticos foi efetuada pela CIPE, uma vez que atualmente no SNS é a linguagem utilizada pelos profissionais de saúde, permitindo assim uma melhor perceção na sua leitura.
- Os diagnósticos de enfermagem elaborados foram:
- Diagnóstico 1 - **Risco de Ulcera de Pressão**
- Diagnóstico 2 - **Conhecimento sobre o processo de mudança de comportamento comprometido**

PERTINÊNCIA DA INTERVENÇÃO

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, visa atingir os seguintes objetivos estratégicos:

1. Aumentar a cultura de segurança do ambiente interno;
2. Aumentar a segurança da comunicação;
3. Aumentar a segurança cirúrgica;
4. Aumentar a segurança na utilização da medicação;
5. Assegurar a identificação inequívoca dos doentes;
6. Prevenir a ocorrência de quedas;
- 7. Prevenir a ocorrência de úlceras de pressão;**
8. Assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes;
9. Prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos.

OBJECTIVOS

Geral:

- Prevenir a Incidência de Ulceras de Pressão nos Utentes da ECCL do Cartaxo.

Específicos:

- Sensibilizar para a importância da prevenção das UP;
- Incentivar a equipa multidisciplinar da ECCL para a prevenção de UP;
- Capacitar a família/cuidador na prevenção de UP;
- Sensibilizar a equipa de enfermagem na identificação da pessoa em risco de desenvolver UP;
- Implementar estratégias de promoção e manutenção da integridade cutânea e prevenção de UP;
- Avaliar a eficácia e eficiência do projeto de intervenção;

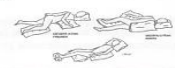
Plano de Acção:

UNIDADES DE COMPETÊNCIA	OBJECTIVOS ESPECIFICOS	ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO	LOCAL	RECURSOS	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
G2 Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades G1.4.6 Promove o trabalho em parceria no sentido de garantir uma maior eficácia das intervenções G1.4. Estabelece programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados	Sensibilizar para a importância da prevenção das UP;	Elaboração de um projeto de intervenção;	UCC Cartaxo	Enf.º Tiago Barbosa; Enf.º Coordenadora da UCC Corina Freire Enfermeiros da UCC;	Taxa de participantes nas sessões;
	Incentivar a equipa multidisciplinar da ECCL para a prevenção de UP;	Apresentação do projeto à Enf.º Coordenadora da UCC, Enf.º Corina Freire à Professora Doutora Irene Santos.			Taxa de participantes que avaliem de forma positiva as sessões;
	Sensibilizar a equipa de enfermagem na identificação da pessoa em risco de desenvolver UP	Apresentação do projeto a todos os elementos da ECCL;			;
	Capacitar a família/cuidador na prevenção de UP	Realizar ações de informação à equipa da ECCL, sobre: -Avaliação do risco -Cuidados à pele			
	Implementar estratégias de promoção e manutenção da integridade cutânea e prevenção de UP	-Nutrição para a prevenção das UP -Uso de Superfícies de Apoio -Reposicionamento para a prevenção das UP -Importância do registo como indicador de ganhos em saúde (BI de Indicadores)			


<p>G1.3 Formula objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas</p>		<p>Realizar ações de informação, aos utentes e cuidadores da ECCL, sobre:</p> <p>Avaliação do risco</p> <p>Cuidados à pele</p> <p>Nutrição para a prevenção das UP</p> <p>Uso de Superfícies de Apoio</p> <p>Reposicionamento para a prevenção das UP</p> <p>(nota: dada a atual pandemia de COVID-19, que restringe ao mínimo o número de contactos, será desenvolvido um folheto com a informação, que será entregue ao cuidador)</p>		
<p>G2.3. Procede à gestão da informação em saúde aos grupos e comunidade</p>	<p>Avaliar a eficácia e eficiência do projeto de intervenção</p>	<p>Realização de reuniões com os profissionais</p>	<p>UCC Cartaxo</p>	<p>Número de reuniões de realizadas/Número de reuniões de previstas</p>
<p>G1.5. Avalia programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados</p>				<p>Número de folhetos entregues.</p> <p>SCORE Indicadores: dos</p> <ul style="list-style-type: none"> • 285-Taxa de efetividade na prevenção de úlceras de pressão • 287-Taxa de incidência de úlceras de pressão na ECCL. <p>(Publicados no portal https://bicsp.min-saude.pt/)</p>

Mudar de posição


- Utilizar almofadas para reduzir a pressão sobre as saliências ósseas.



- Mudar a pessoa de posição de 2 em 2 horas usando a ajuda de um lençol evitando arrastar.



- Quando a pessoa está sentada e consegue ajudar deve encorajar a mudar de posição a cada 15 minutos. Se não for capaz de ajudar, deve mudá-la de posição de hora a hora.



Superfícies de apoio:

- Lençóis sempre bem limpos, secos, esticados e sem rugas
- Utilizar colchões especiais para reduzir a pressão (solicite ajuda ao Enfermeiro na escolha do colchão)

Em caso de dúvida, alteração da situação da pessoa ou presença de algum sinal de alarme:

Contate a ECCL do Cartaxo



Horário de Atendimento

Dias úteis 8 h - 17h30

Fins de Semana e Feriados 9 h - 13h00

Rua do Progresso, N.º 2
2070—085 Cartaxo
T. 916 562 727- 243 700 652
ucc.cartaxo@arslvt.min-saude.pt
ucc.cartaxo.coord@arslvt.min-saude.pt

Elaborado por: Dr. Tiago Barbosa, ESS, IPMEC
Revisão e aprovação pelo CT e J.J.J.
Revisão: J.J.J.

Referências Bibliográficas:
European Pressure Ulcer Advisory Panel & National Pressure Ulcer Advisory Panel. 8. Planificação, Prevenção e Tratamento das Úlceras de Pressão: Guia de Consulta Rápida.

DGS (2011). Escala de Braden: Versão Adulto e pediátrica (Gravida). O. Orlaugh, M. G. G. (Eds.). Direcção-Geral da Saúde nº 07/2002/GP de 19/05/2011. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

ACES Leiria
Agrupamento de Centros de Saúde do distrito

ÚLCERAS DE PRESSÃO
Estratégias de prevenção para o cuidador



A PENSAR EM SI E SEMPRE CONSIGO!

Úlceras de pressão—o que são?

As úlceras de pressão são lesões na pele, normalmente localizadas sobre as saliências ósseas, que surgem devido à pressão sobre estas. Manifestam-se de diversas formas, desde um simples vermelhão da pele até uma ferida profunda, com exposição óssea.



As úlceras de pressão são um problema que causa sofrimento físico e emocional, não só à pessoa com ulcera, como aos seus cuidadores.



Conhecer os fatores de risco

O aparecimento das úlceras de pressão está relacionada com diversos factores:

- 1) **Percepção sensorial** da pessoa: O meu familiar está consciente das suas limitações? Quanto menor a consciência, maior o risco;
- 2) **Humidade**: O meu familiar usa fralda? Transpira muito? Quanto mais húmida a pele estiver, maior o risco; Deve manter a pele hidratada.
- 3) **Actividade**: o meu familiar está acamado/cadeira de rodas? Quanto mais dependente fisicamente a pessoa estiver, maior o risco;
- 4) **Mobilidade**: O meu familiar anda ou mexe-se sozinho? Quanto mais imóvel estiver, maior o risco;
- 5) **Nutrição**: o seu familiar alimenta-se/ é alimentado adequadamente? Quanto mais saudável a alimentação menor o risco;
- 6) **Fricção**: A pele do seu familiar está sujeita a pressão? Quanto maior a fricção, maior o risco.



Como prevenir?

Vigiar a pele

- Manter a pele limpa, Recomenda-se a utilização de um produto de limpeza da pele com um pH equilibrado (aproximadamente pH 5.5).
- Evitar a pele seca, hidratar sem esfregar. Usar um creme neutro e massajar muito suavemente até o creme ser absorvido
- Evitar a humidade excessiva através do uso de produtos barreira. Se a roupa da cama está molhada, troque-a, mude a fralda frequentemente.
- Verificar as zonas de saliências ósseas e ver se estas, se encontram vermelhas, duras, inchadas ou com temperatura diferente da pele à volta, tendo o cuidado de nunca as massajar

Alimentação

- Aproveitar o momento em que vai mudar a posição e ofereça água.
- Fornecer alimentos ricos em (carne, peixe, ovos, leite, feijão, grão, quinoa).
- Se verificar que a pessoa de dia para dia se recusa a alimentar contate logo o Enfermeiro.
- Ter em atenção os gostos da pessoa e a sua capacidade em mastigar e engolir os alimentos.

Bibliografia

- Caracterização do ACES Lezíria, (2016) consultada em <https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude/agrupamento-de-centros-leziria/>
- Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação: da Concepção à Realização*. Loures: Lusociência.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. 1ª edição. Lusociência. Loures.
- Imperator, E. e Giraldes, M. (1993). *Metodologia do planeamento da saúde : manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. 3ª Edição. rev. atualizada. Lisboa: ENSP.
- Neuman, B. (1995). *The Neuman Systems Model*. 3ª Edition. Library of Congress. USA.
- OE (2018). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e saúde pública*. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8731/comunit%C3%A1ria-e-de-sa%C3%BAde-p%C3%BAblica.pdf>

- Direção Geral da Saúde (2011). Escala de Braden: Versão Adulto e pediátrico (Braden Q) Orientação da Direção Geral da Saúde nº 017/DGCG de 19/05/2011. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- European Pressure Ulcer Advisory Panel & National Pressure Ulcer Advisory Panel.& Pan Pacific Pressure injury Alliance (2014). Prevenção e Tratamento de Ulceras de Pressão: Guia de Consulta Rápida, Disponível em: <https://www.epuap.org/wp-content/uploads/2016/10/portuguese-quick-reference-guide-jan2016.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2016), CIPE® Versão 2015 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, Lusodidacta

ANEXO IX – APRESENTAÇÃO REALIZADA NO SEMINÁRIO FINAL



Instituto Politécnico de Santarém
Escola Superior de Saúde de Santarém
8º CURSO MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA e SAÚDE
PÚBLICA
Unidade Curricular: Estágio II



Seminário Final

Prevenção de UP nos Utentes da ECCI

Autor:
Tiago Barbosa - 090432003

Professora Orientadora:
Prof.ª Doutora Irene Santos
Enfermeira Cooperante:
Enf.ª Mestre e Especialista Corina Freire

Santarém, 04 de Dezembro de 2020

PLANO DE SESSÃO

Data: 14 fevereiro 2020

Tema: Prevenção de UP nos Utentes da ECCI

Preletor : Tiago Barbosa

Local: Sala de aula da ESS de Santarém

Destinatários: Alunos 8º CMEC da ESS Santarém

Duração: 10 min

Objetivo : Apresentação e análise do projeto de estágio

ETAPAS	CONTEÚDOS	ESTRATÉGIAS	RECURSOS	TEMPO
Introdução	Contextualização dos conteúdos da apresentação	Expositivo	Recursos materiais: • PowerPoint	3 min
Desenvolvimento	Agrupamentos Centro Saúde Lezíria UCC do Cartaxo –ECCI Pertinência do estudo Metodologia Diagnósticos de Enfermagem Plano de Acção	Expositivo	Recursos materiais: • PowerPoint	5 minutos
Conclusão	Síntese dos conteúdos apresentados	Expositivo interativo	Recursos materiais: • PowerPoint	2 min

ARS LVT

ACES
Lezíria

UCC
Cartaxo

O ACES Lezíria, situado na lezíria do Tejo, engloba **nove** concelhos (Almeirim, Alpiarça, **Cartaxo**, Chamusca, Coruche, Golegã, Rio Maior, Salvaterra de Magos e Santarém), num total de 73 freguesias, abrangendo uma área aproximada de **3.500 km²**. Atualmente, presta cuidados de saúde primários a uma população de cerca de **200.000 utentes**.



Carteira de Serviços UCC Cartaxo

- Parentalidade – Preparação para o nascimento e Recuperação Pós – parto
- Equipa de Intervenção Precoce na Infância
- Saúde Escolar
- **ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados**
- NACJR- Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco
- CPCJ- Comissão de Proteção de Crianças e Jovens
- Rede Social
- NLI/RSI- Núcleo Local de Inserção/Rendimento Social de Inserção
- Classes de Mobilidade

ECCI do Cartaxo

- A ECCI tem como objetivo garantir à pessoa a prestação de cuidados de saúde, de reabilitação, de manutenção, de natureza paliativa e de apoio psicossocial adequados, promovendo o envolvimento dos familiares ou dos cuidadores informais.
- Foram contratualizadas 35 vagas na ECCI para população do concelho do Cartaxo.

METODOLOGIA

Planeamento em Saúde

O planeamento em saúde preconiza a identificação de problemas o mais fidedignamente possível, junto das comunidades, visando mudar o seu comportamento e estilos de vida, promovendo a correta utilização dos serviços de saúde (Imperatori e Giraldes, 1982).

1ª Etapa: Diagnóstico de situação

↳ primeiro passo no processo de PS onde são identificadas as necessidades de saúde da população. Segundo Imperatori e Giraldes (1993, p.43) “(...) só a partir da definição do diagnóstico é que será possível começar a actuação”

Diagnostico de situação

- No contexto da Enfermagem Comunitária, STANHOPE e LENCASTER (2011) referem que as principais fontes de informação para a avaliação dos programas são: os respetivos clientes, os relatórios, os registos e os índices comunitários ou **indicadores** de saúde e doença.

Indicadores da ECCI do Cartaxo

Designação Indicador (+ID)	Hierarq	Min. A	Min. E	Máx. E	Máx. A	Resulta	Score
284 - Propor. uten. c/ alta ECCI c/ objet. atingidos	ECCI	60,00	70,00	100,00	100,00	85,915	2
285 - Taxa de efetivid. na prevenção de úlceras pressão	ECCI	85,00	93,00	100,00	100,00	91,304	1
287 - Taxa incidência de úlcera pressão na ECCI	ECCI	0,00	0,00	5,00	9,00	8,450	1
289 - Proporção utentes c/ ganhos no controlo da dor	ECCI	50,00	65,00	100,00	100,00	65,354	2
290 - Propor. utentes c/ melhoria "depend. autocuid."	ECCI	45,00	60,00	100,00	100,00	62,295	2
291 - Proporção utentes integrados ECCI c/ intern. hosp.	ECCI	0,00	0,00	10,00	15,00	1,408	2
293 - Tempo médio de permanência em ECCI	ECCI	15,00	30,00	120,00	150,00	105,507	2
377 - Proporção úlceras pressão melhoradas	ECCI	15,00	30,00	100,00	100,00	46,875	2

Consultado no portal BI-CSP, referentes a Maio de 2020

Indicadores da ECCI do Cartaxo

- Constata-se que existe um score de 1 em dois indicadores da ECCI do cartaxo, nomeadamente:
- 285- Taxa de efetividade na prevenção de úlceras de pressão
- 287- Taxa de incidência de úlceras de pressão na ECCI.

Diagnósticos de enfermagem

- O modelo teórico de Betty Neuman, enquanto modelo sistémico compreende os '*stressores*', a reação aos '*stressores*' à unidade total, interagindo ativamente com o ambiente que os rodeia. (Neuman, 1995)
- Deste modo, verifica-se que existe uma **ruptura na linha normal de defesa, dos utentes da ECCI do Cartaxo, evidenciado por Úlcera de Pressão.**

Diagnósticos de enfermagem

- Apesar da sustentação da intervenção ao longo do desenvolvimento deste trabalho estar assente no modelo teórico de Betty Neuman, a elaboração dos diagnósticos foi efetuada pela CIPE, uma vez que atualmente no SNS é a linguagem utilizada pelos profissionais de saúde, permitindo assim uma melhor perceção na sua leitura.
- Os diagnósticos de enfermagem elaborados foram:
- Diagnóstico 1 - **Risco de Úlcera de Pressão**
- Diagnóstico 2 - **Conhecimento sobre o processo de mudança de comportamento comprometido**

PERTINÊNCIA DA INTERVENÇÃO

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, visa atingir os seguintes objetivos estratégicos:

1. Aumentar a cultura de segurança do ambiente interno;
2. Aumentar a segurança da comunicação;
3. Aumentar a segurança cirúrgica;
4. Aumentar a segurança na utilização da medicação;
5. Assegurar a identificação inequívoca dos doentes;
6. Prevenir a ocorrência de quedas;
- 7. Prevenir a ocorrência de úlceras de pressão;**
8. Assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes;
9. Prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos.

2º ETAPA DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES E OBJECTIVOS

Geral:

- Prevenir a Incidência de Úlceras de Pressão nos Utentes da ECCL do Cartaxo.

Específicos:

- Sensibilizar para a importância da prevenção das UP;
- Incentivar a equipa multidisciplinar da ECCL para a prevenção de UP;
- Capacitar a família/cuidador na prevenção de UP;
- Sensibilizar a equipa de enfermagem na identificação da pessoa em risco de desenvolver UP;
- Implementar estratégias de promoção e manutenção da integridade cutânea e prevenção de UP;
- Avaliar a eficácia e eficiência do projeto de intervenção;

3º ETAPA – SELEÇÃO DE ESTRATEGIAS DE INTERVENÇÃO

- Divulgação e debate do projeto com a equipa da UCC do Cartaxo;
- Planeamento de sessões para apresentação e implementação do projeto
- Scoping Review:
 - **REVIEW QUESTION**
 - Quais as estratégias de intervenção de enfermagem para prevenção de Úlceras de pressão nos Utentes da ECCL?
 - **OBJECTIVE**
 - Identificar as estratégias de intervenção de enfermagem para prevenção de Úlceras de pressão nos Utentes da ECCL.
 - **KEYWORD (MESH DESCRIPTORS):**
 - Primary Prevention (Prevenção Primária); Pressure Ulcer (Úlcera de Pressão); e nurs* (Enfermagem)
- **Artigos Incluídos:**
- **N.º 1**- "Pressure ulcers: the core, care and cure approach".
- **N.º 16** - "Patients' and Caregivers' Conceptualisations of Pressure Ulcers and the Process of Decision-Making in the Context of Home Care".
- **N.º 23** - "Factors in facilitating an organisational culture to prevent pressure ulcers among older adults in health-care facilities"

CONTRIBUTOS - SCOPING REVIEW

- A implementação de um Programa de Prevenção de Úlceras por Pressão, diminuem as taxas de UP.
- Modelo de Fatores que facilitam a prevenção de úlceras de pressão (círculos em expansão):(
 - Suporte da liderança sénior,
 - Educação,
 - Melhoria contínua da qualidade,
 - Integração na Prática clínica
 - Existência de "Peritos" ("Champions")

(Stadnyk B, Mordoch E, Martin D. (2018))

CONTRIBUTOS - SCOPING REVIEW

Para os autores há um impacto considerável nos resultados dos utente se forem abordados os seguintes fatores:

- Avaliação dos fatores de risco,
- Utilização de dispositivos de redução de pressão,
- Estimulo à mobilidade no leito,
- Perfusão tecidual adequada,
- Redução da pressão no leito
- Manutenção do estado nutricional,

(Osuala, 2014 citado por Sumarno (2019),

CONTRIBUTOS - SCOPING REVIEW

- Recomendação da avaliação de risco para a prevenção de UP, com recurso à escala de Braden.
- Modelo SSKIN, inter-relacionado a 5 fatores preponderantes para prevenção de UP
 - (S) inspeção da pele,
 - (S) superfície –
 - (K) manter –
 - (I) incontinência (ou seja, humidade)
 - (N) nutrição e hidratação.

Sumarno (2019)

4º ETAPA- ELABORAÇÃO DO PROJETO PROTOCOLO E FOLHETO

	UCC	Código:	
	Cartão	Aprovado a:	
Versão: 2	PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE ÚLCERA DE PRESSÃO	Revisão a:	
Páginas:		Valido até:	
Tipo de procedimento	<input type="checkbox"/> Clínico <input checked="" type="checkbox"/> Administrativo <input type="checkbox"/> Serviço de apoio	<input checked="" type="checkbox"/> Formação <input type="checkbox"/>	Elaborado por: Est ^o Tiago Barbosa Destinatários: Equipa de Enfermagem de ECI

ASSUNTO: PREVENÇÃO DA ÚLCERA DE PRESSÃO
 OBJETIVO: Uniformizar intervenções e registos para a prevenção de úlceras de Pressão na ECI

ENQUADRAMENTO:

A ECI é da responsabilidade das unidades de cuidados de saúde primários (CSP) e das entidades de apoio social para a prestação de serviços domiciliários. Tem como principal objetivo a "prestação de serviços domiciliários (...) a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento, mas que não podem deslocar-se de forma autónoma" (Decreto-Lei nº351/2006, p.3862).

A ECI assegura respostas em diversas áreas, tais como: Cuidados domiciliários de saúde, de



5º ETAPA- PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO - Plano de Acção:

UNIDADES DE COMPETÊNCIA	DE	OBJECTIVOS ESPECIFICOS	ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO	LOCAL	RECURSOS	INDICADORES DE AVALIAÇÃO	DE
G2 Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades		Sensibilizar para a importância da prevenção das UP;	Elaboração de um projeto de intervenção;	UCC Cartaxo	Enf.º Tiago Barbosa;	Taxa de participantes nas sessões;	
G1.4.6 Promove o trabalho em parceria no sentido de garantir uma maior eficácia das intervenções		Incentivar a equipa multidisciplinar da ECCI para a prevenção de UP;	Apresentação do projeto à Enf.º Coordenadora da UCC, Enf.º Corina Freire à Professora Doutora Irene Santos.		Enf.º Coordenadora da UCC Corina Freire	Taxa de participantes que avaliem de forma positiva as sessões;	
G1.4. Estabelece programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados		Sensibilizar a equipa de enfermagem na identificação da pessoa em risco de desenvolver UP	Apresentação do projeto a todos os elementos da ECCI;		Enfermeiros da UCC;	;	
		Capacitar a família/cuidador na prevenção de UP	Realizar ações de informação à equipa da ECCI, sobre:				
		Implementar estratégias de promoção e manutenção da integridade cutânea e prevenção de UP	-Avaliação do risco -Cuidados à pele -Nutrição para a prevenção das UP -Uso de Superfícies de Apoio -Reposicionamento para a prevenção das UP -Importância do registo como indicador de ganhos em saúde (BI de Indicadores)				

G1.3 Formula objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas			Realizar ações de informação, aos utentes e cuidadores da ECCI, sobre: Avaliação do risco Cuidados à pele Nutrição para a prevenção das UP Uso de Superfícies de Apoio Reposicionamento para a prevenção das UP (nota: dada a atual pandemia de COVID-19, que restringe ao mínimo o número de contactos, será desenvolvido um folheto com a informação, que será entregue ao cuidador)				
G2.3. Procede à gestão da informação em saúde aos grupos e comunidade		Avaliar a eficácia e eficiência do projeto de intervenção	Realização de reuniões com os profissionais	UCC Cartaxo		Número de reuniões de realizadas/Número de reuniões de previstas	
G1.5. Avalia programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados						Número de folhetos entregues. SCORE dos Indicadores: <ul style="list-style-type: none"> • 285- Taxa de efetividade na prevenção de úlceras de pressão • 287- Taxa de incidência de úlceras de pressão na ECCI. (Publicados no portal https://bicsp.min-saude.pt/)	

5ª ETAPA – AVALIAÇÃO

Indicador	Fórmula de cálculo	Meta	Avaliação
285 - Taxa de efetividade na prevenção de úlceras de pressão e respetivo Score	Consultar BI de Indicador 285	Taxa: ≥93% Score: 2	Taxa: 93,827% Score: 2
287 - Taxa de incidência de úlceras de pressão na ECCI e respetivo Score	Consultar BI de Indicador 287	Taxa: ≤5% Score: 2	Taxa: 5.95% Score: 1
Taxa de realização das sessões.	$\frac{\text{Nº de sessões realizadas}}{\text{Nº de sessões previstas}} \times 100$	100%	4/3 x 100 = 133%*
Taxa de participação das Sessões.	$\frac{\text{Nº de elementos presentes}}{\text{Nº de elementos ao serviço}} \times 100$	Superior a 95%	Sessão 1: 9/10 x 100 = 90% Sessão 2: 11/10 x 100 = 110%** Sessão 3: 8/9 x 100 = 90% Sessão 4: 9/9 x 100 = 100%
Taxa de folhetos entregues	$\frac{\text{Nº de folhetos distribuídos}}{\text{Somatório de utentes elegíveis ECCI}} \times 100$	100%	16/14 = 114%***

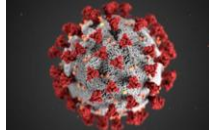
* - Foi necessária uma sessão extra conforme justificação no ponto 4.1.4.
 ** - Nº de elementos ao serviço sofreu oscilação por motivos de baixa. Constatou-se na sessão 2, um número de elementos presentes superior devido à presença de Estudantes.
 *** - Foram entregues folhetos a utentes não integrados em ECCI, mas na UCC.

5ª ETAPA – AVALIAÇÃO

	4\08	17\11
Taxa de utentes da ECCI com Risco Elevado- Escala de Braden	60%	70%
Média do Score da Escala de Braden	15,66	15,45
Prevalência de UP na ECCI do Cartaxo	46,60%	40%

OUTRAS ACTIVIDADES

- COVID-19
- Vacinação da gripe
- Reunião com Assistente Social da Câmara Municipal do Cartaxo
- CPCJ



Bibliografia

- Caracterização do ACES Lezíria, (2016) consultada em <https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude/agrupamento-de-centros-leziria/>
- Fortin, M. (1999). O Processo de Investigação: da Concepção à Realização. Loures: Lusociência.
- Fortin, M. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. 1ª edição. Lusociência. Loures.
- Direção Geral da Saúde (2011). Escala de Braden: Versão Adulto e pediátrico (Braden Q) Orientação da Direção Geral da Saúde nº 017/DGCG de 19/05/2011. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- European Pressure Ulcer Advisory Panel & National Pressure Ulcer Advisory Panel. & Pan Pacific Pressure injury Alliance (2014). Prevenção e Tratamento de Ulceras de Pressão: Guia de Consulta Rápida, Disponível em: <https://www.epuap.org/wp-content/uploads/2016/10/portuguese-quick-reference-guide-jan2016.pdf>
- García-Sánchez FJ, Martínez-Vizcaíno V, Rodríguez-Martín B. (2019); Patients' and Caregivers' Conceptualisations of Pressure Ulcers and the Process of Decision-Making in the Context of Home Care. International Journal of Environmental Research and Public Health. Switzerland, MDPI, Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31366078/>

- Imperatori, E. e Giraldes, M. (1993). Metodologia do planeamento da saúde : manual para uso em serviços centrais, regionais e locais. 3ª Edição. rev. atualizada. Lisboa: ENSP.
- Neuman, B. (1995). *The Neuman Systems Model*. 3ª Edition. Library of Congress. USA.
- OE (2018). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e saúde pública. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8731/comunit%C3%A1ria-e-de-sa%C3%BAd-e-p%C3%ABlica.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2016), CIPE® Versão 2015 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, Lusodidacta
- Stadnyk B, Mordoch E, Martin D. (2018), Factors in facilitating an organisational culture to prevent pressure ulcers among older adults in health-care facilities., *Journal of Wound Care* 27(Sup7):pp.S4-S10, England, MA Healthcare Ltd, Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30008252/>
- Sumarno AS(2019), Pressure ulcers: the core, care and cure approach. *British journal of community nursing*; Vol. 24 (Sup12), pp. S38-S42, England ,MA Healthcare Ltd, Disponível em <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=0d5a68f7-d857-4496-a952-526055191a7b%40pdc-v-sessmgro4>