



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

UNIFORMIZAÇÃO DO REGISTO NA ÁREA DAS FERIDAS: UM CENÁRIO A MELHORAR

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em
Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

Por
Maria Teresa Hipólito Reis Dias Rodrigues

Porto – julho 2023



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

UNIFORMIZAÇÃO DO REGISTO NA ÁREA DAS FERIDAS: UM CENÁRIO A MELHORAR

**UNIFORMIZATION OF REGISTRATION IN THE WOUNDS
AREA: A SCENARIO TO IMPROVE**

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em
Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

Por

Maria Teresa Hipólito Reis Dias Rodrigues

Sob a orientação do Professor Doutor Paulo Alves

Porto – junho 2023

RESUMO

INTRODUÇÃO: De acordo com a Organização Mundial de Saúde, as feridas são consideradas uma epidemia escondida que afeta um grande número de pessoas em todo o mundo. O aumento da esperança média de vida e o envelhecimento da população, juntamente com o aumento das doenças crónicas, têm contribuído para a crescente incidência e prevalência de feridas. Como tal, é fundamental que os cuidados de saúde primários desempenhem um papel fundamental na prevenção desse fenómeno. No entanto, para que se conheça a realidade existente em Portugal acerca desta epidemia e para que seja possível avaliar o impacto do trabalho dos enfermeiros junto da pessoa com ferida, é necessário que existam sistemas de informação que reúnam a informação adequada para uma correta abordagem, bem como a existência de profissionais capacitados e sensíveis para esta causa.

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO: Foi realizada a análise dos dados existentes extraídos dos registos realizados na plataforma SClínico, de forma a obter um retrato da população existente. Para além disto, foi realizado um questionário junto de enfermeiros especialistas na área das feridas que atuam em diferentes contextos profissionais, com o intuito de obter uma visão mais ampla da opinião dos enfermeiros sobre uma variedade de tópicos relacionados com o cuidado da pessoa com ferida. Assim, foi possível perceber que existe um défice no registo da avaliação das feridas, uma falta de homogeneização dos registos na área das feridas e que, também se verifica a inexistência ou falta de qualidade dos indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem.

OBJETIVO: Uniformizar o registo de feridas na plataforma SClínico de um agrupamento de centros de saúde da região norte do país. Foram estabelecidas metas concretas, como aumentar a taxa de registos de avaliação de feridas e implementar indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem em todos os centros de saúde do agrupamento.

ESTRATÉGIA DE AÇÃO: Com base na metodologia do planeamento em saúde, foi desenvolvido um modelo de formação digital, de forma a capacitar e a sensibilizar os enfermeiros para a uniformização dos registos de feridas. Neste modelo foram abordados temas essenciais para a padronização dos registos, disponibilizando recursos interativos e de fácil acesso. Além disso, foram estabelecidos mecanismos de acompanhamento e avaliação para medir o impacto da formação na uniformização dos registos de feridas.

AVALIAÇÃO: Foram criados indicadores de avaliação específicos para medir o sucesso da implementação do modelo de formação proposto. Esses indicadores seriam

aplicados durante a implementação e analisados para avaliar o progresso alcançado. Espera-se que a uniformização dos registos de feridas resulte numa melhoria na qualidade dos cuidados prestados aos pacientes e na obtenção de uma visão mais abrangente das necessidades da população nessa área.

Conclusão: A uniformização dos registos na área das feridas é fundamental para garantir a excelência nos cuidados de enfermagem. Por meio da implementação do modelo de formação digital concebido, espera-se capacitar os enfermeiros e promover a padronização dos registos na plataforma SClinico. Desta abordagem resultarão benefícios significativos para os utentes e para a prática de enfermagem.

Palavras-Chave: Feridas; Sistemas de informação em saúde; Registo clínico eletrónico; Monitorização e Avaliação da eSaúde; Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde

ABSTRACT

Introduction: According to the World Health Organization, wounds are considered a hidden epidemic that affects a large number of people around the world. The increase in average life expectancy and the aging of the population, along with the increase in cases of chronic diseases, have contributed to the increasing incidence and prevalence of wounds. Thus, it is essential that primary health care plays a fundamental role in preventing this phenomenon. However, in order to understand the existing reality in Portugal about this epidemic and to be able to assess the impact of the nurses' work with the injured person, it is necessary to have information systems that gather the appropriate information for a correct approach, as well as the existence of trained and sensitive professionals to work in this cause.

Diagnosis: An analysis of the existing data extracted from the records made on the SClinico platform, in order to obtain a picture of the current population. In addition, a questionnaire was carried out with tissue viability specialist nurses who work in different professional contexts, in order to obtain a broader view of nurses' opinions on a variety of topics related to the care of the person with a wound. Consequently, it was possible to recognize that there is a deficit in the wound assessment documentation, a lack of homogenization of the records and also the absence or lack of quality of indicators sensitive to nursing care.

Objective: To improve the standardization of wound assessments on the SClinico platform of a group of health centers in the northern region of the country. We set concrete goals, such as increasing the rate of wound assessment records and implementing indicators sensitive to nursing care in all health centers in the cluster.

Action Strategy: Based on the health planning methodology, a digital training model was developed in order to train and raise nurses awareness to the standardization of wound assessments. In this model, essential topics for the standardization of records were addressed, providing interactive and easily accessible resources. In addition, monitoring and evaluation mechanisms were established to measure the impact of training on standardizing wound records.

Evaluation: Key performance indicators were created in order to be applied when implementing the proposed training model.

Conclusion: Specific evaluation indicators were created to measure the success of the implementation of the proposed training model. These indicators would be applied during implementation and analyzed to assess the progress made. It is expected that the

standardization of wound assessment records will result in an improvement in the quality of care provided to patients and in obtaining a more comprehensive view of the needs of the population in this area.

Keywords: Wound; Health information systems; Electronic clinical record; eHealth Monitoring and Evaluation; Quality Indicators in Health Care

Recomeça...
Se puderes
Sem angústia
E sem pressa.
E os passos que deres,
Nesse caminho duro
Do futuro
Dá-os em liberdade.
Enquanto não alcances
Não descanses.
De nenhum fruto queiras só metade.

E, nunca saciado,
Vai colhendo ilusões sucessivas no pomar.
Sempre a sonhar e vendo
O logro da aventura.
És homem, não te esqueças!
Só é tua a loucura
Onde, com lucidez, te reconheças...

Miguel Torga

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Professor Doutor Paulo Alves pela disponibilidade em orientar-me neste trabalho. O seu conhecimento e entusiasmo pela área.

Agradeço, aos doentes e familiares que todos os dias confiam no trabalho que realizo e me inspiram a fazer cada vez melhor.

Agradeço ao meu avô pelo exemplo e dedicação à ciência.

Agradeço, ainda e sobretudo, ao Nuno, aos meus Pais, por me ajudarem a tornar este caminho possível, aos meus Irmãos e restante família e amigos.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	1
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	3
2.1. PROCESSO DE ENFERMAGEM.....	3
2.2. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE.....	4
2.3. OS REGISTOS DE ENFERMAGEM: De Nightingale até à atualidade	8
2.4. A EPIDEMIOLOGIA E ETIOLOGIA DAS FERIDAS	11
2.5. AVALIAÇÃO E MONITORIZAÇÃO DE FERIDAS	13
3. PLANEAMENTO EM SAÚDE	15
3.1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO.....	15
3.2. DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES.....	24
3.3. FIXAÇÃO DE OBJETIVOS	25
3.3.1. Objetivo Geral	25
3.3.2. Objetivos Específicos	25
3.3.3. Metas	25
3.4. ESTRATÉGIAS DE ACÇÃO	26
3.5. AVALIAÇÃO DO PROJETO.....	28
3.5.1. Indicadores de Processo.....	28
3.5.2. Indicadores de Resultado.....	28
4. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS	31
5. CONCLUSÃO	39
BIBLIOGRAFIA.....	41
ANEXOS - Modelos de Formação elaborados no âmbito do projeto AccuWound.....	44
Anexo A – Módulo I – Diagnóstico Diferencial.....	45
Anexo B – Módulo II – Escala de avaliação e monitorização de feridas	52
Anexo C – Módulo III – Indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem	60

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Componentes dos Sistemas de Informação de Saúde.....	5
Figura 2 - Causas de mortalidade do exército na Guerra da Crimeia.....	8
Figura 3 - Processo de cicatrização da ferida aguda.....	11
Figura 4 - Avaliação Holística do Doente com Ferida Crónica	12
Figura 5 - Distribuição do nº de utentes por idade	16
Figura 6 - Precisão vs. Acurácia.....	27
Figura 7 - Logótipo do Projeto AccuWound.....	27

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição do nº de casos pelos 17 eixos da ICPC	17
Tabela 2 - 10 rúbricas da ICPC mais frequentes	17
Tabela 3 - Distribuição do tipo de fenómeno por idades.....	18
Tabela 4 - Domínios da Escala RESVECH 2.0.....	21
Tabela 5 - Indicadores de Resultado.....	22

LISTA DE ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACeS	Agrupamento de Centros de Saúde
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
ECCI	Equipa de Cuidados Continuados Integrados
EEESCSP	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública
eRNU	Registo Nacional de Utentes
ICPC	Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários
OMS	Organização Mundial de Saúde
PEM	Prescrição Eletrónica de Medicamentos
REM	Requisição Eletrónica de Meios Complementares de Diagnóstico
SAM	Sistema de Apoio ao Médico
SAPE	Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem
SIIS	Sistema de Informação Integrado da Saúde
SINUS	Sistema de Informação para Unidades de Saúde (SINUS)
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SONHO	Sistema Integrado de Informação Hospitalar
SPMS	Serviços Partilhados do Ministério da Saúde
UT	Número de utentes

1. INTRODUÇÃO

“Se a enfermagem quer demonstrar o seu valor, os enfermeiros necessitam ter o conhecimento e a capacidade para gerir adequadamente a informação e para aplicar a tecnologia da informação de forma inteligente na sua atividade de cuidar”.

(Goossen apud Figueiroa-Rego, 2003, p.39)

O presente documento assume-se como o culminar do caminho para a aquisição de competências no Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública. Ao longo da elaboração deste documento, o foco centrou-se nas Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, representando o processo desenvolvido ao longo do percurso.

A monitorização e avaliação do registo de feridas constitui ainda hoje um desafio para os enfermeiros. Se, por um lado, a tecnologia se encontra no seu apogeu e diariamente surgem inovações constantes em diversos campos da ciência, parece que ainda há um longo caminho a percorrer no que concerne aos sistemas de informação em saúde. A saúde pública deveria aproveitar este facto e implementar políticas de saúde que fossem de encontro às necessidades atuais, prevenindo situações que acarretam um elevado encargo financeiro, como é o caso das feridas. Desta forma, é fundamental apostar em sistemas de informação em que os profissionais sejam capazes de registarem as avaliações que realizam, bem como as suas intervenções, de forma a traduzir a realidade existente na sua prática junto das populações.

O presente trabalho é apresentado dividido em 5 capítulos. Neste primeiro capítulo, é feito o enquadramento do trabalho realizado. No segundo capítulo é apresentado um enquadramento teórico, procurando esclarecer o que se entende por processo de enfermagem e a sua importância; qual o estado da arte relativo aos sistemas de informação; compreender como os registos na área de enfermagem evoluíram desde Nightingale até à atualidade; e, ainda, é apresentada uma breve pesquisa sobre feridas focando a epidemiologia, a sua

definição e etiologias; e uma reflexão sobre a monitorização e avaliação das feridas e a sua importância. Posteriormente, no terceiro capítulo é descrito o desenvolvimento do projeto realizado, tendo por base a metodologia do planeamento em saúde. Inicialmente, é apresentado o diagnóstico de situação com duas vertentes de recolha de dados. Depois, são definidos os objetivos e as metas a alcançar. É, ainda, apresentado o modelo de formação digital concebido a ser utilizado na formação de profissionais que trabalhem na área do doente com ferida, bem como os indicadores de avaliação a utilizar no final da implementação do projeto. No quarto capítulo são apresentadas as competências académicas do curso de mestrado em enfermagem e as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública (EEESCSP) e como estas foram desenvolvidas ao longo do curso de mestrado. Por fim, no quinto capítulo são apresentadas as principais conclusões do trabalho realizado e apontadas as melhorias a implementar no atual sistema de registo na área das feridas, bem como estratégias a adotar para alcançar o sucesso da sua utilização.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1. PROCESSO DE ENFERMAGEM

O processo de enfermagem surgiu entre 1950 e 1960 nos Estados Unidos da América e no Canadá, tendo sido desenvolvido nos primeiros anos essencialmente na área do ensino. Posteriormente, em 1970, a sua utilização foi estendida até à prática clínica (Huitzi-Egilegor, Elorza-Puyadena, Urkia-Etxabe, & Asurabarrena-Iraola, 2014).

O processo de enfermagem surge como um método sistemático de organizar o pensamento para a tomada de decisão clínica aquando da prestação de cuidados (Silvestre, 2012). “Quando os enfermeiros pensam criticamente, o cliente torna-se um participante ativo e o resultado final é uma abordagem compreensiva e individualizada dos cuidados” (Potter e Perry, 2006, p.97). Como ferramenta indispensável para o dia-a-dia do enfermeiro, o processo de enfermagem possibilita, através de um processo dinâmico e individualizado, a planificação e decisão sobre os cuidados a prestar (Silvestre, 2012).

Conforme o que se encontra regulamentado para o exercício profissional da Enfermagem, a resposta às necessidades de cuidados dos indivíduos implica uma abordagem sistemática e intencional (Ordem dos Enfermeiros, 2001). Esta só será possível com o recurso a uma metodologia científica, ou seja, com recurso ao Processo de Enfermagem. Na tomada de decisão, o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de Enfermagem da pessoa individual ou do grupo (família e comunidade); após efetuada a correta identificação da problemática do cliente, as intervenções de Enfermagem são prescritas de forma a evitar riscos, detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados (Ordem dos Enfermeiros, 2011). Durante todo este caminho, o enfermeiro deverá incorporar os resultados da investigação na sua prática. É neste regulamento que está descrito o perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais com a finalidade de providenciar um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar deste profissional de saúde.

De facto, a aplicação intencional e sistemática do Processo de Enfermagem possibilita que as necessidades dos indivíduos sejam refletidas de forma organizada e metódica, o que permite acrescentar qualidade ao cuidado, melhorar a visibilidade, a valorização e o reconhecimento profissional, bem como conferir maior satisfação pessoal e profissional aos enfermeiros (Pivoto, Filho, Lunardi, & Silva, 2017).

Atualmente, o processo de enfermagem é considerado um componente crítico na disciplina de enfermagem e a sua valorização é importante para garantir a maior qualidade na prestação de cuidados aos indivíduos. Todavia, apesar das evidências relativas às vantagens da implementação do processo de enfermagem, a adoção deste método constitui ainda um desafio para as instituições e para os profissionais (Ribeiro, Martins, Tronchin, & Forte, 2018).

2.2. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

No sector da saúde, as organizações necessitam de sistemas de informação que assegurem a informação útil e necessária aos diversos profissionais de saúde e aos diferentes níveis da instituição (Sousa, 2005). Os Sistemas de Informação na área da saúde são sistemas que reúnem, guardam, processam e facultam a informação de uma organização de saúde. É uma combinação de procedimentos, pessoas, tecnologias e informação com o objetivo de desenvolver e proteger a saúde da população (Sandi, 2015). Estes sistemas precisam de ser simples e sustentáveis não devendo sobrecarregar os funcionários ou apresentar elevados custos de execução.

A Rede de Métricas da Saúde (HMN) definiu um Sistema de Informação de Saúde composto por seis componentes, representados na Figura 1.

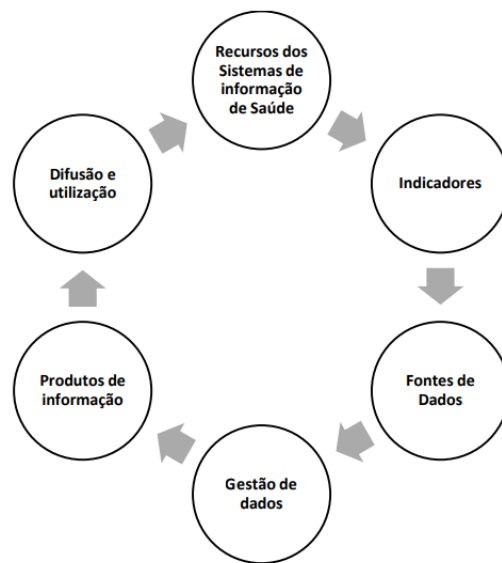


Figura 1 - Componentes dos Sistemas de Informação de Saúde
(Nascimento, Frade, Miguel, Presado, & Cardoso, 2019)

Os **recursos dos sistemas de informação de saúde** incluem as normas e leis necessárias para um sistema de informação e todos os recursos necessários para que este sistema funcione. Estes envolvem recursos humanos, económicos, logísticos, tecnologias de informação e comunicação. Os **indicadores** e metas são a base para um plano de sistema de informação de saúde e devem abranger os determinantes da saúde. Quanto às **fontes de dados** estas podem surgir por duas vias. A primeira corresponde a abordagens baseadas na população (censos, registo civil e levantamentos populacionais). A segunda via corresponde às instituições (registos individuais, registos de serviços e registos de recursos). A **gestão de dados** abrange todos os aspetos da manipulação de dados desde a recolha, armazenamento, processamento, compilação e análise. Os **produtos de informação** são o resultado da transformação dos dados em informação que servirá de base para melhores tomadas de decisão e melhoria dos serviços. Por fim, o último componente dos sistemas de informação de saúde prende-se com a **difusão e utilização**. É necessário garantir que a informação seja utilizada de forma eficaz e eficiente. A informação de saúde pode ser recolhida e processada com sucesso, mas se não for partilhada, não terá valor real. Como tal, a sua difusão e utilização é tão importante quanto a sua colheita e análise. Os utilizadores finais incluem os profissionais de saúde, gestores e a própria população e pode ser partilhada através de diversos meios de comunicação (Sandi, 2015).

Estes sistemas de informação são fundamentais no sector da saúde, uma vez que permitem a recolha, o armazenamento, processamento e partilha de informações de forma

eficiente e segura. Estas informações podem ser utilizadas por diversos profissionais de saúde como médicos, enfermeiros, assistentes sociais, entre outros, bem como pelos diferentes níveis da instituição, por exemplo gestores ou administradores.

Além disto, os sistemas de informação podem ajudar na identificação de tendências e padrões de saúde, possibilitando que as instituições de saúde atuem de forma mais eficiente na prevenção e tratamento de doenças. Estes sistemas podem contribuir para a redução de erros, maior segurança na prescrição de medicação e partilha de conhecimentos, maior confidencialidade do processo clínico, menor duplicação de exames, possibilidade de tratamento mais rápido, aumento da eficiência e, conseqüentemente, melhoria da qualidade dos serviços prestados aos indivíduos (Silvestre, 2012). A nível macro, podemos apontar a garantia da consolidação eficiente e eficaz das contas do Sistema Nacional de Saúde, garantia da qualidade dos dados, garantia da partilha de informação entre os diversos níveis assistenciais, melhoria da qualidade da informação de suporte à decisão, investigação, auditoria e gestão do desempenho (Administração Central do Sistema de Saúde, 2007).

Para isso, o recurso às tecnologias da informação, cada vez mais, tem vindo a ser uma estratégia adotada nas diversas organizações. No entanto, as unidades de saúde são instituições complexas, já que existe diariamente uma grande diversidade de tipos de informação (Neves, 2001). Este facto condiciona o sistema informático a ser implementado e é importante reconhecer que a informatização não garante que todos os cuidados prestados ao doente sejam registados de forma precisa e completa. De facto, pode haver discrepâncias entre o que é registado e o que é realmente realizado. Como tal, é fundamental que os profissionais de saúde sejam capacitados e treinados a utilizar corretamente as ferramentas informáticas disponíveis, evitando erros de registo e omissões. Para além disto, é crucial que existam auditorias frequentes à qualidade dos registos, de forma a refletirem cada vez mais informações precisas e pertinentes.

Para Oroviogicoechea et al (2007), os dados são escritos uma vez, mas lidos várias vezes. Desta forma, é importante ter a informação correta, bem como a linguagem utilizada ser compreendida da mesma forma pelos vários profissionais que estão a receber e a utilizar estes dados (Oroviogicoechea, Elliott, & Watson, 2007). Assim, a utilização de uma linguagem padronizada pode ajudar a evitar erros de interpretação e garantir que os profissionais falem a mesma linguagem.

Em Portugal, a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), responsável por grande parte das atribuições relacionadas com a gestão informática e financeira do sistema de saúde, tem por missão assegurar a gestão dos recursos financeiros e humanos do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde (SNS), bem como das instalações e equipamentos do SNS, proceder à definição e implementação de políticas, normalização, regulamentação e planeamento em saúde, nas áreas da sua intervenção, em articulação com as Administrações Regionais de Saúde, no domínio da contratação da prestação de cuidados (Administração Central do Sistema de Saúde, 2007).

Em 2007, a ACSS estabeleceu um plano de transformação do Sistema de Informação Integrado da Saúde (SIIS) com o objetivo de melhorar a gestão da informação e a qualidade do atendimento ao indivíduo (Administração Central do Sistema de Saúde, 2007). Este plano admite uma abordagem centrada no utente e no ciclo de vida, isto é, o cidadão é o foco principal do sistema de saúde. Este é acompanhado desde a nascença até à morte, desde o diagnóstico até ao tratamento, assegurando uma gestão integrada da doença, em que o sistema de saúde trabalha de forma colaborativa para fornecer um atendimento holístico que abrange todas as áreas necessárias para a gestão da doença (Silvestre, 2012). Além disso, o plano visa melhorar a sustentabilidade do sistema de saúde, através do uso efetivo das tecnologias por parte dos profissionais de saúde, permitindo a melhoria do acesso e partilha de informações e conhecimentos para a tomada de decisões clínicas.

O avanço tecnológico teve um impacto significativo na área da saúde, permitindo a introdução de plataformas informáticas em diversos sectores, incluindo a gestão de informação dos indivíduos e a prestação de cuidados de saúde. As bases de dados locais integradas, como o Sistema de Informação para Unidades de Saúde (SINUS) e o Sistema Integrado de Informação Hospitalar (SONHO), permitem a comunicação interinstitucional em tempo real, possibilitando uma gestão mais eficaz dos recursos disponíveis. As aplicações informáticas referentes ao Sistema de Apoio ao Médico (SAM) e ao Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE), juntamente com outras aplicações específicas, como a Prescrição Eletrónica de Medicamentos (PEM) e a Requisição Eletrónica de Meios Complementares de Diagnóstico (REM), permitem o acesso a todo o processo clínico do utente. Isso ajuda a agilizar o processo de prestação de cuidados de saúde e a melhorar a eficiência da gestão de informações em todo o sistema de saúde. Outras aplicações informáticas, como a Plataforma de Dados de Saúde - Portal do Utente, o Registo Nacional de Utentes - eRNU, a Marcação de Consultas - eAgenda e as Inscrições para Cirurgia -

eSigic, permitem uma gestão mais eficiente da informação e uma maior facilidade de acesso para os pacientes.

Para garantir que as funções de "autoridade" e as funções de prestador de serviços de sistemas de informação estejam separadas, a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) criou a Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS) que é responsável pela implementação e gestão dos sistemas integrados de informação no setor da saúde (Silvestre, 2012). A SPMS é uma entidade pública que funciona sob a tutela dos ministérios da Saúde e das Finanças e tem como missão a prestação de serviços partilhados, incluindo sistemas e tecnologias de informação e comunicação, compras e logística e serviços financeiros, a entidades com atividade específica na área da saúde de forma a "centralizar, otimizar e racionalizar" a aquisição de bens e serviços no SNS (Administração Central do Sistema de Saúde, 2007).

2.3. OS REGISTOS DE ENFERMAGEM: De Nightingale até à atualidade

O registo da atividade dos enfermeiros não é uma preocupação recente. Já em 1850, durante a Guerra da Crimeia, Florence Nightingale avaliava os cuidados prestados através dos registos que fazia das suas observações e utilizava estas informações para melhorar os serviços prestados nas áreas mais deficitárias (Martins, et al., 2008).

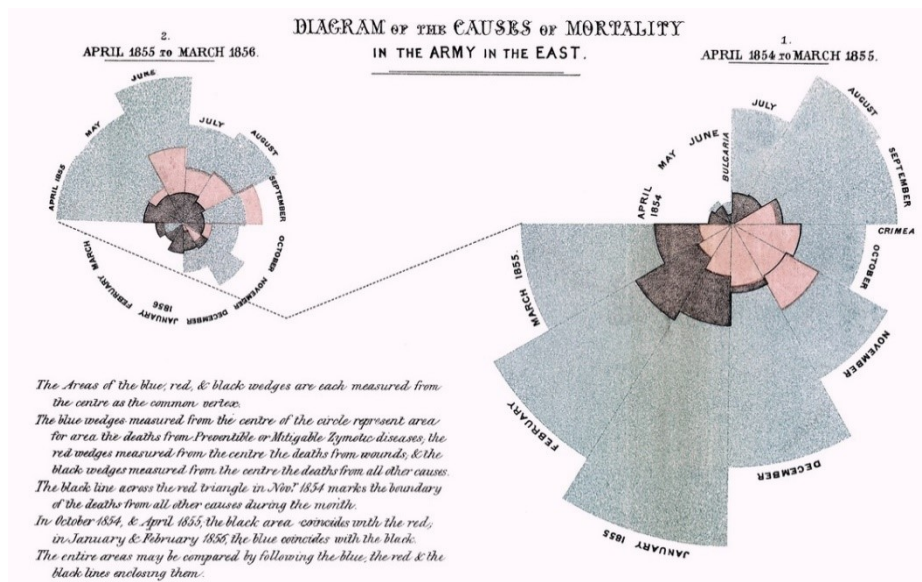


Figura 2 - Causas de mortalidade do exército na Guerra da Crimeia (Nightingale, 1858)

O diagrama desenhado por Florence Nightingale, apresentado na Figura 2, foi publicado no livro *“Notes on Matters Affecting the Health, Efficiency, and Hospital Administration of the British Army”* (1858). Pela observação rápida do gráfico é possível verificar o número de mortes que ocorreram por doenças evitáveis (representado a cor azul), por feridas (representado a cor vermelha) e devido a outras causas (cor preta). Este diagrama demonstra a capacidade de Florence de fazer registos detalhados do que observava permitindo provar a necessidade de uma transformação na prestação de cuidados dos hospitais militares durante a guerra da Crimeia. Florence foi assim uma enfermeira pioneira que se destacou pela sua atenção aos detalhes e à documentação dos cuidados de saúde prestados. Numa altura em que não existiam registos nos hospitais que permitissem conhecer o estado de saúde de cada doente e estatísticas sobre os óbitos verificados ou sobre os tratamentos realizados, Florence Nightingale defendeu a importância da necessidade de manter registos claros e precisos da informação dos doentes, incluindo o seu estado de saúde, tratamentos, medicamentos e quaisquer outras intervenções (Oliveira, Sá, Gomes, & Amaral, 2012).

Em Portugal, os enfermeiros iniciaram a documentação de informação na década de 50, apesar de só vir a fazer parte integrante do conteúdo funcional dos enfermeiros a partir de 1991 com o Decreto-Lei 437/91 de 8/11/1991 (Oliveira, Sá, Gomes, & Amaral, 2012).

O processo clínico era apenas de interesse médico, isto é, constituía uma forma de ter informação sobre a evolução clínica dos doentes e de uma prova das prescrições a serem implementadas pelos enfermeiros. Por outro lado, os enfermeiros registavam apenas informação de interesse médico, como sinais vitais, eliminação de fluídos corporais, estado de consciência e intervenções realizadas que davam resposta a pedidos requeridos pela equipa médica (Oliveira, Sá, Gomes, & Amaral, 2012).

Em 1971, a Organização Mundial de Saúde (OMS) defende que cuidar implica necessariamente o registo de informação associada à prática e define o plano de cuidados individual “como um registo por escrito que abrange uma descrição do doente e a identificação das suas necessidades de enfermagem, assim como as ações de enfermagem requeridas para satisfazer essas necessidades” (Deiman, 1971).

Ao longo do tempo, a documentação produzida pelos enfermeiros passou a abranger mais informações e com foco centrado no doente e nas intervenções de enfermagem. No entanto, havia ainda alguma carência de informação relativa aos resultados dos cuidados em concreto e, conseqüentemente, aos ganhos e impacto da profissão de enfermagem (Oliveira,

Sá, Gomes, & Amaral, 2012). Os primeiros cursos de mestrado e de doutoramento em Enfermagem em Portugal, em 1991 e 2000, respetivamente, permitiram um maior investimento do conhecimento teórico e epistemológico da disciplina (Oliveira, Sá, Gomes, & Amaral, 2012). Surgem alguns estudos importantes na área dos sistemas de informação que vêm realçar a importância de produzir informação consistente sobre o pensamento de enfermagem, dos cuidados prestados e, acima de tudo, dos resultados que se podem obter a partir desses cuidados, com o objetivo de promover mudanças qualitativas na prática. Podemos dizer assim que existe uma crescente preocupação com a documentação da prática de enfermagem que tem como objetivo descrever os diagnósticos de enfermagem, as intervenções prescritas para dar resposta a esses diagnósticos e uma descrição clara dos resultados obtidos sensíveis aos cuidados dos enfermeiros (Machado, 2004).

A criação de informação e a conseqüente utilização do conhecimento adquirido através desta só são significativos quando possuem um propósito claro e são compreendidos por todos aqueles que a utilizam. Desta forma, a Ordem dos Enfermeiros alertou para a necessidade de utilizar uma linguagem classificada na documentação da informação clínica, a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) aprovada pelo Conselho Internacional dos Enfermeiros (Oliveira, Sá, Gomes, & Amaral, 2012). Concebida com o objetivo de integrá-la à infraestrutura global de informação, a CIPE, permite fornecer orientações práticas e políticas de cuidados de saúde, de forma a aperfeiçoar a assistência prestada aos doentes a nível mundial (Ordem dos Enfermeiros, Junho de 2009). Assim, a CIPE permite aos enfermeiros a documentação padronizada dos cuidados prestados aos doentes. Esta informação pode ser utilizada pelos enfermeiros para o planeamento e gestão dos cuidados de enfermagem, mas também a outros grupos profissionais, como os gestores e políticos, de forma a realizarem previsões financeiras, análise de resultados dos doentes e desenvolvimento de políticas de saúde (Ordem dos Enfermeiros, Junho de 2009).

Em suma, a descrição das necessidades de cuidados de enfermagem, das intervenções realizadas e dos resultados obtidos desempenha um papel essencial na visibilidade da intervenção da enfermagem e na consolidação de seu domínio de atuação, além de promover a continuidade dos cuidados, ter valor legal e contribuir para a gestão, formação e para a investigação.

2.4. A EPIDEMIOLOGIA E ETIOLOGIA DAS FERIDAS

As feridas são consideradas uma epidemia escondida que afetam milhões de pessoas em todo o mundo (Organização Mundial de Saúde, 2008). O aumento da esperança média de vida associada a um maior envelhecimento da população e o aumento das doenças crónicas contribuem para a crescente incidência e prevalência de feridas. Desta forma, os cuidados de saúde primários são essenciais na atuação da prevenção deste fenómeno (Alves, 2020).

Em termos epidemiológicos, estima-se que a nível mundial existam no mínimo 300 milhões de feridas agudas, 100 milhões de feridas traumáticas e 20 milhões de feridas crónicas (Boulton, 2005). Dados relativos a um estudo realizado a nível nacional demonstraram que a prevalência global de feridas a nível hospitalar foi de 33%, onde 1 em cada 3 utentes internados apresenta ferida, e nos cuidados de saúde primários foi de 2,2/1000 habitantes (Alves, Vieira, & Amado, 2014). As feridas com mais prevalência são as feridas cirúrgicas (37,2%), seguindo-se as úlceras de perna (19,5%), as úlceras de pressão (15,8%) e as feridas traumáticas (17,6%). Dentro das úlceras de perna, as de etiologia venosa são as mais preponderantes, seguindo-se as de etiologia desconhecida, as mistas e por fim as arteriais (Alves, Vieira, & Amado, Feridas: Prevalência e Custos, 2014).

De acordo com o International Council of Nurses (2011), ferida é definida como uma “lesão tecidual habitualmente associada a danos físicos ou mecânicos; formação de crosta e tunelização dos tecidos; drenagem serosa, sanguinolenta ou purulenta; eritema da pele; edema; vesículas; pele circundante macerada e anormal; aumento da temperatura da pele; odor; sensibilidade dolorosa aumentada”.

Habitualmente as feridas são classificadas em agudas ou crónicas, de acordo com o processo de cicatrização. O processo de cicatrização de uma ferida aguda é uma sequência de fenómenos que envolvem todo o organismo, Figura 3 (Justiniano, 2010)

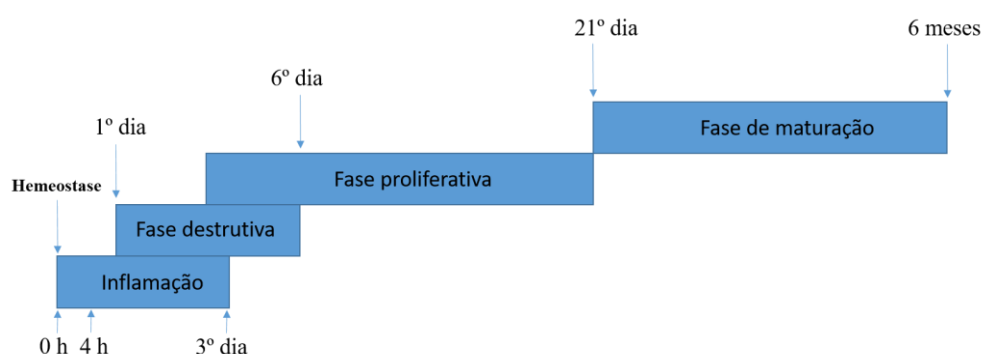


Figura 3 - Processo de cicatrização da ferida aguda

Observa-se uma resposta metabólica sistêmica sempre que o organismo sofre uma agressão, seja cirúrgica, traumática, isquêmica, infecciosa, química, auto-imune ou pelo calor. Nas feridas agudas, o processo de cicatrização é habitualmente mais rápido, cicatrizando normalmente nas primeiras 6 semanas, com o objetivo de restaurar a integridade funcional e anatômica (Justiniano, 2010).

Quando utilizado o termo crônico, antevê-se um processo de cicatrização comprometido, mais lento (período superior a seis semanas) (Justiniano, 2010), normalmente associado à presença de patologias complexas, como a diabetes, hipertensão arterial, doença vascular ou presença de malignidade (Alves, Vieira, & Amado, Feridas: Prevalência e Custos, 2014). Na presença deste tipo de feridas é essencial que o plano de tratamento inclua, para além da etiologia da ferida e do tratamento local, a avaliação holística do doente, como apresentado na Figura 4, de forma a introduzir as correções no seu estado geral para que o processo de cicatrização da ferida ou feridas se realize regularmente (Justiniano, 2010).



Figura 4 - Avaliação Holística do Doente com Ferida Crônica

Dentro do universo das feridas agudas, podemos incluir as feridas cirúrgicas, traumáticas, queimaduras, radiodermites e lesões associadas à incontinência (Alves, Vieira, & Amado, Feridas: Prevalência e Custos, 2014).

Quanto às feridas crônicas, estas abrangem as úlceras de pressão, as úlceras de perna (arteriais, venosas e mistas), lesões do pé diabético (neuropáticas ou neuroisquêmicas) e as feridas malignas (Alves, Vieira, & Amado, Feridas: Prevalência e Custos, 2014).

Na presença de uma ferida, o diagnóstico diferencial assume um papel decisivo no tratamento e prognóstico (Furtado, 2003). Relativamente ao tratamento, é fundamental compreender que para diferentes tipos de feridas, existem diferentes técnicas e apósitos que podem ser utilizados, de forma a otimizar o processo de cicatrização. Também a realização

de um diagnóstico diferencial permite conhecer, de forma mais pormenorizada, a população existente e implementar medidas de saúde pública que combatam este problema e melhorem a qualidade de vida dos indivíduos.

2.5. AVALIAÇÃO E MONITORIZAÇÃO DE FERIDAS

De forma a facilitar o processo do tratamento das feridas é essencial que ocorra uma avaliação detalhada e rigorosa das mesmas. Assim, a avaliação e monitorização de feridas assume grande importância na prestação de cuidados de enfermagem, pois permite avaliar o estado inicial da ferida (momento zero, quando ainda não iniciou tratamento) e o sucesso ou o insucesso do mesmo através da análise da evolução do processo de cicatrização (Gouveia, 2009). Torna-se então urgente a opção por um método de registos fiável e universal que permita uma verdadeira continuidade de cuidados baseados em dados reais (Gouveia, 2009).

Desde outubro de 2003, com a publicação das competências do enfermeiro de cuidados gerais pela Ordem dos Enfermeiros, ficou homologado que é competência do enfermeiro documentar o plano de cuidados e a implementação de intervenções, avaliar e documentar a evolução, no sentido dos resultados esperados e utilizar instrumentos de avaliação adequados para identificar os riscos reais e potenciais (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Desta forma, a documentação e os registos de enfermagem são fundamentais para a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade, uma vez que ao agregarem de forma sistemática os diagnósticos e as intervenções de enfermagem e os resultados obtidos, facilitam a continuidade de cuidados por parte dos diferentes profissionais, aumentando a segurança do utente e a eficácia dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2001). Para além disto, podemos dizer que a utilização de bons registos de enfermagem também permite uma maior reflexão por parte do profissional no sentido de se encontrarem melhores soluções para cada doente, para cada tipo de ferida e para cada fase da sua cicatrização. Ainda o facto de conseguirmos extrair, através dos registos, dados importantes para o estudo científico de diversas áreas, constitui uma mais valia da importância que uma documentação simples, exata e eficaz pode trazer. Por fim, os dados registados permitem o cálculo de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem e, como consequência, monitorizar a atividade prestada, aumentar a visibilidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros e sensibilizar para a importância da valorização profissional através da medição do impacto que estes profissionais podem alcançar junto dos indivíduos e das populações. Os indicadores de

qualidade devem ser encarados como uma forma através da qual se conseguem retirar os dados que são essenciais para tomar decisões, sejam elas operacionais, táticas ou estratégicas (Nascimento, Frade, Miguel, Presado, & Cardoso, 2019). Desta forma, é necessário que sejam medidas mensuráveis.

No entanto, é crucial registar esses indicadores para que possam adquirir expressão. Isso significa que as informações sobre as intervenções realizadas pelos enfermeiros devem ser registadas corretamente, não apenas em relação ao local onde os cuidados são prestados, mas também em relação ao conteúdo dos cuidados (Nascimento, Frade, Miguel, Presado, & Cardoso, 2019). Os registos realizados devem ser o mais consistentes possível, permitindo que enfermeiros diferentes possam registar as mesmas intervenções da mesma maneira, independentemente da região do país ou do contexto de cuidados onde se encontram a trabalhar. Desta forma, é garantida uma maior adequação das intervenções e, acima de tudo, uma maior visibilidade em relação ao impacto dos possíveis cuidados de enfermagem (Nascimento, Frade, Miguel, Presado, & Cardoso, 2019).

3. PLANEAMENTO EM SAÚDE

O planeamento é um processo contínuo e dinâmico que assenta na determinação de uma sequência de ações tendo por base objetivos definidos e priorizados, metas estabelecidas e recursos identificados, de forma a alcançar um resultado desejado (Pimentel, 2013). O grande objetivo do planeamento em saúde é melhorar o nível de saúde das populações, procurando mudanças no comportamento, essencialmente ao nível das atitudes e comportamentos relacionados com estilos de vida saudáveis. Por este motivo, Imperatori e Giraldes (1993) indicam a importância do Planeamento em Saúde, realçando como fatores da sua relevância a escassez de recursos, a importância da intervenção nas causas dos problemas e os custos associados a intervenções mal planeadas, com a importância de priorizar para otimizar recursos e, assim, as intervenções serem eficientes (Melo, 2020). Os autores Imperatori e Giraldes (1993) apresentam o processo do Planeamento em Saúde com três etapas: a elaboração do plano, a execução e a sua avaliação. A elaboração do plano é a etapa com maior número de subetapas: diagnóstico de situação, a determinação de prioridades, a fixação de objetivos, a seleção de estratégias, a elaboração de programas ou projetos e a preparação da execução (Imperatori & Giraldes, 1993).

3.1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

O Diagnóstico de Saúde de uma Comunidade constitui a primeira etapa do planeamento em saúde e é determinante em todo o restante processo de intervenção comunitária. Só a partir da definição do diagnóstico é que será possível intervir, pois até lá o enfermeiro tem no seu inconsciente apenas um diagnóstico implícito baseado nos factos observados (Imperatori & Giraldes, 1993).

De forma a conhecer a realidade da população de um Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) da região Norte do país foram analisados alguns dados com interesse na área

das feridas relativos a registos elaborados na plataforma de registos de enfermagem SClínico.

O presente estudo foi realizado tendo por base a população que foi atendida nas unidades de um ACeS da região norte do país em que nos últimos cinco meses (1 de janeiro de 2022 a 20 de maio de 2022) tiveram um registo na área do tratamento de feridas. De forma a caracterizar a população em estudo, recorreremos à ferramenta Power BI.

Durante o período em análise foram atendidas 17 309 pessoas. Na Figura 5 apresenta-se a distribuição do número de utentes por idade.

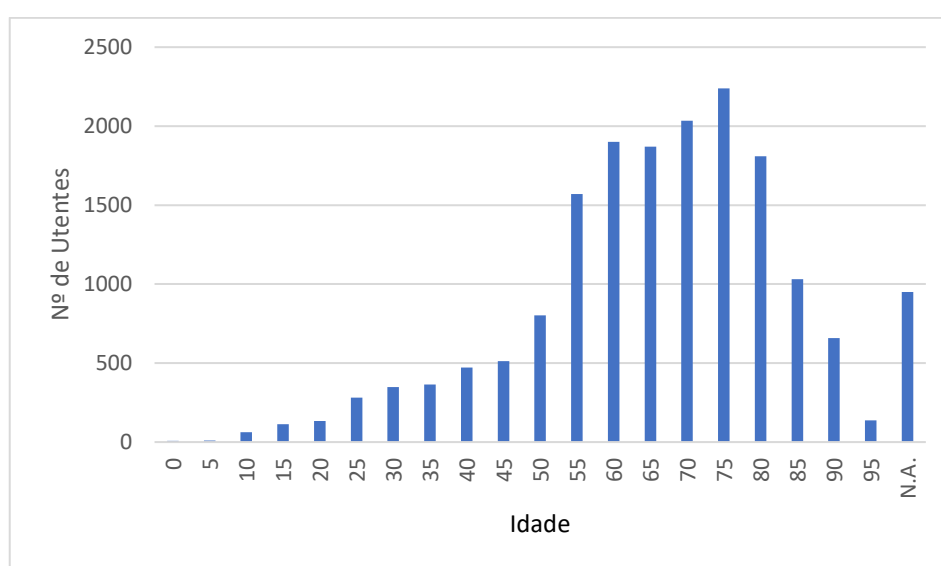


Figura 5 - Distribuição do nº de utentes por idade

Podemos referir que da população em análise, 192 pessoas têm idade inferior a 20 anos. Para além disto, a população é maioritariamente idosa, já que 56,5% apresenta mais de 65 anos. A faixa etária com maior número de utentes é entre os 75 e 80 anos.

Tendo por base a Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários (ICPC - International Classification of Primary Care), foram contados os números de casos por cada um dos dezassete capítulos definidos pelos autores. Na Tabela 1, apresenta-se o número de casos e respetiva percentagem de cada um dos capítulos considerados na ICPC.

Tabela 1 - Distribuição do nº de casos pelos 17 eixos da ICPC

Eixo		Frequência	%
A	Geral e inespecífico	1223	7,1
B	Sangue, órgãos hematopoiéticos e linfáticos	190	1,1
D	Aparelho digestivo	1490	8,6
F	Olhos	494	2,9
H	Ouvidos	229	1,3
K	Aparelho circulatório	2334	13,5
L	Sistema musculo-esquelético	2784	16,1
N	Sistema nervoso	304	1,8
P	Psicológico	1580	9,1
R	Aparelho respiratório	1129	6,5
S	Pele	906	5,2
T	Endócrino, metabólico e nutricional	3074	17,8
U	Aparelho urinário	602	3,5
W	Gravidez e planeamento familiar	297	1,7
X	Aparelho genital feminino (incluindo mama)	333	1,9
Y	Aparelho genital masculino	209	1,2
Z	Problemas sociais	131	0,8

Podemos referir que os capítulos mais frequentes são o T – Endócrino, metabólico e nutricional (17,8%), o L – Sistemema musculo-esquelético (16,1%) e o K – Aparelho circulatório (13,5%).

Na Tabela 2 apresentam-se as dez rúbricas mais frequentes.

Tabela 2 - 10 rúbricas da ICPC mais frequentes

Rúbrica	Frequência
K86 - Hipertensão sem complicações	759
T83 - Excesso de peso	747
T93 - Alteração do metabolismo dos lípidos	725
T90 - Diabetes não insulino-dependente	634
T82 - Obesidade	550
P17 - Abuso do tabaco	380
L86 - Síndrome da coluna com irradiação de dores	334
P76 - Perturbação depressiva	284
A98 - Medicina preventiva / manutenção da saúde	263

É de realçar que a rúbrica com maior frequência é a K86 – Hipertensão sem complicações. No entanto, quatro das dez rúbricas com maior impacto pertencem ao eixo T – Endócrino, metabólico e nutricional.

Em relação ao fenómeno ferida foram recolhidos o número de utentes (UT) com intervenção nos cinco meses em estudo e agrupados conforme o fenómeno identificado, tal como apresentado na Tabela 3.

Tabela 3 - Distribuição do tipo de fenómeno por idades

	Nº UT com classificação etária	Nº UT <65 anos	Nº UT ≥ 65 anos	Nº UT sem classificação etária	Nº total UT
Ferida	212	109	103	17	229
Ferida Cirúrgica	534	343	191	11	545
Ferida Traumática	323	183	140	35	358
Queimadura	33	21	12	1	34
Úlcera	404	120	284	13	417
Úlcera Arterial	1	1	0	0	1
Úlcera de Pressão	58	3	55	34	92
Úlcera Venosa	31	6	25	2	33

De acordo com os dados recolhidos (Tabela 3), é possível observar que o fenómeno mais identificado é a ferida cirúrgica. Acrescenta-se ainda que a variável idade traz impacto à análise realizada. Isto porque, no que diz respeito às úlceras a maioria dos casos ocorre a partir dos 65 anos. O mesmo não se verifica na ferida cirúrgica e na queimadura, dado que a maioria da população se encontra na faixa etária abaixo dos 65 anos.

Torna-se ainda fundamental referir que 37,8% do número total de utentes foram identificados com o fenómeno ferida ou úlcera, não tendo sido realizado um diagnóstico diferencial. Assim, não é possível obter uma informação mais específica do diagnóstico de enfermagem realizado.

Por último, importa referir que na análise realizada 113 utentes não têm identificação da sua faixa etária.

Paralelamente, com o objetivo de obter uma visão mais ampla da opinião de enfermeiros que atuam em diferentes contextos profissionais com o cuidado de pessoas com feridas, foi desenvolvido um questionário online. Este foi elaborado de forma a ser de preenchimento rápido, com uma duração máxima de 4 minutos para garantir a participação dos profissionais de forma eficiente.

O questionário foi enviado por e-mail para os enfermeiros, proporcionando um meio conveniente e acessível de recolher as suas opiniões. Essa abordagem permitiu que enfermeiros de diversas regiões e ambientes de trabalho pudessem participar, contribuindo

com as suas experiências e pontos de vista únicos. O questionário foi cuidadosamente elaborado para abordar uma variedade de tópicos relacionados ao cuidado de pessoas com feridas. Foram incluídas perguntas sobre dados relevantes aquando da avaliação de uma ferida, variáveis da escala em uso na plataforma SClínico – escala RESVECH 2.0, indicadores sensíveis na área em estudo e sobre a existência ou não de barreiras no registo da avaliação e monitorização de feridas.

Ao procurar a opinião de enfermeiros em diferentes contextos profissionais, esperava-se obter uma visão mais abrangente dos desafios e oportunidades enfrentados no cuidado de pessoas com feridas. Essas informações ajudam a identificar lacunas na prática atual e orientar a implementação de intervenções e políticas mais eficazes. A participação dos enfermeiros nessa investigação é fundamental para melhorar a qualidade do cuidado de pessoas com feridas, ao fornecer informações valiosas que podem direcionar futuras estratégias de intervenção, educação e desenvolvimento profissional na área.

A população selecionada para participar no questionário foi composta por um grupo diversificado de profissionais da área de cuidados de feridas. Esta amostra incluiu duas investigadoras especializadas nesse campo, dois enfermeiros de unidades de saúde familiar distintas, dois enfermeiros da área hospitalar, uma colega da área dos cuidados paliativos, um enfermeiro que exerce num lar e dois enfermeiros que trabalham em equipas de cuidados continuados integrados (ECCI), perfazendo um total de 10 indivíduos. Esta variedade de participantes permite obter uma visão mais abrangente e representativa dos diferentes contextos profissionais relacionados ao cuidado de pessoas com feridas.

No total, dez enfermeiros foram convidados a colaborar no questionário, tendo a taxa de resposta obtida de 100%, o que demonstra o envolvimento e interesse dos profissionais em contribuir com as suas opiniões e experiências para o estudo. Acresce que a média de anos de experiência profissional dos enfermeiros participantes foi de 22 anos, informação muito relevante, pois destaca a competência e conhecimento acumulado pelos profissionais ao longo das suas carreiras. Essa ampla experiência pode fornecer perspetivas valiosas para a análise e interpretação dos dados reunidas no questionário.

A participação desses enfermeiros altamente experientes na investigação acrescenta uma camada adicional de confiabilidade e credibilidade aos resultados obtidos, pois as suas

opiniões e conhecimentos, adquiridos ao longo das suas trajetórias profissionais, são fundamentais para informar as melhores práticas e possíveis intervenções na área de cuidados de feridas.

Na primeira questão do questionário: “Que dados acha pertinente registrar na avaliação de uma ferida?”, correspondendo aos dados considerados relevantes na avaliação de uma ferida, os participantes destacaram vários conceitos. A dimensão da ferida foi mencionada por 100% dos participantes, seguida pelo tipo de tecidos e sinais de infecção/inflamação, citados por 80% da população da amostra. O exsudado e a pele circundante foram referidos por 60% dos participantes, enquanto os bordos da ferida foram mencionados por 50% dos indivíduos. Outros conceitos foram mencionados por menos da metade da população. O tipo de ferida/etiologia foi citado por 40% dos participantes, enquanto termos como dor, odor e localização foram mencionados por apenas 20% das pessoas. A existência de alterações topográficas, tempo de existência da ferida, estado geral do doente, *outcome*, barreiras à cicatrização, fotografia, impacto na qualidade de vida do doente e presença de biofilme foram mencionados por apenas 10% dos inquiridos.

Com base nesses resultados, podemos concluir que, dos conceitos considerados relevantes pelos enfermeiros na avaliação de uma ferida, apenas a existência de alterações topográficas, barreiras à cicatrização, a fotografia e o impacto na qualidade de vida do paciente não estão diretamente contemplados na plataforma do SClínico, que é utilizada para registos clínicos. Além disso, no que diz respeito à avaliação do tamanho da ferida, constatou-se que a plataforma SClínico permite apenas selecionar categorias pré-existentes, como pele intacta/cicatrizada, derme e epiderme afetada, hipoderme afetada, músculo afetado ou osso e/ou tecidos anexos. Acresce que a medição da profundidade em centímetros não é possível, sendo possível apenas registrar o comprimento e a largura da ferida.

Neste questionário foi também apresentado o quadro existente para avaliação de uma ferida na plataforma SClínico (escala RESVECH 2.0) e solicitado aos indivíduos para colocar os seis domínios existentes por ordem de importância, atribuindo um score de 1 à variável mais importante e um score de 6 à menos importante. Na Tabela 4 estão resumidos os resultados obtidos.

Tabela 4 - Domínios da Escala RESVECH 2.0

	1	2	3	4	5	6
Tipo de Tecido	20%	60%	20%	-	-	-
Dimensão da Ferida	40%	-	-	-	-	50%
Pele Circundante	-	10%	10%	30%	40%	-
Infeção	10%	20%	-	20%	30%	20%
Tipo de Ferida/Especificação	30%	-	-	-	-	-
Dor	-	-	-	-	10%	-

Ao analisar os resultados da tabela fornecida, podemos concluir o seguinte:

- Tipo de Tecido: é considerado um dos três parâmetros mais importantes pela maioria dos participantes. Todos os participantes classificaram o tipo de tecido como um dos três mais importantes.
- Dimensão da Ferida: não há consenso em relação à importância das dimensões da ferida. 40% dos participantes consideram esse conceito o mais importante, enquanto 50% o classificam como o menos importante entre os seis parâmetros. Além disso, 10% dos participantes não o consideram um dos seis parâmetros mais relevantes.
- Pele Circundante: embora seja mencionada pela maioria dos participantes (90%), a pele circundante não é considerada de grande importância. 70% das pessoas classificam-na como o quarto ou quinto parâmetro mais importante.
- Infeção: os sinais de infeção/inflamação são mencionados por todos os participantes, mas não há consenso quanto à sua importância. O grau de importância é distribuído de forma semelhante entre os scores 1 a 6.
- Tipo de Ferida/Especificação: embora mencionado apenas por 30% dos participantes, todos esses participantes atribuem o score 1 a esse parâmetro, considerando-o o mais importante.
- Dor: apenas 10% dos participantes mencionam a dor, considerando-a o quinto parâmetro mais importante.

Em resumo, podemos observar que o Tipo de Tecido é considerado um dos parâmetros mais importantes por todos os participantes. Não há consenso em relação à importância das Dimensões da Ferida, e a Pele Circundante é considerada relativamente menos importante. Os Sinais de Infeção/Inflamação são mencionados por todos, mas não há consenso em relação à sua importância. O Tipo de Ferida é considerado muito importante

pelos participantes que o mencionaram, e a Dor é mencionada por uma proporção menor da população e considerada menos importante.

Na questão seguinte foi solicitado para colocar por ordem de importância os cinco indicadores de resultado apresentados, tendo por base o contexto real de trabalho. Estes indicadores compreendiam o tempo de cicatrização, a diminuição do grau de dor, a redução dos sinais inflamatórios, a diminuição do tamanho da ferida e o aumento da percentagem de tecido de granulação, apresentados na Tabela 5.

Tabela 5 - Indicadores de Resultado

	1	2	3	4	5
Diminuição do grau de dor	40%	40%	-	10%	10%
Redução dos sinais inflamatórios	40%	10%	30%	10%	10%
Aumento da percentagem de tecido de granulação	-	-	20%	30%	50%
Tempo de cicatrização	20%	20%	10%	30%	20%
Diminuição do tamanho da ferida	-	30%	40%	20%	10%

Após analisar os resultados apresentados na Tabela 5, podemos destacar algumas conclusões:

- A diminuição do grau de dor foi considerada o indicador mais importante pela maioria dos participantes (80%). Eles atribuíram um score de 1 ou 2 a esse indicador, indicando alta importância.
- A redução dos sinais inflamatórios apresenta uma distribuição mais variada de importância entre os participantes. No entanto, 50% da população considera esse indicador como o primeiro ou segundo mais importante.
- O aumento da percentagem de tecido de granulação foi considerado o indicador menos importante pela maioria dos participantes. Cerca de 50% dos participantes atribuíram um score de 4 ou 5 a esse indicador.
- O tempo de cicatrização apresentou uma distribuição equitativa de importância entre os participantes. Não houve um consenso claro sobre a sua posição na ordem de importância.
- Surpreendentemente, embora 40% da população considere a diminuição do tamanho da ferida como um conceito importante na avaliação de uma ferida, nenhum

participante o classificou como o indicador mais importante. A maioria dos participantes (70%) atribuiu um score entre 3 e 5 a esse indicador.

Com base nestas conclusões, podemos observar algumas discrepâncias entre os conceitos considerados importantes (como o tipo de tecido) e os indicadores de resultado apresentados pelos participantes. A diminuição do grau de dor, embora mencionada por uma minoria, foi considerada o indicador mais importante pela maioria dos participantes. Além disso, o aumento da percentagem de tecido de granulação foi considerado o indicador menos importante.

Estes resultados podem indicar a necessidade de uma maior reflexão sobre os indicadores de resultado utilizados na avaliação de feridas, a fim de alinhar as prioridades dos profissionais de enfermagem com os parâmetros de avaliação adotados. Isso pode contribuir para um melhor entendimento e acompanhamento dos resultados do tratamento e cuidado da pessoa com feridas.

De seguida, no questionário realizado foi questionado aos peritos se consideravam existir barreiras aquando do registo da monitorização das feridas, onde cerca de 80% dos peritos consideraram que existem barreiras no registo da monitorização das feridas. Alguns aspetos mencionados incluíram:

- Incapacidade de introduzir imagens ou relatórios externos em formato PDF: os peritos destacaram que a plataforma de registo não permitia o anexo de imagens ou documentos relevantes para uma avaliação mais completa das feridas. Essa limitação pode afetar a precisão e a qualidade dos registos.
- Duplicação de registo e perda de tempo: foi mencionado que, muitas vezes, a informação precisa ser transcrita manualmente, levando a duplicação de esforços e à perda de tempo para os profissionais de saúde. Além disso, esse processo manual aumenta o risco de erros humanos.
- Utilização de diferentes sistemas de informação: alguns peritos observaram que a utilização de diferentes sistemas de informação em diferentes instituições dificulta a comparação e a uniformização dos registos de feridas. Isso pode afetar a continuidade do cuidado e a colaboração entre profissionais de saúde.

Diante dessas barreiras identificadas, foram mencionadas algumas propostas de melhoria:

- Possibilidade de anexar imagens e relatórios: permitir o anexo de imagens da ferida e relatórios pertinentes à monitorização pode melhorar a qualidade dos registos e fornecer informações mais completas aos profissionais de saúde envolvidos no cuidado do paciente.

- Utilização de software de leitura de imagem: a utilização de software de leitura de imagem para avaliação e monitorização das feridas pode ajudar a obter medidas mais precisas e reduzir a margem de erro humana. Essa abordagem automatizada pode melhorar a exatidão e a consistência na avaliação das feridas.

- Formação dos profissionais: proporcionar formação adequada aos profissionais de saúde sobre o preenchimento das escalas necessárias e o uso correto da plataforma de registo pode melhorar a uniformidade e a compreensão dos itens a serem avaliados. Isso contribuiria para uma avaliação mais precisa e confiável das feridas.

Essas propostas de melhoria visam superar as barreiras identificadas e melhorar a eficácia e a eficiência do registo da monitorização de feridas, promovendo uma melhor qualidade de cuidado e colaboração entre os profissionais de saúde.

3.2. DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES

A seleção, escolha ou definição de prioridades corresponde à segunda fase do processo de planeamento da saúde. Após a identificação dos problemas de saúde, a sua hierarquização será feita nesta etapa de escolha de prioridades (Imperatori & Giraldes, 1993). Assim, a determinação de prioridades corresponde ao processo de tomada de decisão quanto ao problema que se deve solucionar em primeiro lugar, utilizando os recursos disponíveis da forma mais eficiente possível. A determinação de prioridades exige um esforço de comparação e de tomada de decisões que requerem a utilização de métodos ou técnicas de classificação.

Foram definidos assim três problemas principais:

- Falta de homogeneização dos registos na área das feridas;
- Défice no registo da avaliação das feridas;
- Inexistência ou falta de qualidade dos indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Dada a importância e inter-relação dos problemas acima descritos, por consenso de especialistas, definiu-se que iriam ser todos trabalhados ao longo do projeto.

3.3. FIXAÇÃO DE OBJETIVOS

Nesta etapa, é feita a identificação dos objetivos a atingir em relação a cada um dos problemas identificados, objetivos concretizáveis e metas a atingir. Estes objetivos são o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível de evolução de um problema que altera, em princípio, a tendência de evolução natural do mesmo, traduzido em termos de indicadores de resultado ou de impacto (Imperatori & Giraldes, 1993). Devem ser objetivos concretos, passíveis de serem atingidos, bem formulados, devem fornecer normas e critérios às atividades posteriores, quer do planeamento quer da própria gestão dos projetos (Tavares, 1990).

3.3.1. Objetivo Geral

O objetivo geral do projeto foi então estabelecido e passa por melhorar a uniformização do registo de feridas na plataforma SClínico de um ACeS da região Norte do país.

3.3.2. Objetivos Específicos

Deste objetivo geral, emergem os objetivos específicos, que se caracterizam por detalharem aspetos da situação que se pretende atingir e por serem interdependentes e sequenciais (hierarquizados), contribuindo assim para que o objetivo geral seja alcançado (Tavares, 1990).

Desta forma, como objetivos específicos foi definido:

- Aumentar o conhecimento dos enfermeiros acerca do diagnóstico diferencial;
- Aumentar o conhecimento dos enfermeiros acerca da escala existente para o registo da avaliação e monitorização das feridas;
- Diminuir a % de feridas e úlceras sem diagnóstico diferencial de 37,8% para 10% (ganho em saúde de 27%);
- Propor o aumento de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem.

3.3.3. Metas

As metas estabelecem o tempo para a realização de objetivos específicos (Melo, 2020). Como tal, tendo em consideração o fator tempo necessário para a implementação das intervenções e correspondente avaliação do seu impacto, foram estabelecidas as seguintes metas:

- Aumentar o conhecimento dos enfermeiros acerca da escala existente para o registo da avaliação das feridas até 31 de maio de 2023;
- Aumentar o conhecimento dos enfermeiros acerca do diagnóstico diferencial até 31 de maio de 2023;
- Diminuir a % de feridas e úlceras sem diagnóstico diferencial de 37,8% para 18,9% até 31 maio de 2024;
- Aumentar o conhecimento dos enfermeiros acerca dos indicadores e a sua importância até 31 de maio de 2023.

3.4. ESTRATÉGIAS DE ACÇÃO

A etapa de seleção de estratégias de ação é, segundo Imperatori e Giraldes (1993), uma etapa primordial no processo de Planeamento em Saúde, já que pretende colocar em prática a forma mais adequada, a fim de reduzir os problemas identificados. Com o estabelecimento destas estratégias, pretende-se atingir os objetivos fixados anteriormente.

No âmbito da monitorização e avaliação das feridas foi proposta a criação do projeto intitulado “AccuWound”. Este projeto visa dar resposta aos problemas identificados, nomeadamente ao défice de rigor no momento de avaliação das feridas, à percentagem significativa de feridas identificadas sem diagnóstico diferencial e à criação de momentos de reflexão sobre os escassos indicadores existentes e a sua importância na procura de cuidados de saúde de qualidade. O nome do projeto remete à palavra inglesa accuracy que significa acurácia, alertando para a necessidade de os enfermeiros incluírem estes conceitos no momento de avaliação das feridas. A palavra acurácia tem origem no latim "accuratus", que significa "cuidar de", "prestar atenção" ou "dar atenção a algo com cuidado" (Dicionário Priberam da Língua Portuguesa [em linha], 2008-2023).

De salientar a necessidade de distinguir conceitos como a acurácia e a precisão, muitas vezes utilizadas indiferentemente, Figura 6. A precisão é definida como o grau de variação existente em diferentes medições. Assim, quanto mais precisa for uma avaliação, menor será a variação entre os valores obtidos. Por outro lado, na acurácia os resultados obtidos por uma experiência não devem ser apenas precisos, mas também implicam que estejam perto do valor real. Desta forma, importa que os enfermeiros conheçam estes conceitos para que mais do que serem coerentes entre profissionais, estejam em uníssono com a realidade existente.

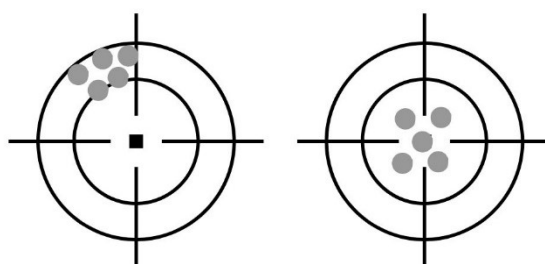


Figura 6 - Precisão vs. Acurácia

A imagem do projeto foi escolhida recorrendo ao símbolo do alvo em que no centro está a ferida e a necessidade da avaliação e monitorização do seu registo ser feita com precisão acertando com rigor no diagnóstico diferencial. Assim será possível seleccionar o tratamento indicado, obtendo mais ganhos em saúde para a pessoa com ferida e melhorar a prestação de cuidados.



Figura 7 - Logótipo do Projeto AccuWound

O projeto “AccuWound” propõe um modelo de formação digital para os enfermeiros criado para que cada profissional possa assistir de forma assíncrona e online. Para aceder aos conteúdos, o formando é convidado a responder a um questionário com 12 perguntas de escolha múltipla acerca do tema, ficando os conteúdos disponíveis por uma semana. No final da visualização dos conteúdos, é convidado a repetir o questionário online. No final do preenchimento deste questionário, é enviado o certificado de participação na formação. O modelo de formação é constituído por três módulos, sendo que o primeiro se dedica ao diagnóstico diferencial, o segundo à escala existente na plataforma SClínico para registo da avaliação das feridas e, por fim, é apresentado um terceiro módulo dedicado aos indicadores e à sua aplicação na área das feridas. Cada módulo tem a duração aproximada de 15 minutos, sendo que o questionário de avaliação tem uma duração prevista de 10 minutos.

3.5. AVALIAÇÃO DO PROJETO

A última etapa do planeamento é a avaliação que vai permitir avaliar a eficácia do plano estabelecido e compreender a adequação entre os objetivos e as estratégias. Esta avaliação deve ser precisa e pertinente, tendo como função determinar o grau de sucesso na concretização de determinado objetivo (Tavares, 1990). “Um critério é uma característica observável como, por exemplo, um indicador; uma norma é o ponto de referência do critério que permite atribuir-lhe um julgamento, operacionalizando-o, atribuindo-lhe um valor numérico” (Tavares, 1990, p. 205).

Para alcançar resultados que transpareçam a realidade medida, são utilizados indicadores. O modelo de Donabedian para avaliação da qualidade cuidados, como método de intervenção para as melhorias, compreende três tipos de indicadores: de estrutura, relacionado com os recursos financeiros, físicos, administrativos, ativo humano em que são prestados os cuidados de saúde; de processo, que medem a prestação de cuidados de saúde; e de resultado, têm efeito mensurável sobre o estado de saúde (World Health Organization, 2018). Estes permitem avaliar um projeto, ao longo do processo de planeamento e de implementação, sendo fundamentais como forma de avaliar e controlar os programas e projetos implementados.

Posto isto, de forma a avaliar o projeto e a sua implementação, foram estabelecidos os indicadores em seguida descritos.

3.5.1. Indicadores de Processo

Sugere-se para este projeto, como indicadores de processo os que medem a atividade desenvolvida para atingir as metas definidas.

Taxa de adesão ao modelo de formação digital:

$$\frac{n^{\circ} \text{ de enfermeiros que completaram o modelo de formação digital}}{n^{\circ} \text{ de enfermeiros do ACeS}} \times 100$$

3.5.2. Indicadores de Resultado

Sugere-se para este projeto, os indicadores de resultado seguintes, de forma a atingir as metas definidas.

Taxa de pessoas com aumento do conhecimento após modelo de formação digital:

$$\frac{\text{cohecimento após modelo de formação} - \text{conhecimento pré modelo de formação}}{\text{n}^\circ \text{ total de enfermeiros que completaram o modelo de formação digital}} \times 100$$

Como indicador de resultado a longo prazo, propõem-se que as feridas e úlceras sem diagnóstico diferencial não ultrapassem os 10%.

Durante este estágio, foi possível compreender que ao nível dos indicadores ainda existe uma grande limitação ao nível dos cuidados de saúde primários. Nas unidades de saúde familiar, os indicadores de resultado são inexistentes, sendo descritos apenas indicadores de processo como a proporção de utentes diabéticos com exame aos pés no último ano e como a avaliação do risco de úlcera do pé. Assim, não é possível avaliar o impacto das muitas horas de trabalho dos enfermeiros dedicadas ao tratamento de feridas. Já nas unidades de cuidados na comunidade, existem, para além de indicadores de processo relacionado com o número médio de visitas domiciliárias por utente por mês, indicadores de resultado, no entanto de qualidade pouco satisfatória. Tomemos como exemplo o indicador que avalia a taxa de incidência de úlceras de pressão na ECCI, já que o enfermeiro não está 24h por dia no domicílio do utente e como tal, a qualidade da sua prestação de cuidados não está diretamente relacionada com este problema. Este é um indicador que tem sido considerado na área hospitalar, nomeadamente nos internamentos, onde o enfermeiro é responsável durante todo o dia pelos doentes internados. Deste modo, é necessário saber adequar a avaliação ao tipo de serviços que diferentes enfermeiros em diferentes locais prestam aos indivíduos.

De forma a que fosse possível propor indicadores de resultado sensíveis aos cuidados de enfermagem na área das feridas, foi feita uma reflexão sobre que fatores influenciam a cicatrização e sobre os quais os enfermeiros podem ter um papel ativo e diferenciador.

É de conhecimento geral que a dor é um dos sintomas com mais impacto na qualidade de vida do doente, sendo um forte indicador que levanta de imediato a hipótese de inflamação ou infeção (Alves, Vieira, & Amado, Feridas: Prevalência e Custos, 2014). A dor é também um marcador do progresso ou atraso da cicatrização da ferida, pois pode diminuir à medida

que o edema resolve (Dealey, 2006). Ao nível da dor existem inúmeras intervenções possíveis para que seja possível melhorar a dor que a presença de uma ferida acarreta.

Relativamente ao odor, este é um fator que pode também influenciar a cicatrização de feridas e é um indicador de possível instalação de infeção. Como tal, é função do enfermeiro conhecer e utilizar materiais que ajudem no controlo desta variável, que pode acarretar stress, perda de auto-estima, isolamento social e depressão ao indivíduo portador de ferida.

O exsudado é um dos indicadores que influencia diretamente a cicatrização das feridas. Caracteriza-se por ser elevado no início do processo de cicatrização e gradualmente ir reduzindo até ser escasso na epitelização e na fase de encerramento completo (Dealey, 2006). Dependendo do tipo de exsudado presente, o enfermeiro deve realizar uma boa gestão deste, adequando a opção terapêutica às características presentes no momento.

O tecido não viável define-se como aquele que está necrosado, desvitalizado ou fibrinoso, que pode servir como fonte de alimento para os microorganismos, aumentando assim o risco de infeção. Uma ferida pode apresentar diversos tipos de tecido em simultâneo, por isso, é crucial que estes sejam removidos para prevenir a infeção da ferida e promover o processo de cicatrização.

Posto isto, tendo em conta os fatores acima descritos que influenciam o processo de cicatrização e sobre os quais o enfermeiro pode ter impacto foi definida a seguinte proposta de indicadores a estabelecer no futuro:

- Proporção de utentes com ganhos no controlo da dor;
- Proporção de utentes com ganhos no controlo do odor;
- Proporção de utentes com ganhos no controlo do exsudado;
- Proporção de utentes com redução do tecido desvitalizado.

Importa ainda reforçar que a otimização dos registos clínicos para permitir uma monitorização contínua da evolução da ferida envolve a sistematização da informação. Isto implica a introdução de instrumentos validados para avaliar o processo de cicatrização, a fim de permitir uma aferição rigorosa dos indicadores de processo e resultado. Esta abordagem visa dar uma resposta de maior qualidade às populações e permitir mais ganhos em saúde.

4. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

O presente capítulo pretende apresentar uma análise crítico-reflexiva das competências adquiridas ao longo da realização deste documento, tendo em conta o conjunto de competências académicas do curso de mestrado em enfermagem e as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública.

Competência Académica/Profissional
Competência: Gerir de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada;
Ao longo da realização deste trabalho, foram aplicados conhecimentos adquiridos ao longo da licenciatura, das unidades curriculares do mestrado em Enfermagem, como também do conhecimento adquirido nos estágios realizados e nos conhecimentos desenvolvidos na prática diária. Foi também realizada uma pesquisa bibliográfica intensa sobre o tema concreto em estudo.
Competência: Comunicar informação complexa de âmbito profissional e académico, resultante da prática clínica e da investigação, tanto a audiências especializadas quanto ao público em geral, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que se depara;
No decorrer do curso de mestrado em Enfermagem, foi necessário aprimorar técnicas de comunicação para diferentes grupos. Desde as sessões de saúde escolar no estágio do primeiro ano curricular, até à formação apresentada numa unidade de cuidados na comunidade, foram desenvolvidas técnicas para transmitir diferentes níveis de informação. Para além disso, é objetivo apresentar o trabalho desenvolvido à comunidade escolar.

Competência: Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na sua área de especialização;
A realização do presente projeto interliga questões que por si só são complexas: o doente com ferida e os sistemas de informação e a sua uniformização. Quando relacionados estes dois temas juntando a implicação da prática de enfermagem, nomeadamente a análise de indicadores sensíveis, a questão ganha uma maior dimensão.
Competência: Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspetiva académica avançada;
Ao longo deste percurso, a análise crítico-reflexiva foi um método de análise constante, permitindo refletir acerca do tema em estudo, dos dados obtidos, das possíveis justificações e da prática desenvolvida atualmente pelos enfermeiros. Para além disto, foi aplicada a metodologia do planeamento em saúde que permitiu o desenvolvimento deste projeto.
Competência: Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da sua especialização;
Foi possível através da pesquisa bibliográfica sobre o tema em estudo, aprofundar conhecimentos na área de especialidade, nomeadamente na área das feridas com uma visão global. Isto é, para além da etiologia, da epidemiologia e das características das feridas, também se aprofundaram conhecimentos sobre o processo de enfermagem, os sistemas de informação em saúde e os indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem.
Competência: Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na sua área de especialização;
A análise dos resultados obtidos no inquérito realizado permitiu desenvolver competências de análise crítica e o efeito destes resultados no impacto do doente
Competência: Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da sua área de especialização;
Com foco na resolução dos problemas e no alcance da meta estabelecida, foram superados alguns imprevistos ocorridos neste percurso. A avaliação constante e a adaptação aos novos cenários, tornou o desenvolvimento deste trabalho um processo desafiante, mas que acarreta diversas aprendizagens.

Competência: Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas;

Durante a realização do presente projeto, a tomada de decisões foi uma etapa crucial que sempre se baseou em evidências científicas sustentadas por uma análise crítica dos parâmetros analisados. Todas as decisões foram tomadas com o objetivo de garantir a aplicabilidade dos procedimentos sociais e éticos necessários. A tomada de decisões fundamentadas é uma competência essencial na prática de enfermagem. No contexto do projeto, essa habilidade foi aplicada em diferentes momentos, considerando os desafios complexos relacionados ao cuidado de feridas. Para a tomada das decisões, foram utilizadas evidências científicas provenientes de pesquisas relevantes e confiáveis. A análise crítica dessas evidências permitiu uma avaliação cuidadosa da qualidade e aplicabilidade dos resultados, direcionando as escolhas feitas ao longo do projeto. As decisões também foram norteadas pelas responsabilidades sociais e éticas inerentes à prática de enfermagem. Isso incluiu a consideração dos princípios de respeito à autonomia do utente, confidencialidade, justiça e equidade. Ao tomar decisões, foi priorizada a proteção do bem-estar e dos direitos dos utentes, bem como a promoção de um cuidado de qualidade e sensível às necessidades individuais e da comunidade. A aplicabilidade dos procedimentos sociais e éticos foi uma preocupação constante ao longo do projeto. Foi necessário garantir que as decisões tomadas estivessem em conformidade com as normas e regulamentos profissionais, bem como com as diretrizes e políticas institucionais. Isso assegurou que as ações realizadas respeitassem os padrões éticos e legais esperados na prática de enfermagem.

Competência: Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências;

A análise dos resultados obtidos durante a realização do presente projeto confirmou de maneira significativa a importância da uniformização e do aumento da qualidade dos registos em saúde. Além disso, destacou sua relevância não apenas na promoção da qualidade dos cuidados de enfermagem a serem implementados, mas também na tomada de novas medidas no âmbito das políticas de saúde. Através da análise dos resultados da pesquisa e da investigação, foi possível identificar de forma clara e precisa os benefícios da uniformização e melhoria dos registos em saúde. Esses resultados validaram a importância de estabelecer diretrizes e padrões consistentes para a documentação dos cuidados de enfermagem, garantindo a precisão, a confiabilidade e a comparabilidade dos

dados. A incorporação dos resultados da pesquisa no contexto da especialização em enfermagem permitiu a aplicação prática dessas descobertas no cuidado aos utentes. A demonstração dos benefícios da uniformização e aumento da qualidade dos registos em saúde contribuirá para justificar a necessidade de mudanças nas políticas e diretrizes relacionadas aos cuidados de enfermagem. Poderá incluir linhas orientadoras (guidelines) para a documentação e a implementação de programas de capacitação para profissionais de saúde. A análise dos resultados obtidos durante o projeto destacou a importância da uniformização e qualidade dos registos em saúde, não apenas na promoção da qualidade dos cuidados de enfermagem, mas também no direcionamento de medidas políticas para melhorar a saúde e o bem-estar da população.

Competência: Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência;

Durante a realização do presente projeto, a análise dos dados de registo no SClínico e a preparação e análise dos resultados dos questionários aplicados a profissionais de saúde com diferentes níveis de intervenção prática na área de interesse foram de extrema importância. As questões estudadas e analisadas foram fundamentadas na importância da investigação prática baseada na evidência para a promoção da qualidade da saúde e da intervenção nos cuidados de enfermagem. A compreensão das implicações da investigação na prática baseada na evidência foi evidenciada ao longo do projeto. A análise dos dados de registo no SClínico permitiu avaliar as intervenções de enfermagem, fornecendo informações valiosas sobre a prática clínica atual. Essa análise permitiu identificar lacunas e áreas de melhoria, impulsionando a implementação de práticas baseadas em evidências científicas atualizadas. A realização de questionários junto dos peritos possibilitou a compreensão das perspectivas e experiências desses profissionais em relação à importância da evidência e da experiência na prática diária. Essa análise permitiu a identificação de barreiras e facilitadores para a implementação de práticas baseadas em evidências, bem como a identificação de necessidades de capacitação e educação contínua. O projeto destacou a relevância de utilizar as melhores evidências disponíveis para apoiar a tomada de decisões clínicas e a implementação de intervenções de enfermagem. Isso contribuiu para a promoção da qualidade da saúde, garantindo que os cuidados sejam baseados em resultados comprovados e que as práticas clínicas sejam atualizadas e alinhadas com as melhores práticas.

Competência: Participar e promover a investigação em serviço na sua área de especialização;
Com a realização deste trabalho foi possível identificar algumas lacunas na área do registo de feridas, bem como obter a perceção de alguns enfermeiros peritos sobre os entraves aquando da avaliação e monitorização das feridas. Em resultado dessa avaliação, foram identificadas propostas de melhoria.
Competência: Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura;
Esta competência não foi explorada aquando da realização do estágio.
Competência: Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar;
A realização deste projeto exigiu o desenvolvimento de competências de trabalho em equipa entre os vários intervenientes que contribuíram para a realização do documento.
Competência: Liderar equipas de prestação de cuidados especializados na área de especialização;
O desenvolvimento desta competência evidencia-se na elaboração de um questionário para a recolha dos pareceres de enfermeiros de referência, na criação de um modelo de formação digital e na proposta de novos indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem. O trabalho foi realizado com o intuito de criar fatores de mudança.
Competência: Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros;
O resultado deste projeto permite ser uma oportunidade de desenvolvimento profissional, através da aquisição de novas competências aos enfermeiros que pretendem adquirir novos conhecimentos e melhorar as suas práticas.
Competência: Identificar as necessidades formativas na sua área de especialidade;
O diagnóstico de situação desenvolvido neste projeto de intervenção, através da análise dos registos realizados pelos enfermeiros na plataforma SClínico e da aplicação de um questionário a diferentes enfermeiros peritos na área das feridas, permitiu identificar um conjunto de necessidades que necessitavam de intervenção.
Competência: Promover formação em serviço na área da especialização;
Apesar de não ter sido colocada em prática, o projeto teve como ação principal desenvolver um modelo de formação digital abrangente, com o propósito de capacitar e

<p>sensibilizar os enfermeiros em relação à uniformização dos registos de feridas. Nesse modelo, abordaremos temas essenciais para a padronização dos registos, disponibilizando recursos educativos interativos e de fácil acesso.</p>
<p>Competência: Colaborar no processo de integração de novos profissionais;</p>
<p>Esta competência não foi explorada aquando da realização do estágio.</p>
<p>Competência: Analisar problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica;</p>
<p>Esta competência foi desenvolvida ao longo deste trabalho e encontra-se neste documento refletida. Foram identificadas áreas onde poderá haver um investimento na formação dos enfermeiros, nomeadamente na uniformização dos registos de feridas, para que a informação seja mais coerente, sistematizada e que os profissionais possam ter uma visão crítica sobre o trabalho que diariamente exercem.</p>
<p>Competência: Gerir os cuidados de enfermagem na área de especialização;</p>
<p>Todo o desenvolvimento deste projeto de intervenção implicou gestão de cuidados de enfermagem, principalmente no decorrer do planeamento em saúde desde a elaboração do diagnóstico de situação, priorização de problemas, intervenção e a avaliação.</p>
<p>Competência: Manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional;</p>
<p>Apesar da orientação recebida, a aprendizagem foi contínua e progressiva, tendo existido uma grande parte de trabalho autónomo que contribuiu de forma positiva para o crescimento pessoal e profissional.</p>
<p>Competência: Exercer supervisão do exercício profissional na sua área de especialização;</p>
<p>Esta competência foi explorada na medida em que foram analisados registos realizados por enfermeiros relativos à monitorização de feridas. Para além disto, foram propostos indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem, de forma a avaliar os cuidados prestados e implementar medidas corretivas para aumentar a qualidade dos cuidados.</p>
<p>Competência: Zelar pela qualidade dos cuidados prestados na sua área de especialização.</p>
<p>A melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados foi a grande finalidade definida desde o início. A procura por trazer práticas de maior qualidade e conseqüentemente com mais impacto positivo na vida dos doentes foi a alavanca de todo este projeto de intervenção.</p>

Competências do Especialista em Enfermagem Comunitária	
Competência: Estabelecer, com base na metodologia do planejamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;	
	A metodologia do projeto serviu como alicerce fundamental para todo este trabalho e foi a base para a identificação do diagnóstico em saúde, bem como as diversas etapas que se seguiram.
Competência: Contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades;	
	O projeto contribui para a capacitar os enfermeiros sobre práticas mais corretas a implementar, de forma a uniformizar os registros, facilitando a sua análise e continuidade.
Competência: Integrar a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde;	
	Esta competência não foi explorada aquando da realização do estágio.
Competência: Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico	
	O presente documento reflete o desenvolvimento desta competência com a realização do diagnóstico em saúde, através da recolha de dados, da análise estatística dos mesmos e da divulgação dos resultados. Assim, foi possível compreender parte do estado de saúde da população em estudo.

5. CONCLUSÃO

A uniformização do registo na área das feridas desempenha um papel crucial na melhoria dos cuidados de enfermagem e na melhoria da qualidade dos serviços prestados aos utentes. Neste relatório, identificámos desafios significativos relacionados com a falta de uniformização nos registos de feridas e com a ausência de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Com base em uma análise aprofundada dos dados obtidos da plataforma SClínico e das opiniões dos enfermeiros peritos, desenvolvemos uma estratégia de ação sólida para alcançar a uniformização desejada. Através da implementação de um modelo de formação digital abrangente, procuramos capacitar e sensibilizar os enfermeiros, proporcionando-lhes as habilidades e conhecimentos necessários para registar as avaliações de feridas de forma padronizada e despertar a necessidade de sentido crítico com os indicadores que avaliam diariamente o trabalho realizado.

Acreditamos que a implementação dessa estratégia resultará em benefícios significativos. A uniformização dos registos permitirá uma melhor comunicação e continuidade do cuidado entre os profissionais de saúde, promovendo uma abordagem integrada e holística para o tratamento de feridas. Além disso, a disponibilidade de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem permitirá uma monitorização mais efetiva e uma avaliação abrangente dos resultados dos cuidados prestados. É importante ressaltar que a uniformização do registo de feridas não é um objetivo isolado, mas sim um passo fundamental na busca pela excelência nos cuidados de enfermagem. Essa uniformização permitirá uma compreensão mais precisa das necessidades da população em relação às feridas, facilitando a implementação de estratégias preventivas e terapêuticas mais eficazes.

Reconhecemos a importância de sustentar a uniformização a longo prazo, estabelecendo práticas contínuas de formação e atualização para os profissionais de enfermagem.

BIBLIOGRAFIA

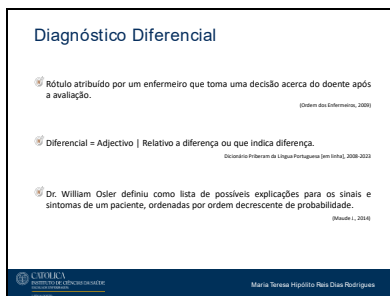
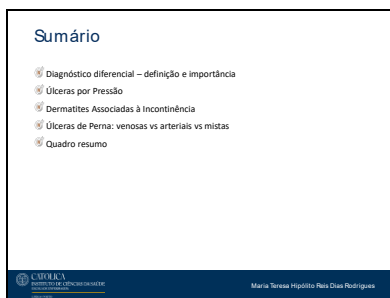
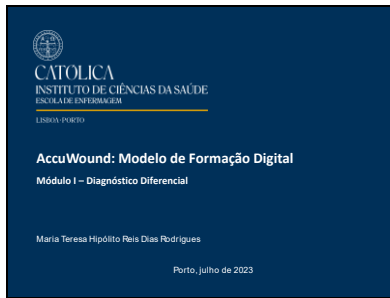
- Administração Central do Sistema de Saúde. (2007). *Definição do Plano de Transformação dos Sistemas de Informação Integrados de Saúde*.
- Alves, P. (16 de junho de 2020). *Feridas e úlceras complicadas: «Medidas eficazes evitam internamentos prolongados»*. Obtido de <https://justnews.pt/>: <https://justnews.pt/artigos/feridas-e-ulceras-complicadas-o-tratamento-assenta-numa-complexa-abordagem-do-individuo#.Y5slf3bP2M8>
- Alves, P., Vieira, M., & Amado, J. (2014). *Feridas: Prevalência e Custos*. Instituto de Ciências da Saúde. Universidade Católica do Porto, Porto. Portugal.
- Boulton, A. (2005). The global burden of diabetic foot disease. *Lancet*.
- Dealey, C. (2006). *Tratamento de feridas: guia para enfermeiros*. Birmingham: Climepsi.
- Deiman, P. (1971). O plano de cuidados individual.
- Dicionário Priberam da Língua Portuguesa [em linha]*. (2008-2023). Obtido de <https://dicionario.priberam.org/acur%C3%A1cia>.
- Direção Geral da Saúde. (2013). *Orientação para a Prevenção da Infecção na Ferida Crónica*.
- Figueiroa-Rego, S. (2003). Século XXI: Novas E Velhas Problemáticas Em Enfermagem: Sistemas De Informação E Documentação Em Enfermagem E Modelos De Cuidados Em Uso. (P. Enfermagem, Ed.) 7(2), pp. 34-47.
- Furtado, K. (2003). *Úlceras de Perna - Tratamento Baseado na Evidência*. *Rev Nurs*.
- Gouveia, J. (2009). Medição de Feridas: Porque é importante medir?
- Huitzi-Egilegor, J., Elorza-Puyadena, M., Urkia-Etxabe, J., & Asurabarrena-Iraola, C. (Sept-Oct de 2014). Implementation of the nursing process in a health area: models and assessment. *Rev Latino-Am Enfermagem*, 5, pp. 772-7. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3612.2479>
- Imperatori, E., & Giraldes, M. d. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais* (3.^a Edição ed.). Lisboa: Edições de Saúde.
- Justiniano, A. (2010). Feridas crónicas – Fisiopatologia e tratamento. *Cadernos de Saúde*, 3, pp. 69-75.
- Machado, N. (2004). *A evolução do exercício profissional de enfermagem de 1940 a 2000: análise numa perspectiva histórica*. Portugal: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Martins, A., Pinto, A., Cidolina, L., Pimentel, E., Fonseca, I., André, M., & Almeida, M. (2008). Qual o Lugar da Escrita Sensível nos Registos de Enfermagem? *I2*(2).
- Melo, P. (2020). *Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública*. Lisboa: LIDEL.

- Nascimento, T., Frade, I., Miguel, S., Presado, H., & Cardoso, M. (2019). *Os sistemas de informação em enfermagem e os indicadores de qualidade: contributos e desafios para a prática clínica*. Investigação Qualitativa em Educação. Atas CIAIQ2019.
- Neil, J. (1998). *Living With a Chronic Wound: A Heideggerian Hermeneutical Analysis*. Tese de Doutoramento. Virginia Commonwealth University, EUA.
- Neves, R. (2001). *Informatização de Unidades de Saúde – Dos Conceitos à Prática*. Cascais: Principia, Publicações Universitárias e Científicas.
- Nightingale, F. (1858). *Notes on Matters Affecting the Health, Efficiency, and Hospital Administration of the British Army*.
- Oliveira, A., & Paiva, L. (Junho de 2014). *Estudo Epidemiológico de Feridas nas Unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados: Distrito de Coimbra*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Oliveira, A., Sá, M., Gomes, M., & Amaral, A. (2012). *ENFERMAGEM: DE NIGHTINGALE AOS DIAS DE HOJE 100 ANOS*. (U. d. Coimbra, Ed.) Coimbra.
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Divulgar: Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais.
- Ordem dos Enfermeiros. (Junho de 2009). *Linhas de Orientação para a Elaboração de Catálogos CIPE® «Guidelines for ICNP® Catalogue Development*. Portugal.
- Organização Mundial de Médicos de Família. (2011). *ICPC – 2 Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários* (2ª ed.).
- Organização Mundial de Saúde. (2008). *Best practice recommendations for wound and lymphedema management. Association for the advancement of wound care leads world health organization initiative to establish guidelines for wound and lymphedema care*. Press realese. EUA.
- Oroviogioicoechea, C., Elliott, B., & Watson, R. (2007). Review: Evaluating Information System in Nursing. (J. o. Nursing, Ed.) 16, pp. 567-575.
- Pimentel, M. H. (2013). *Primeiras Jornadas de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança*. Bragança: Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança.
- Pivoto, F., Filho, W., Lunardi, V., & Silva, P. (2017). Organization of work and the production of subjectivity of the nurse related to the nursing process. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 1. doi:10.5935/1414-8145.20170014
- Ribeiro, O., Martins, M., Tronchin, D., & Forte, E. (2018). Aplicação do processo de enfermagem em hospitais portugueses. *Rev Gaúcha de Enfermagem*. doi:https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0174

- Sandi, A. (2015). *A importância dos Sistemas de Informação em Saúde – Estudo de caso na USF CellaSaúde*. Relatório de Estágio apresentado à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra para o cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gestão, Coimbra.
- Silvestre, M. (2012). *Os Registos de Enfermagem: um olhar sobre o estado real da saúde das pessoas?* Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra.
- SNS. (s.d.). *BI-CSP*. Obtido de <https://bicsp.min-saude.pt/>
- Sousa, P. (2005). *O Sistema De Partilha De Informação Em Enfermagem Entre Contextos De Cuidados De Saúde - Um Modelo Explicativo*. Tese de doutoramento apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto.
- Tavares, A. (1990). *Métodos e técnicas de planeamento em saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde. Departamento de Recursos Humanos da Saúde. Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional.
- White, R. (2006). *Delayed wound healing: who, what, when and why? Nursing Standard (suppl.4)* (Vols. 47-54).
- World Health Organization. (2018). *Handbook for national quality policy and strategy: a practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care*. Geneva: World Health Organization.

ANEXOS - Modelos de Formação elaborados no âmbito do projeto AccuWound

Anexo A – Módulo I – Diagnóstico Diferencial



Começando a apresentação pela definição do tema, um diagnóstico de Enfermagem, de acordo com a CIPE, é um rótulo atribuído por um enfermeiro que toma uma decisão acerca do doente após a avaliação.

Relativamente à palavra diferencial, é classificada como um adjetivo e indica necessariamente uma diferença entre A e B.

O conceito de diagnóstico diferencial foi descrito pela primeira vez por um médico, Dr. William Osler, considerado um ícone da medicina moderna, e nada mais é do que uma lista de possíveis explicações para os sinais e sintomas de um doente, ordenadas por ordem decrescente de probabilidade. Esta lista pode e deve ser revisitada sempre que surja um novo dado na avaliação.



Podemos então considerar que o diagnóstico diferencial é a estratégia mais segura para reduzir o risco de erros de diagnósticos na prática clínica, permitindo assim adequar o tratamento necessário e conhecer o estado de saúde real das populações, isto é, permite, por exemplo, perceber quantas úlceras por pressão ou quantas feridas traumáticas existem. Possibilita, ainda, adequar as políticas de saúde, de modo a obter cuidados de saúde de maior qualidade.



Cada indivíduo é único pelo que cada ferida necessita de um tratamento individualizado.

Para realizar um diagnóstico diferencial sustentado é necessário não realizar só a avaliação da ferida em si, mas sim realizar uma avaliação holística do doente. Recorrendo à clássica representação do iceberg, é necessário avaliar aquilo que é visível, isto é, a ferida do doente, mas também não descurar a importância de avaliar o que não vemos se estivermos só concentrados na lesão, ou seja, o estado nutricional, as comorbilidades que apresenta, a dor, medicação habitual, entre outros.

Só assim se conseguirá chegar a um diagnóstico diferencial e a um plano de tratamento adequado à situação.

De seguida, iremos abordar os diferentes tipos de ferida e as características que as definem e as distinguem.



As úlceras por pressão são lesões localizadas, da pele e/ou tecido subjacente, que resultam da pressão ou desta em combinação com forças de torção. As úlceras por pressão ocorrem habitualmente sobre uma proeminência óssea, mas podem também estar relacionadas com dispositivo médico como, por exemplo, as máscaras faciais de oxigénio.

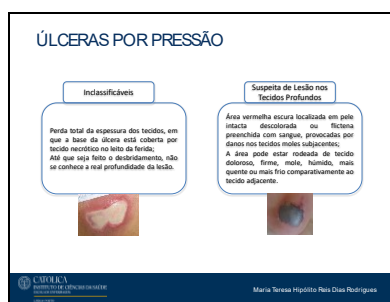
As úlceras por pressão podem ser classificadas em categorias ou graus. Esta classificação é definida pela profundidade dos tecidos lesados e não com objetivo de monitorizar a evolução da cicatrização.

A CATEGORIA I abrange as situações que observamos em que a pele está intacta, mas apresenta um rubor não branqueável numa área localizada, normalmente sobre uma proeminência óssea; a pele pode encontrar-se mais pigmentada ou com cor diferente da pele circundante; a área em questão pode estar mais dolorosa, dura, brilhante ou quente ao toque.

A CATEGORIA II são as lesões em que há perda parcial da espessura da derme que se apresenta como uma ferida superficial com leito vermelho-rosa. Pode também apresentar-se como uma flictena fechada ou aberta com líquido seroso.

Na CATEGORIA III estão incluídas as lesões em que ocorre uma perda total da espessura da pele; no entanto, não são visíveis tendões, músculo ou osso.

A diferença para a CATEGORIA IV é que nesta já são visíveis ossos ou tendões e frequentemente são feridas cavitadas.



As úlceras por pressão podem ainda adquirir o grau de inclassificáveis, isto é, quando ocorre perda total da espessura dos tecidos, em que a base da úlcera está coberta por tecido necrótico no leito da ferida; até que seja feito o desbridamento, não se conhece a real profundidade da lesão.

Por fim, há ainda as situações de suspeita de lesão nos tecidos profundos, em que surge uma área vermelha escura localizada em pele intacta descolorada ou flictena preenchida com sangue, provocadas por danos nos tecidos moles subjacentes. A área pode estar rodeada de tecido doloroso, firme, mole, húmido, mais quente ou mais frio comparativamente ao tecido adjacente.



As Dermatites Associadas à Incontinência (DAI) são frequentemente confundidas com úlceras por pressão (UP).

A principal diferença prende-se com a sua etiologia, sendo que o fator preponderante é a humidade e não a pressão, já que estas lesões surgem em indivíduos com história clínica de humidade excessiva, por exemplo, doentes com incontinência urinária ou sudorese intensa.

Normalmente são lesões superficiais, com bordos pouco profundos e mal definidos, não se encontrando em proeminências ósseas. É também característico deste tipo de lesões não apresentar tecido desvitalizado ou necrótico.

A distinção entre UP e DAI é importante pois as atitudes preventivas a tomar são diferentes.

ÚLCERAS DE PERNA

VENOSA ARTERIAL MISTA

“um tipo de úlcera com características específicas, nomeadamente, **uma lesão circunscrita** semelhante a uma cratera, situado **acima do maléolo** da perna, **edema e pele seca** descamativa em torno da ferida, **lipodermatosclerose**, atrofia da pele, **exantema**, **dor**, associada à insuficiência venosa crónica, lesão dos retalhos venosos e diminuição do retorno venoso dos membros inferiores para o tronco”.

CIPE

CADOLKA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
Maria Teresa Hipólito Reis Dias Rodrigues

Relativamente às úlceras de perna importa referir que existem três tipos: as venosas, arteriais e mistas, sendo as úlceras venosas as mais frequentes.

Começando pela úlcera de etiologia venosa, esta é uma úlcera causada pela hipertensão venosa, mais do que pela estase venosa. Em geral, o que se verifica é a incompetência das válvulas das veias da perna, pois não são capazes de prevenir o refluxo venoso.

Na CIPE, a úlcera venosa está definida como um tipo de úlcera com características específicas, nomeadamente, apresenta-se como uma lesão circunscrita semelhante a uma cratera, normalmente situada acima do maléolo, com edema e pele seca descamativa, lipodermatosclerose e dor.

ÚLCERAS DE PERNA

VENOSA ARTERIAL MISTA

As feridas apresentam habitualmente:

- ☑ evolução lenta;
- ☑ são superficiais;
- ☑ bordos irregulares e arredondados;
- ☑ exsudado em moderada quantidade
- ☑ edema que geralmente piora ao fim do dia;
- ☑ dor associada ao edema e à infeção;
- ☑ calor ao toque
- ☑ pulsos normais à palpação

CIPE

CADOLKA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
Maria Teresa Hipólito Reis Dias Rodrigues

As úlceras venosas apresentam habitualmente:

- evolução lenta;
- são superficiais, não afetando tecidos profundos;
- bordos irregulares e arredondados;
- exsudado em moderada quantidade;
- edema que geralmente piora ao fim do dia;
- dor associada ao edema e à infeção;
- calor ao toque;
- pulsos normais à palpação.

ÚLCERAS DE PERNA

VENOSA ARTERIAL MISTA

DOENÇA VASCULAR PERIFÉRICA → ESTREITAMENTO PROGRESSIVO DOS VASOS → REDUÇÃO DO FLUXO SANGÜÍNEO

↓

TROMBOSE
ISQUEMIA TECIDULAR

CIPE

CADOLKA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
Maria Teresa Hipólito Reis Dias Rodrigues

A úlcera de perna de etiologia arterial tem como problema base a doença vascular periférica, onde é verificado um estreitamento progressivo do lúmen do vaso por deposição de placas na parede arterial, conduzindo à redução do fluxo sanguíneo e, em consequência, trombose e isquemia tecidual.

ÚLCERAS DE PERNA

VENOSA
ARTERIAL
MISTA

As feridas apresentam habitualmente:

- ⊗ aparecimento em qualquer zona da perna ou pé;
- ⊗ alteração cor pálida ou vermelha, consoante posição;
- ⊗ pele circundante fina, seca e sem pêlos;
- ⊗ bordos regulares, mas com profundidade;
- ⊗ exsudado em reduzida quantidade;
- ⊗ pele fria ao toque;
- ⊗ pulsos periféricos diminuídos ou ausentes.

CADOLKA INSTITUTO DE ONCOLOGIA E PATOLOGIA
Maria Teresa Hipólito Reis Dias Rodrigues

- Em relação às suas características estas podem ocorrer em qualquer zona da perna ou pé;
- Adquirem uma cor pálida ou vermelha, consoante a perna está elevada ou pendente, respetivamente;
- A pele circundante é fina, seca e sem pêlos;
- Os bordos são regulares, sendo que a ferida apresenta, por norma, bastante profundidade, podendo envolver tendões;
- O exsudado encontra-se em reduzida quantidade;
- A pele está fria ao toque;
- E encontramos os pulsos periféricos diminuídos ou ausentes.

ÚLCERAS DE PERNA

VENOSA
ARTERIAL
MISTA

⊗ As úlceras de etiologia mista combinam características quer das úlceras venosas, quer das arteriais.

CADOLKA INSTITUTO DE ONCOLOGIA E PATOLOGIA
Maria Teresa Hipólito Reis Dias Rodrigues

Por fim, as úlceras de etiologia mista combinam causas venosas e arteriais, o que torna muitas vezes a avaliação desafiante.

QUADRO RESUMO

ETIOLOGIA	MECANISMO PRESSÃO	VE DIBÉTICO	ÚLCERA DE PERNA ARTERIAL	ÚLCERA DE PERNA VENOSA	DIABETE ASSOCIADA À HEMORRÁGICA	QUÍMICA OUTRIMAU
LOCALIZAÇÃO	habitualmente das partes inferiores da perna	Planta do pé, dedos e talões	Terço inferior da perna, dedos, pés e regiões emergentes	Terço inferior da perna. Tipicamente parte proximal do membro inferior	Região perineal, nádegas, virilhas	Membros inferiores e tronco em áreas (BIB) nos molas e tronco
PROFUNDIDADE	Ferida parcial ou profunda da epiderme da pele	Usualmente profunda, possibilidade de necrose e ósteo	Profunda, possibilidade de necrose e ósteo	Usualmente superficial e por vezes circulares	Superficial, perda parcial da epiderme da pele	Epiderme parcial e profunda da pele, necrose, ulceração para necrose extensa e subcutânea
TAMANHO FORMA	Limitada a um local, pouco circular ou oval, com margem bem definida e bordos bem demarcados	Forma irregular, bordos bem demarcados	Forma regular e oval, bordos bem demarcados	Forma irregular, bordos bem demarcados	Pequenas lesões, geralmente de forma oval	Forma irregular, bordos bem demarcados

Alves, 2014
CADOLKA INSTITUTO DE ONCOLOGIA E PATOLOGIA
Maria Teresa Hipólito Reis Dias Rodrigues

QUADRO RESUMO

ETIOLOGIA	ULCERA POR PRESSÃO	PI DIBÉTICO	ULCERA DE PÉLVICA VESICULAR	ULCERA DE ÚLTERA VESICULAR	DERMATITE ATÓPICA/CONTATOS/INFECCIONADA	QUEIMAS/QUEIMADAS
LEITO DA BARRA E TIPO DE TESSUTO	De acordo com a profundidade.	Seco, desvitalizado. Músculo e fibrilha granulada.	Músculo e perfúria granulada.	De granulação. Pele fibrótica, faveola fibrótica.	Sem necrose. Sangrante e com base granulada.	Sem necrose. Sangrante e com base granulada.
ESCRUDO	Volume variável, escudado, parietado em alguns casos.	Volume variável, escudado, parietado em alguns casos.	Volume variável, escudado, moderado.	Usualmente volume escudado abundante.	Escudado variado, mínimo a moderado. Muito infiltração.	Escudado variado, mínimo a moderado.
PIE DIFERENCIANTE	Pele vermelha, úmida, friável. Mucosidade escudada do contido.	Pele brilhante e úmida. Mucosidade escudada do contido.	Pele pálida e fria sem fibrilha e pólipo.	Pele pigmentada. Úmido, gelado, ruboreado, vasos varicosos salientes.	Com pólipo ou infiltrado, com mucosação perimetral.	Úmido.
DOR	Dor a parir. Pode ser sustentado, para mudança de posição.	Sem dor – sensação de queimação, de queimação, de queimação.	Dor variada. Aumenta com distensão. Diminui com a repouso.	Dor mínima a moderada. Aumenta com distensão. Diminui com a mudança.	Dor associada a prurido. Aumenta a parir da mudança de posição. Durante a limpeza.	Dor aguda e moderada. Associada a queimação traumática.

Alves, 2014.



Maria Teresa Hipólito Reis Dias Rodrigues

Bibliografia

Alves, P., Vieira, M., & Amado, J. Feridas: Prevalência e Custos. Instituto de Ciências da Saúde. Universidade Católica do Porto, Porto, Portugal. 2014.

"diferencial", in Dicionário Priberam da Língua Portuguesa [em linha], 2008-2023, <https://dicionario.priberam.org/diferencial>

EPJAP & NPJAP. International Guidelines for Prevention and treatment of pressure ulcers. Washington DC. 2009

Maude J. Differential diagnosis: the key to reducing diagnosis error, measuring diagnosis and a mechanism to reduce healthcare costs. Diagnosis, 2014.

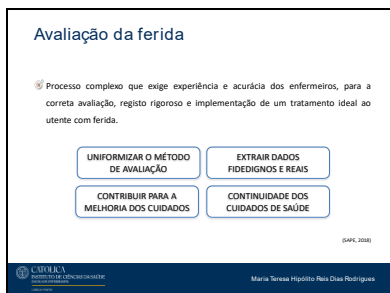
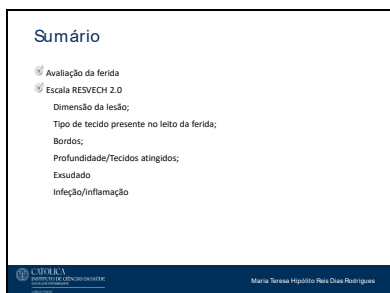
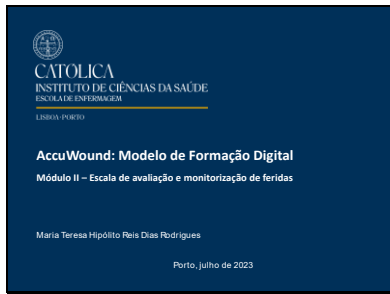
Ordem dos Enfermeiros. Linhas de Orientação para a Elaboração de Catálogos CIPE® «Guidelines for ICNP® Catalogue Development». Junho de 2009.

Ordem dos Enfermeiros. (2011). Browser CIPE - Ordem dos Enfermeiros. Ordem dos Enfermeiros. [Online] Ordem dos Enfermeiros. 2011.



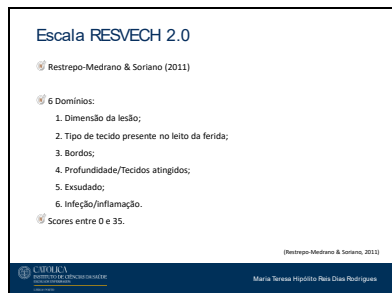
Maria Teresa Hipólito Reis Dias Rodrigues

Anexo B – Módulo II – Escala de avaliação e monitorização de feridas



A avaliação e caracterização são pontos-chave para o tratamento de feridas. Este é um processo complexo que exige experiência e acurácia dos enfermeiros para a correta avaliação, registo rigoroso e implementação de um tratamento ideal ao utente com ferida.

Como tal, importa conhecer a escala existente na plataforma ScLínico, de forma a uniformizar um método de avaliação de feridas para ser utilizado nas unidades funcionais. Isto permite, para além de uniformizar os registos de enfermagem, extrair dados da avaliação local fidedignos e comparáveis dos diferentes contextos dos cuidados de saúde primários, contribuir para a melhoria dos cuidados de saúde prestados à pessoa com ferida independentemente da sua etiologia e ainda possibilita a continuidade dos cuidados de saúde prestados, através do registo uniformizado da avaliação local da ferida.

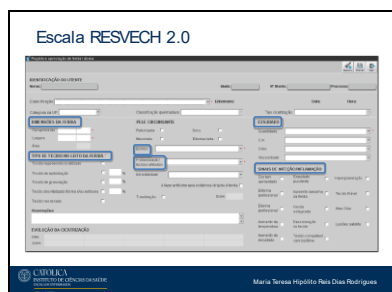


A escala RESVECH 2.0 foi uma escala criada por dois investigadores espanhóis em 2011.

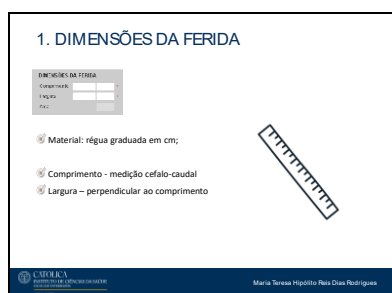
Este instrumento de avaliação está dividido em 6 domínios que seguidamente iremos analisar.

- Dimensão da lesão;
- Profundidade/Tecidos atingidos;
- Bordos;
- Tipo de tecido presente no leito da ferida;
- Exsudado;
- Infecção/inflamação.

Admite uma variação de scores entre 0 e 35.



A escala utilizada atualmente na plataforma de enfermagem do SClínico é uma adaptação da RESVECH 2.0 e, como tal, iremos de seguida debruçar-nos sobre estes 6 domínios.



Começando pelas dimensões da ferida, a medição deve ser efetuada com régua graduada em centímetros e devem ser indicadas as medições da seguinte forma:

- Comprimento: medição cefalo-caudal, isto é, da cabeça para os pés;
- Largura: perpendicular ao comprimento.

2. TIPO DE TECIDO

SELECIONE O TIPO DE TECIDO PRESENTE NA FERIDA:

T. Necrosado T. Desvitalizado T. Granulação T. Epitelização T. Regenerado

T. Necrosado Tecido desvitalizado, firmemente aderente ao leito da ferida ou aos seus bordos; necrose negra seca.

T. Desvitalizado Tecido amarelo ou esbranquiçado aderente ao leito da ferida.

T. Granulação Tecido vermelho ou brilhante, húmido e granular.

T. Epitelização Tecido novo e cor-de-rosa ou pele brilhante que cresce dos bordos ou em ilhéus à volta da lesão.

T. Regenerado Ferida coberta com epitélio.

CILOCA INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS
Maria Teresa Hipólito Reis Dias Rodrigues

Passando para o 2º domínio, o tipo de tecido presente no leito da ferida, embora devam ser assinalados todos os tipos de tecido presentes na ferida, só é considerado para efeitos de cálculo de score o pior tipo de tecido, de acordo com esta ordem (do "pior" para o "melhor"): necrosado, desvitalizado, de granulação, epitelização ou regenerado/cicatrizado.

Tecido necrosado: refere-se a tecido desvitalizado, preto ou castanho, firmemente aderente ao leito da ferida ou aos seus bordos, que pode ser mais duro ou mais macio do que o tecido circundante.

Tecido desvitalizado/fibrina e/ou esfacelo (necrose húmida): tecido amarelo ou esbranquiçado aderente ao leito da ferida na forma de fitas, filamentos ou camadas finas.

Tecido de granulação: tecido vermelho ou brilhante, húmido e granular.

Tecido de epitelização: presente em úlceras ou feridas superficiais; tecido novo e cor-de-rosa ou pele brilhante que cresce dos bordos ou em ilhéus à volta da lesão.

Tecido regenerado/cicatrizado: a ferida está completamente coberta com pele nova, com epitélio.

3. BORDOS

SELECIONE O TIPO DE BORDO PRESENTE NA FERIDA:

Não Distintos Difusos Delimitados Danificados Espessados, envelhecidos ou evertidos

Não Distintos Não se visualizam bordos, o que pode ser o caso de uma ferida em processo cicatrização.

Difusos É difícil distingui-los.

Delimitados Bordos claramente visíveis e distinguíveis do leito. Não espessados.

Danificados Bordos bem delimitados, não espessados, que podem mostrar maceração, lesões...

Espessados, envelhecidos ou evertidos Bordos bem delimitados, mas espessados ou virados para a periferia.

CILOCA INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS
Maria Teresa Hipólito Reis Dias Rodrigues

O 3º domínio avalia os bordos e entende-se por bordos o tecido que circunda o leito da ferida.

Não distintos: não se visualizam bordos, o que pode ser o caso de uma ferida em processo de cicatrização.

Difusos: é difícil distinguir o limite dos bordos.

Delimitados: bordos claramente visíveis e distinguíveis do leito. Não espessados.

Danificados: bordos bem delimitados, não espessados, que podem mostrar maceração ou outras lesões.

Espessados, envelhecidos ou evertidos: bordos bem delimitados, mas espessados ou virados para a periferia.

4. PROFUNDIDADE

SE FERIDA:

APROPRIADA:

Pele intacta/cicatrizada	Ferida completamente epitelizada/ ou pele sem alteração da sua integridade.
Derme e Epiderme afetada	Perda parcial das estruturas da pele; pode apresentar-se com ferida rasa de leito limpo ou flictena serosa intacta ou aberta.
Hipoderme afetada	Perda total das estruturas da pele; pode apresentar-se com tecido fibrinoso e/ ou exposição de tecido adiposo sem exposição da fásia.
Músculo afetado	Exposição da fásia muscular ou do próprio músculo.
Osso e/ou tecidos anexos	Exposição de tendão, ligamentos, cápsula articular. Nos casos de presença de placa de necrose que não permite a visualização da extensão total da lesão.

UNIVERSIDADE DE COIMBRA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
Mestrado em Enfermagem
Marta Teresa Hipólito Reis Dias Rodrigues

No domínio da profundidade deve marcar-se a pontuação que corresponde ao maior grau de atingimento.

Pele intacta / cicatrizada: ferida completamente epitelizada/ ou pele sem alteração da sua integridade.

Derme e epiderme afetada: perda parcial das estruturas da pele; pode apresentar-se com ferida rasa de leito limpo ou flictena serosa intacta ou aberta.

Hipoderme afetada: Perda total das estruturas da pele; pode apresentar-se com tecido fibrinoso e/ ou exposição de tecido adiposo sem exposição da fásia.

Músculo afetado: exposição da fásia muscular ou do próprio músculo.

Osso e/ou tecidos anexos: exposição de tendão, ligamentos, cápsula articular ou nos casos de presença de placa de necrose que não permite a visualização da extensão total da lesão.

5. EXSUDADO

TEX IDADO

1.º PENSO

2.º PENSO

3.º PENSO

4.º PENSO

Seco	Não há humidade visível e o penso primário não tem marca.
Húmido	O penso primário pode ter uma ligeira marca.
Molhado	Perda total das estruturas da pele; pode apresentar-se com tecido fibrinoso e/ ou exposição de tecido adiposo sem exposição da fásia.
Saturado	O penso primário está molhado e há exsudado que passa através dele; a pele perilesional pode estar macerada.
Com fuga de exsudado	O penso está saturado e o exsudado repassa através do primeiro e do segundo penso; é necessário mudar os pensos com maior frequência do que o habitual.

UNIVERSIDADE DE COIMBRA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
Mestrado em Enfermagem
Marta Teresa Hipólito Reis Dias Rodrigues

Relativamente ao domínio do exsudado, em relação à quantidade este pode encontrar-se:

Seco: O leito da ferida está seco; não há humidade visível e o penso primário não tem marca.

Húmido: São visíveis pequenas quantidades de fluido quando se removem os pensos: o penso primário pode ter uma ligeira marca.

Molhado: O penso primário está muito marcado, mas não há exsudado a fluir; a frequência de mudança de penso deve ser adequada ao tipo de penso.

Saturado: O penso primário está molhado e há exsudado que passa através dele; é necessário mudar os pensos com maior frequência do que o habitual para este tipo de pensos: a pele perilesional pode estar macerada.

Com fuga de exsudado: O penso está saturado e o exsudado repassa através do primeiro e do segundo penso e é necessário mudar os pensos com maior frequência do que o habitual.

6. SINAIS DE INFEÇÃO/INFLAMAÇÃO

SINAIS DE INFEÇÃO/INFLAMAÇÃO

DOR TEM AUMENTADO
 ERITEMA PERILESIONAL
 EDEMA PERILESIONAL
 AUMENTO DA TEMPERATURA

Dor tem aumentado
 Doente refere aumento da dor antes, durante e/ou depois do tratamento da dor.

Eritema perilesional
 Rubor relevante que se assume nos contornos da ferida em provável relação com causa infecciosa.

Edema perilesional
 Edema que contorna os bordos da ferida a uma distância superior a 4 cm.

Aumento da temperatura
 Calor na região periférica da ferida especialmente relevante desde a última avaliação.

CMO/CA
 MARIA TERESA HIPÓLITO REIS DASA RODRIGUES

Por fim, a última dimensão prende-se com os sinais de infeção e inflamação e devem ser assinalados os campos que se verificarem.

Dor tem aumentado: doente refere aumento da dor antes, durante e/ou depois do tratamento. Dor encontra-se de forma significativa ou especialmente valorizada comparativamente à última avaliação.

Eritema perilesional: rubor relevante que se assume nos contornos da ferida em provável relação com causa infecciosa.

Edema perilesional: edema que contorna os bordos da ferida a uma distância superior a 4 cm.

Aumento da temperatura: calor na região periférica da ferida especialmente relevante desde a última avaliação.

Aumento do Exsudado: exsudado especialmente relevante em provável relação com causa infecciosa. Aumento do qualificador em 2 avaliações sucessivas.

6. SINAIS DE INFEÇÃO/INFLAMAÇÃO

SINAIS DE INFEÇÃO/INFLAMAÇÃO

AUMENTO DO EXSUDADO
 EXSUDADO PURULENTO
 AUMENTO DO TAMANHO
 FERIDA ESTAGNADA

Aumento do Exsudado
 Exsudado especialmente relevante em provável relação com causa infecciosa.

Exsudado purulento
 Exsudado opaco, compacto, com coloração e odor compatível com causa infecciosa.

Aumento do tamanho
 Ferida com dimensões progressivamente maiores, com provável causa infecciosa.

Ferida estagnada
 Ferida que não evolui no processo cicatricial, sem motivo aparente.

CMO/CA
 MARIA TERESA HIPÓLITO REIS DASA RODRIGUES

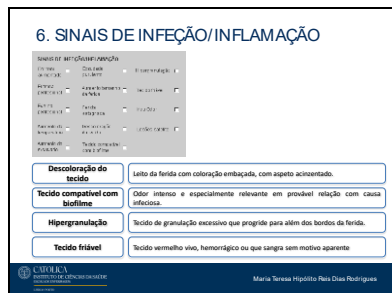
Aumento do Exsudado: exsudado especialmente relevante em provável relação com causa infecciosa.

Exsudado purulento: exsudado opaco, compacto, com coloração e odor compatível com causa infecciosa.

Aumento do tamanho da ferida: ferida com dimensões progressivamente maiores, com provável causa infecciosa.

Tecido friável ou facilmente sangrante: tecido vermelho vivo, hemorrágico ou que sangra sem motivo aparente.

Ferida estagnada: ferida que não evolui no processo cicatricial, sem motivo aparente.

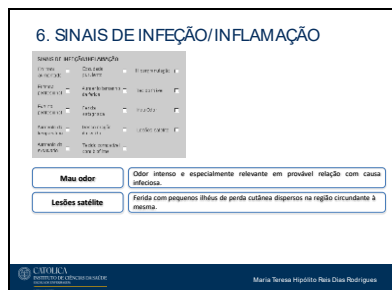


Descoloração do tecido: leito da ferida com coloração embaçada, com aspeto acinzentado.

Tecido compatível com biofilme: leito da ferida no qual se visualiza a olho nu estrutura polimérica compatível com provável comunidade bacteriana. Objetivamente pode observar-se uma substância gelatinosa de coloração amarela/esverdeada de difícil remoção e que reforma de um tratamento para o seguinte. Não deve ser confundido com tecido de fibrina.

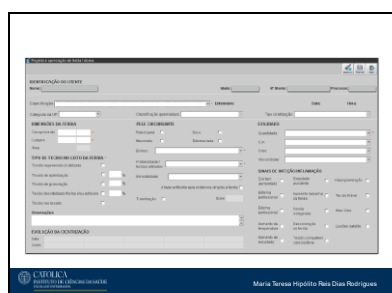
Hipergranulação: tecido de granulação excessivo que progride para além dos bordos da ferida.

Tecido friável ou facilmente sangrante: tecido vermelho vivo, hemorrágico ou que sangra sem motivo aparente.



Mau odor: odor intenso e especialmente relevante em provável relação com causa infecciosa.

Lesões satélite: ferida com pequenos ilhús de perda cutânea dispersos na região circundante à mesma.



Terminando a exploração das 6 dimensões de preenchimento obrigatório presentes na escala de avaliação das feridas no SClínico, podemos então dizer que o registo da avaliação de uma ferida é essencial para compreender a evolução do processo de cicatrização. De salientar que, nesta tabela de avaliação apresentada, existem campos disponíveis para preenchimento que, no entanto, não contribuem para o score da avaliação, como é o caso da pele circundante, a sensibilidade e diferentes características do exsudado, por exemplo.

Isto faz com que os enfermeiros disponibilizem tempo a preencher estes campos que, no final, não traduzem valores para aferir a evolução da cicatrização.

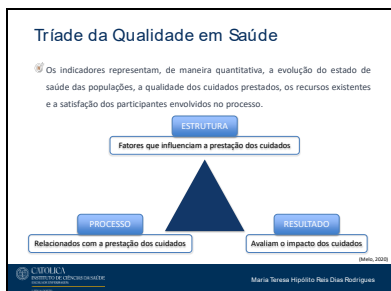
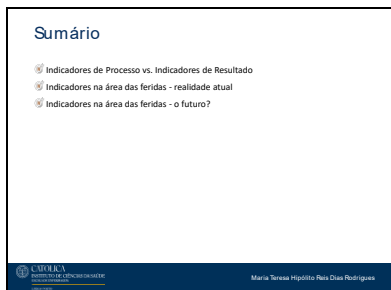
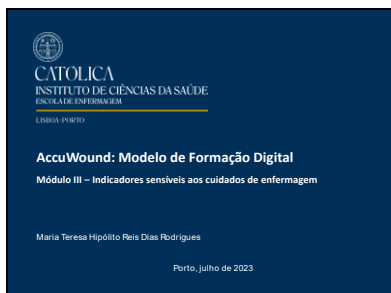
Para concluir, só através do correto registo podemos avaliar objetivamente a melhoria ou o agravamento da ferida. Para uma continuidade dos cuidados e fomentar as boas práticas do tratamento de feridas, é urgente a necessidade de se uniformizar e sistematizar o registo das mesmas. Assim, será possível utilizar de forma útil a informação registada.

Bibliografia

Marques, J. ADAPTAÇÃO CULTURAL E VALIDAÇÃO PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA DE UM INSTRUMENTO DE MONITORIZAÇÃO DE FERIDAS CRÓNICAS – ESCALA RESVECH 2.0. Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Feridas e Viabilidade Tecidual. 2015

SAFE. Avaliação de feridas: CRITÉRIOS DE SUPORTE À APLICAÇÃO DA NORMA/ORIENTAÇÃO. 2018

Anexo C – Módulo III – Indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem



A Triade da Qualidade em Saúde, concebida pelo reconhecido médico e investigador, Donabedian, contempla três tipos de indicadores na avaliação da qualidade dos cuidados de saúde. Estes indicadores representam, de maneira quantitativa, a evolução do estado de saúde das populações, a qualidade dos cuidados prestados, os recursos existentes e a satisfação dos participantes envolvidos no processo.

Os indicadores de **ESTRUTURA** incluem os fatores que influenciam a prestação dos cuidados de saúde, sejam os recursos humanos, financeiros ou logísticos, por exemplo. Na prática clínica é necessário discriminar objetivamente as condições necessárias à prática de cuidados com qualidade. Através das guidelines e protocolos é possível muitas vezes assegurar a qualidade neste âmbito.

Os indicadores de **PROCESSO** estão relacionados com a prestação dos cuidados de saúde, isto é, medem a atividade desenvolvida para atingir as metas definidas. É importante que na área da saúde os indicadores não fiquem apenas por esta fase, já que o facto de termos uma unidade de saúde com um

maior número de consultas de enfermagem não significa que presta cuidados de saúde com mais qualidade do que outra unidade de saúde que tenha registado um menor número de consultas, mas que tenha, por exemplo, um menor número de doentes com ferida do pé diabético.

Os indicadores de RESULTADO avaliam o impacto dos cuidados de saúde nos indivíduos. Representam o produto final da assistência prestada e a existência ou não de mudanças no estado de saúde dos indivíduos.

As ações dos profissionais de saúde devem estar direcionadas à obtenção de ganhos em saúde avaliados no utente. Se não forem avaliados os utentes, não é possível avaliar a eficácia dos cuidados prestados às populações.

Indicadores – Realidade Atual

USF		
2013.035.01 FL	35 - Proporção DM com exame pé último ano	INDICADOR PROCESSO
2013.261.01 FL	261 - Proporção utentes DM cr. aval. risco ulcera pé	
UCC		
2013.281.01 FL	281 - Número visitas domic. por utente por mês	INDICADOR PROCESSO
2013.287.01 FL	287 - Taxa incidência de ulcera prestada na UCC	INDICADOR RESULTADO
2017.267.01 FL	267 - Proporção utentes cr. ganhos controlado dor - pé dia	
2013.288.01 FL	288 - Proporção utentes cr. ganhos controlado dor - UCC	
2017.277.01 FL	277 - Proporção ulceras prestado melhoradas	


 Maria Teresa Hipólito Reis Dias Rodrigues

Tendo em conta o que foi apresentado, foi feita uma pesquisa acerca dos indicadores existentes nas unidades de saúde familiar e nas unidades de cuidados na comunidade relacionados com a área das feridas e estes foram os encontrados.

Os indicadores existentes nas unidades de saúde familiar são apenas indicadores de processo, o que nada nos diz sobre a verdadeira qualidade dos cuidados de saúde prestados. Podemos saber se os enfermeiros fazem ou não exame aos pés dos doentes com diabetes anualmente e se avaliam ou não o seu risco de úlcera de pé, mas não temos informação sobre se estes doentes têm feridas ou não, por exemplo. Assim, dá-se mais valor ao ato de fazer, mas não se sabe o impacto na saúde do que se fez.

Em relação às unidades de cuidados na comunidade, mais concretamente nas ECCI, apesar de termos, para além de um indicador de processo, indicadores de resultado, também o indicador taxa de incidência de UP não avalia diretamente os cuidados de enfermagem dos profissionais, uma vez que estes profissionais não se encontram no domicílio dos utentes 24h e não podem assegurar que existem cuidados adequados relativamente aos posicionamentos e à alimentação, por exemplo, por muito que os ensinamentos ao prestador de cuidados sejam realizados.



Desta forma, é urgente a reflexão sobre os indicadores existentes na área do doente com ferida, de forma a que a verdadeira atividade dos enfermeiros seja avaliada e se possa obter cuidados cada vez com maior qualidade.

Indicadores de resultado como:

- Diminuição da área da ferida;
- Diminuição da dor do doente;
- Diminuição do exsudado da ferida
- Diminuição do odor da ferida;
- Redução do tecido desvitalizado da ferida.

Seriam indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem prestados, já que são bons indicadores do processo de cicatrização. Existem feridas em que o objetivo não é a sua cicatrização, como é o caso das feridas malignas, por exemplo, mas é possível melhorar a dor do doente, controlar o exsudado e reduzir o odor da ferida.

Em suma, é necessário que para obter qualidade em saúde, a estrutura apoie a execução do processo e o processo seja executado para gerar resultado. Se estas etapas forem submetidas a uma avaliação rigorosa, é facilmente identificável onde é necessário melhorar, de forma a proporcionar melhores cuidados à população.



