

# Prevenção de úlceras por pressão no bloco operatório: gerir o risco, um contributo para a qualidade

Maria Odete Monteiro \*

## RESUMO

**Introdução:** A qualidade e a segurança resultantes dos cuidados prestados podem ser traduzidas diretamente através de um indicador: úlceras por pressão. Gerir o risco do evento adverso úlceras por pressão no bloco operatório é fundamental.

**Objetivo:** Este artigo de revisão da literatura foi desenvolvido com o objetivo compreender a importância da gestão de risco na prevenção de úlceras por pressão no bloco operatório, salientados pela evidência científica.

**Metodologia:** Realizada pesquisa bibliográfica em bases de dados eletrónicas PubMed e EBSCOhost com palavras chave (prevention pressure ulcers; operating room; risk) tendo-se efetuado análise dos artigos selecionados sobre a prevenção de úlceras por pressão no bloco operatório.

**Conclusão:** A bibliografia analisada apresenta como sugestões de estratégias: implementação de normas de procedimentos e práticas recomendadas; realização de mais estudos nesta temática, e envolvimento da equipa multiprofissional em todo este processo.

**Palavras-chave:** Prevenção de úlceras por pressão; Bloco Operatório; Gestão de Risco; Qualidade

## ABSTRACT

**Introduction:** the quality and safety of care can be translated directly through a bookmark: pressure ulcers. Manage the adverse event risk pressure ulcers in the operating room is critical.

**Objective:** This review of the literature was developed with the aim to understand the importance of managing risk of developing pressure ulcers in the operating theatre, highlighted by the evidence.

**Methodology:** Research performed in electronic databases and EBSCOhost PubMed with keywords (prevention of pressure ulcers; operating room; risk) and risk management review carried out in the operating room in order to prevent pressure ulcers.

**Conclusion:** Analyzed literature suggested some strategies: implementing rules for the procedures and

Enfermeira do bloco operatório do hospital Garcia de Orta,  
mestranda em Enfermagem Perioperatória, ESS/ IPS  
e-mail: [odetemonteiro@hotmail.com](mailto:odetemonteiro@hotmail.com)

best practices; further studies on this subject, and multidisciplinary team's involvement in this whole process.

**Keywords:** Prevention of pressure ulcers; Operating theatre; Risk management; Quality

## INTRODUÇÃO

A enfermagem perioperatória historicamente tem assumido responsabilidades na manutenção de um ambiente seguro e eficiente, quer para os doentes, quer para a restante equipa. A área perioperatória é uma das áreas em que a gestão de risco se coloca de forma mais crítica. O bloco operatório é um dos locais onde, pelos fatores ambientais, pelas técnicas utilizadas, que obrigam ao uso de inúmeros dispositivos médicos, existem riscos potenciais elevados a que podem ser expostos doentes e profissionais (...) A segurança do doente e do pessoal num ambiente de alta tecnologia, de uma enorme especialização, onde se pretende prestar cuidados de qualidade (AESOP, p.63). De acordo com a mesma associação de enfermeiros, gestão de risco e garantia da qualidade são totalmente compatíveis, devendo caminhar lado a lado. O indicador úlceras de pressão é um indicador importante porque traduz diretamente a qualidade e a segurança resultante do nível de cuidados praticado, em termos de avaliação de indicadores críticos, que favorece o risco de úlcera de pressão (FRAGATA 2012, p.275). Úlceras de pressão, independentemente da sua

origem, representam um grande problema de saúde que se repercute com elevados custos financeiros, além de profundas consequências físicas, psicológicas e sociais para os portadores (ALMEIDA, 2012, p.126). Portanto, os resultados negativos podem incluir dor, tratamentos adicionais e cirurgia, aumento do tempo de internamento, desfiguração ou cicatrizes, aumento de morbilidade, consequentemente, do custo do tratamento, da insatisfação do cliente dos cuidados e uma potencial situação litigiosa.

No intuito de compreender a importância da gestão de risco na prevenção de úlceras por pressão no bloco operatório, surgiu este artigo. Serão então descritos aspetos relacionados ao conceito, ao seu impacto económico, à sua etiologia, bem como, intervenções associadas à sua prevenção no período perioperatório.

### Conceito e dimensão do problema:

Ao longo do tempo e face aos avanços científicos as úlceras de pressão foram adquirindo diversas definições. Atualmente, a European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) e a National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) definem úlcera por pressão

como uma lesão localizada na pele e/ou tecidos subjacentes, normalmente sobre uma proeminência óssea, em resultado da pressão ou de uma combinação entre esta e forças de torção. Segundo Ferreira e colegas (2007) as úlceras de pressão são lesões dos tecidos de revestimento/pele, que resultaram de um período demorado de isquemia tecidual, originadas pela compressão da microcirculação e do sistema linfático.

Segundo WALTON-GEER (2009, p.539), a úlcera por pressão adquirida no período perioperatório pode assemelhar-se, e muitas vezes está documentada, como uma queimadura. Segundo as "Práticas Recomendadas para posicionamento do doente em ambiente perioperatório" AORN (2008), uma úlcera por pressão adquirida no intraoperatório desenvolve-se geralmente para fora sobre o músculo de uma proeminência óssea e tem coloração arroxeadada.

Entre 1995 e 2008, a incidência de úlceras por pressão nos estados Unidos aumentou 80% (LYDER, 2009). Segundo o mesmo autor noutro trabalho realizado em 2011, estima que 2,5 milhões de doentes irão desenvolver uma úlcera de pressão anualmente nos Estados Unidos. Devido ao aumento previsto das populações com mais risco de desenvolver úlceras de pressão (por exemplo, obesos, diabéticos e idosos), está previsto as taxas continuarem a aumentar.

Segundo GOUVEIA et al (2006) os dados relativos as úlceras de pressão em Portugal ainda necessitam de algum aprofundamento uma vez que até 2005 não existia qualquer estudo nacional sobre a incidência e prevalência destas úlceras. Sobre esta temática, FERREIRA et al (2007) referem que o primeiro estudo realizado em Portugal verificou uma prevalência de 31,3% e que, após a implementação da escala de avaliação de risco de desenvolvimento de úlceras de pressão, um segundo estudo demonstrou que a prevalência de úlcera de pressão reduziu para 19,3%.

Dos estudos realizados a nível mundial, podemos extrair valores elevados de prevalência e incidência de úlceras de pressão ainda que autores como FERREIRA et al (2007) afirmem que 95% das úlceras de pressão são evitáveis.

Por ser considerado um alvo urgente para debelar, foi consignado o Dia Mundial de Prevenção de Úlcera por Pressão, dia 16 de Novembro, tendo-se solenizado o World Wide STOP Pressure Ulcer Day em 16 de Novembro de 2012, com o objetivo de divulgar estratégias que assolem este problema a nível mundial.

### **Impacto económico**

Segundo PINA (2012), o custo associado ao tratamento das úlceras de pressão é difícil de determinar pois, muitas vezes, estas lesões não estão documentadas ou são registadas como



uma comorbilidade e não como diagnóstico principal. A ocorrência de feridas implica custos elevados para o Sistema de Saúde, que se dividem, segundo DUQUE et al (2009), em três categorias principais: 1) custos financeiros que estão associados à aquisição de material preventivo, tratamento da úlcera por pressão e de complicações; 2) custos relacionados com internamentos prolongados; 3) custos associados ao tempo despendido nos cuidados prestados. Em Portugal, o Grupo de Investigação Clínica em Enfermagem desenvolveu um estudo sobre o impacto económico das úlceras por pressão na Macronésia (Arquipélagos de Açores, Madeira, Canárias e Cabo Verde). De forma a produzir resultados preliminares que sirvam de suporte para a realização deste estudo, o Grupo efetuou uma aproximação ao custo económico do tratamento anual das úlceras por pressão no arquipélago dos Açores relativo ao ano de 2006. Os resultados obtidos indicam que o custo total do tratamento foi de cerca de 9 milhões de euros, o equivalente a 4,5% da despesa pública da saúde dos Açores nesse ano e 0,3% do Produto Interno Bruto no mesmo ano.

São muitos os motivos que justificam a importância da prevenção de úlceras de pressão. Segundo GOUVEIA et al (2006) para reduzir a incidência de úlceras são necessários investimentos em recursos humanos, materiais e metodológicos. Os autores reconhecem que

são custos consideráveis, mas defendem que ainda são menores do que aqueles referentes ao tratamento das úlceras.

### **Etiologia das úlceras por pressão**

O desenvolvimento de úlceras de pressão está associado a fatores extrínsecos e intrínsecos. Entre os fatores extrínsecos estão a pressão exercida sobre o tecido, o atrito por cisalhamento, a fricção e a humidade. Os fatores intrínsecos, que aumentam a suscetibilidade de um indivíduo às forças que induzem a ocorrência destas lesões, incluem a idade avançada, o estado nutricional, a perfusão tecidual/disfunção circulatória, o estado de mobilidade reduzida, função sensório-motor, alterações hematopoiéticas, incontinência fecal e urinária, o uso de determinados medicamentos, doenças crónicas como diabetes mellitus e doenças cardiovasculares e questões psicossociais (SILVA et al., 2011).

Segundo PRICE, et al (2005), o dano tecidual pode tornar-se aparente dentro de algumas horas após a cirurgia, ou pode não aparecer até três dias. Portanto, uma úlcera por pressão que resulta da cirurgia pode não ser notada até ao período de recuperação do doente. Dando ênfase à visita pós-operatória efetuada 24 ou 48h após a cirurgia, pelo enfermeiro perioperatório, que deteta para além de outros diagnósticos, a presença ou ausência de ulcera

por pressão desenvolvida aquando da intervenção cirúrgica. Segundo AESOP (2006, p.126), a visita pós-operatória tem em vista (...) identificar a inexistência de lesões físicas no doente e a vivência experienciada, resultantes da intervenção dos enfermeiros em ambiente operatório.

#### Vulnerabilidade do doente cirúrgico

Os doentes com mais de 65 anos de idade experimentam a maior incidência de desenvolvimento de úlcera por pressão. Segundo NPUAP (2008), a incidência de úlceras por pressão em doentes cirúrgicos pode ser tão elevada como 45%. Acrescentando que em doentes adultos mais velhos, há uma maior incidência de variáveis pré-operatórias (ou seja, fatores intrínsecos e extrínsecos), que quando ocorrem, resultam em alterações fisiológicas da pele e, em última análise, desenvolvimento de úlceras por pressão. PRICE (2005) refere que durante o período intraoperatório: o tempo na mesa operatória, períodos de hipotensão e o tipo de procedimento aumentam a suscetibilidade do doente para desenvolvimento de úlceras por pressão. Também O'CONNELL (2006) concorda, referindo que a pele dos adultos mais velhos é mais suscetível a lesão tecidual, porque é menos elástica com uma derme mais fina e tem menos colagénio, músculo e tecido adiposo. Estas características fazem com que doentes mais velhos sejam não só suscetíveis a

problemas de pressão, com a pele, mas também ao aumento de contusões, infeção, termorregulação prejudicada e regeneração lenta.

#### Avaliação da pele

Segundo WALTON-GEER (2009), o enfermeiro perioperatório deve realizar uma avaliação completa da pele de cada doente cirúrgico para poder comparar entre o pré-operatório e o pós-operatório. O enfermeiro pré-operatório deve verificar cuidadosamente alguma lesão da pele (por exemplo, erupção cutânea, maceração, infeção, dermatite, incontinência, linfedema) e procurar sinais de insuficiência venosa (por exemplo, dor, cólicas, dor, cansaço, parestesias nos pés que se agrava com o pé ou andando e é aliviada por repouso e elevação). A Escala de Braden pode ser usado para validar a integridade da pele do doente e fornecer uma comparação do status de pele pré e pós-operatórios. Estas escalas no pré-operatório podem determinar se o doente é de alto risco para desenvolvimento de úlceras por pressão. Estas avaliações podem fornecer evidência que sugerem a necessidade de tomar mais medidas pró-ativas antes da cirurgia para ajudar a prevenir o dano tecidual possível e desenvolvimento de úlceras por pressão. Porém muitos fatores que podem contribuir para a fragilidade do tecido começam antes da cirurgia. Segundo WALTON-GEER (2009, p.546)



“seria oportuno, realizar o exame pré-operatório (por exemplo, nutrição, hidratação) e testes de laboratório (por exemplo, a hemoglobina, a albumina total, prealbumina), que são importantes para avaliar a integridade da pele”.

### **Posicionamento**

Posicionamento é um componente crucial dos cuidados cirúrgicos. De acordo com *Recommended practices for positioning the patient in the perioperative setting*, o posicionamento para um procedimento cirúrgico depende da preferência do cirurgião, das necessidades do prestador de cuidados de anestesia, do procedimento que irá ser realizado, da necessidade de exposição do local cirúrgico e das condições predisponentes do doente. O posicionamento é reconhecido como um equilíbrio entre a posição de que um doente fisicamente pode assumir e os que são fisiologicamente tolerados. O corpo do doente deve ser posicionado adequadamente na marquesa operatória e o alinhamento do corpo deve ser mantido para diminuir o risco potencial de lesões de pele. Segundo O’CONNELL (2006) existem fatores a ter em conta durante a entrevista pré-operatória antes de ocorrer sedação e posicionamento: condições preexistentes; diminuiu intervalos de movimento; os procedimentos cirúrgicos anteriores; presença de próteses; fraturas;

idade, altura e peso. O cliente cirúrgico deve ser posicionado corretamente durante a fase intraoperatória da cirurgia para diminuir possíveis lesões.

Segurança é a principal preocupação ao determinar a posição do doente para um procedimento. O número de dispositivos e pessoal deve ser suficiente para transferir de forma segura ou posicionar o doente no pré-operatório ou no intraoperatório. A transferência é realizada com um dispositivo de transferência lateral (por exemplo, placas de deslize, dispositivos de transferência de ar assistido) que reduz a fricção e cisalhamento. Membros da equipa perioperatória devem colocar correto preenchimento ao redor do corpo do doente para ajudar a evitar a rutura da pele, especialmente em áreas de alto risco, dependendo da posição. Segundo WALTON-GEER (2009, p.541) devem ser usados dispositivos de alívio de pressão para diminuir possíveis alterações isquémicas quando o doente deve permanecer numa posição durante várias horas. O mesmo autor salienta ainda a importância de controlar a quantidade de almofadas, cobertores e mantas de aquecimento colocadas em cima ou em baixo do doente. A utilização de almofadas ou cobertores em demasia podem causar o aumento da pressão capilar em mais de 32 mmHg, o que aumenta o risco da perfusão do tecido, aumentando o risco de desenvolvimento

de úlceras por pressão. A AORN (2008) recomenda, nas suas práticas, que um doente deve ser reposicionado a cada duas horas para evitar a pressão contínua em pontos de pressão e ajudar a diminuir o risco de respostas fisiológicas adversas.

### **Anestesia**

Em conjunto, anestesia e posicionamento colocam o doente num estado comprometido. Anestesia afeta o posicionamento e também bloqueia a sensibilidade do doente à dor e à pressão, causando vulnerabilidade do tecido a danos. O ONNELL (2006) refere que todos os agentes utilizados em anestesia podem deprimir o sistema nervoso autónomo, causando algum grau de vasodilatação que é refletida numa redução da pressão de sangue provocando diminuição na perfusão do tecido. O mesmo autor menciona que o efeito combinado da anestesia e a marquesa operatória fria provoca diminuição da perfusão. De acordo com um estudo realizado por LINDGREN et al (2005), clientes com epidural ou raquianestesia foram mais propensos a desenvolver úlceras de pressão do que doentes com anestesia geral.

### **Duração da cirurgia**

Segundo PRICE (2005), a duração do procedimento cirúrgico é um indicador significativo do risco de dano tecidual, a exposição prolongada a pressão pode resultar

em isquemia do tecido, que pode levar à anoxia e necrose do mesmo. AORN (2008) recomenda reposicionamento dos clientes a cada duas horas. Porém, reposicionar o doente cirúrgico, exceto calcâneos, braços e cabeça, é raramente possível no intraoperatório. O'CONNELL (2006) no seu estudo demonstrou que procedimentos de duração superior a quatro horas triplicam o risco de dano tecidual. Mesmo o doente mais saudável pode desenvolver risco de dano tecidual, se um procedimento cirúrgico dura mais de quatro horas. Porém, o tempo do procedimento cirúrgico não é sempre o principal preditor de desenvolvimento de úlceras por pressão, existem outros fatores que podem aumentar o decorrer do procedimento, aumentando assim o tempo exercido pela marquesa operatória sob os tecidos cutâneos. De acordo com WALTON-GEER (2009, p.544) cirurgiões e enfermeiros perioperatórios devem abordar a imobilidade se o doente permanecerá na mesma posição durante várias horas.

### **Gerir o risco no Bloco Operatório**

Segundo FAWCETT (2011), continua a existir uma deficiente identificação das causas que originam a ocorrência de eventos adversos no Bloco Operatório devido à falta de informação sobre as complicações relacionadas com o posicionamento cirúrgico. A criação de uma cultura de segurança e a implementação de mecanismos de segurança são aspectos



essenciais para uma gestão do risco efectiva, com uma abordagem integrada e partilhada. Estes aspetos são referidos no documento Sete Passos para a Segurança do Doente pela NATIONAL PATIENT SAFETY AGENCY. Nas instituições de saúde, a gestão de risco visa promover uma utilização eficaz, eficiente e equitativa dos recursos na prevenção e controlo dos riscos, com vista a manutenção de um ambiente seguro para doentes, profissionais e visitantes. Uma gestão de risco eficaz deve envolver todos os profissionais e fazer uma avaliação cuidada da situação de risco ou de dano, desenvolvendo uma cultura de abertura e partilha. As novas políticas de gestão do erro passam por uma análise detalhada e pormenorizada da situação (Root Cause Analysis), composta por 6 passos essenciais: registo do incidente e recolha de toda a informação relacionada; descrição cronológica do incidente; identificação dos problemas; exploração do problema, identificando as causas (diagrama de causa-efeito ou espinha de peixe); identificação de medidas preventivas e de melhoria da qualidade e segurança nos cuidados; implementação, divulgação e monitorização das novas medidas. Segundo FRAGATA (2012, p.126) a ocorrência de úlceras profundas, de novo, constitui hoje um evento sentinela (never event), que deve ser registado

e desencadear uma investigação. De acordo com AESOP (2006), uma política de gestão de risco pró-activa nos cuidados perioperatórios é fundamental, devendo por isso proteger o doente e os profissionais, e intervir no meio ambiente através da identificação, controlo, minimização e avaliação dos riscos.

Segundo WALTON-GEER (2009), o bloco operatório é um ambiente de alto risco para desenvolvimento de úlcera por pressão. CHERRY (2011) corrobora esta opinião pois considera que todos os doentes cirúrgicos devem ser considerados de risco para lesões por pressão, por uma combinação de razões: o tempo incontável da cirurgia, os efeitos da anestesia sobre o estado hemodinâmico do doente, juntamente com o uso de medicações vasoativas. Segundo o mesmo autor, é essencial uma abordagem abrangente para enfermeiros perioperatórios prevenirem lesões por pressão no intraoperatório. Enumera componentes cruciais de qualquer estratégia de prevenção como: a avaliação regular da pele e avaliações do risco com Escala de Braden; uso rotineiro de superfícies de alívio de pressão; e desenvolvimento de intervenções de enfermagem para minimizar o cisalhamento e atrito durante o posicionamento e a transferência de doentes.



Segundo FAWCETT (2011, p.171), a responsabilização dos profissionais de saúde em relação aos eventos adversos pelos doentes, família, sociedade é cada vez maior, além dos custos acrescidos para o doente e organização hospitalar. É fundamental que os cuidados estejam fundamentados na boa prática, e que os procedimentos e recomendações sejam seguidas por toda a equipa de saúde que intervém.

Enfermeiros perioperatórios devem desenvolver diretrizes e protocolos de enfermagem individualizada com base na condição do doente, o tipo e a duração do procedimento cirúrgico, os necessários dispositivos de posicionamento cirúrgicos e fatores de risco (tabela 1).

A úlcera por pressão configura-se como um problema de dimensão mundial, sendo uma complicação comum em doentes críticos

| Diagnostico                       | Intervenções de Enfermagem                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Indicador de resultado                                                                                                                                               | Demonstrativo de resultado                                                                                                  |
|-----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Risco de lesão [X29]              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verifica o doente identidade, alergias, consentimento informado e lateralidade [I26, I123, I124, I143].</li> <li>• Identifica o estado fisiológico (por exemplo, integridade da pele, deficiência sensorial, estado musculoesquelético) [I66, I90].</li> <li>• Medidas de proteção de instrumentos para evitar ferimentos (por exemplo, posicionamento adequado, adequado preenchimento dos pontos de pressão, dispositivos de segurança) [I11, I72-I78, I90].</li> <li>• Avalia-se lesão [I136-I143, I152].</li> </ul>                                                                                                                                                                                                 | A pele do doente permanece intacta, não avermelhada e livre de bolhas; movimento, sensação e circulação são mantidas ou melhoradas durante o período perioperatório. | O doente está livre dos sinais e sintomas de ferimentos adquiridos durante o período perioperatório [O1].                   |
| Perfusão ineficaz de tecido [X61] | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifica a perfusão do tecido de linha de base [I60].</li> <li>• Identifica os fatores de risco para perfusão ineficaz do tecido (por exemplo, estase venosa) [I15].</li> <li>• Maximiza a profilaxia mecânica: <ul style="list-style-type: none"> <li>• auxiliando o doente vestir meias de profilaxia tromboembólica corretamente,</li> <li>• educando o doente sobre a importância de meias de profilaxia tromboembólica e a importância de usá-las como prescrito, e</li> </ul> </li> <li>• Administra agentes farmacológicos como prescrito.</li> <li>• Mantém vigilância contínua [I128].</li> <li>• Avalia a perfusão do tecido no pós-operatório [I46] e a resposta à profilaxia da estase venosa.</li> </ul> | O doente não apresenta sinais ou sintomas de estase venosa.                                                                                                          | O doente tem ferida / perfusão do tecido consistente com ou melhoria de níveis basais estabelecido no pré-operatório [O11]. |

**Tabela 1** - Plano de cuidados de enfermagem para prevenir o desenvolvimento de úlceras de pressão adquiridas no intra-operatório [PNDS code]

Adaptado de WALTON-GEER, P.S. - Prevention of Pressure Ulcers in the Surgical Patient. AORN Journal vol.89,nº3 Março 2009. Acedido em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0001209208008983> a 18 Abril 2013

hospitalizados. A sua prevenção constitui um desafio para a prática de enfermagem e a sua baixa incidência é indicativa de boa qualidade dos serviços de saúde. A identificação dos fatores só é possível através da análise de relatos de incidentes críticos. A existência de um sistema de registo e uma cultura organizacional de abertura e não punição são fundamentais para a operacionalização de um sistema de gestão de risco eficaz e adequado a cada cenário de cuidados. Este possibilitará a identificação pormenorizada das situações de risco e, consequentemente, o planeamento de medidas preventivas, como a elaboração de normas de procedimento baseadas nas práticas recomendadas pela evidência científica; e pela limitação das consequências para a segurança do doente e profissionais, quando a situação não pode ser evitada. Os factores evidenciados espelham-se na nossa prática diária, influenciando o desenvolvimento, tal como foi fundamentado. No entanto, é necessário compreender a real influência desses factores em cada cenário de cuidados, e envolver todos os profissionais na gestão deste risco, superando, deste modo, as limitações registadas; é necessária uma abordagem mais detalhada de cada fator, possibilitando a implementação de medidas preventivas e a melhoria da prestação de cuidados perioperatórios, traduzindo-se numa maior

segurança para o cliente e consequente satisfação, indicador da qualidade dos cuidados.

## CONCLUSÃO

A comunidade científica advoga que as úlceras por pressão são evitáveis, no entanto, as elevadas taxas de incidência e prevalência, mesmo em países desenvolvidos, demonstram que existem dificuldades sérias neste campo, sugerindo mesmo uma lacuna entre o conhecimento científico e a aplicação clínica do conhecimento. A literatura mostra que esta lesão significa um grave problema de saúde a nível nacional e internacional, não apenas pelos custos relativos a recursos humanos e materiais mas, principalmente, por provocar dor e sofrimento aos doentes e suas famílias. Esta questão tem vindo a merecer crescentes preocupações de ordem política e económica uma vez que as úlceras de pressão são uma causa importante de morbilidade e mortalidade, afetam a qualidade de vida do indivíduo e dos seus cuidadores e significam uma sobrecarga económica para os serviços de saúde (FERREIRA et al., 2007). A revisão de literatura revelou que as úlceras por pressão são discutidas predominantemente em cuidados continuados, cuidados intensivos e em contexto de reabilitação, com fraca abordagem aos cuidados agudos incluindo o ambiente cirúrgico, o que limitou o desenvolvimento do nosso trabalho. É necessária mais investigação



para abordar os componentes em programas de prevenção de úlcera de pressão pode levar a reduções nas taxas de úlcera de pressão prevenção de úlceras por pressão em doentes cirúrgicos. Segundo SULLIVAN (2013, p.410) os principais componentes dos esforços de implementação bem-sucedida são: simplificação e padronização de intervenções específicas de úlcera por pressão e documentação, o envolvimento de equipas multidisciplinares, educação permanente das equipas, com auditoria continua e feedback. Consideramos que a realização deste artigo foi enriquecedora para a nossa experiência enquanto enfermeiros perioperatórios, pois possibilitou compreender, através da pesquisa e análise de evidência científica, como é essencial a prevenção do desenvolvimento de úlceras por pressão no bloco operatório, contribuindo para a promoção da segurança do cliente, a gestão do risco e a qualidade dos cuidados perioperatórios. A pesquisa efetuada deverá ser traduzida em melhor formação para melhorar a competência dos membros da equipa perioperatória e ajudar a desenvolver e implementar políticas e procedimentos, no intuito de diminuir a vulnerabilidade para o risco de desenvolvimento de úlceras por pressão, melhorando o conforto do doente, diminuindo assim, a mortalidade e os custos de cuidados de saúde.

## Referências Bibliográficas

- AESOP – Enfermagem Perioperatória: da filosofia à prática de cuidados. Lisboa: Lusodidacta, 2006. 356p. ISBN: 972-8930-16-X
- AESOP – Práticas Recomendadas para o Bloco Operatório. 2ªed. Lisboa: AESOP, 2010. 135p. ISBN: 972-9171-65-3
- ALMEIDA, R. et al - Avaliação da utilização de protocolos na prevenção de úlceras por pressão. Revista Ciência e Saúde, Porto Alegre Vol.5, Nº2, Julho/Dez.2012, p.125-131
- ANDRADE, P., et al - Úlceras de pressão: casuística de um Serviço de Medicina Interna. Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, 2010, p. 13-20.
- CHERRY, C., & MOSS, J. – Best practices for preventing hospital acquired pressure injuries in surgical patients. Canadian Operating Room Nursing Journal, 2011, 29 (1), 6. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21434513> [18.04.2013;10:00]
- DUQUE, H. et al - Manual de Boas Práticas - Úlceras de Pressão: Uma abordagem estratégica. Coimbra: Formasau– Formação e Saúde, Lda. 2009.
- EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL & NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL - Guia internacional: Prevención de úlceras por presión: Guía de referência rápida. 2009, 1-24. [http://www.gneaupp.es/app/adm/documentos-guias/archivos/10\\_pdf.pdf](http://www.gneaupp.es/app/adm/documentos-guias/archivos/10_pdf.pdf) [18.04.2013;08:00]
- FAWCETT, D.- Prevention of position injuries in Perioperative Safety, Mosby, St Louis, 2001 p.167-178.
- FERREIRA, P., et al - Risco de Desenvolvimento de Úlceras de Pressão: Implementação Nacional da Escala de Braden. Coimbra: Lusociência. 1ª edição, 2007
- FRAGATA, José – Segurança dos doentes: uma abordagem prática. Lisboa: Lidel edições técnicas, Lda. Novembro 2011. ISBN: 978-972-757-797-2
- LINDGREN, M. et al – Pressure ulcer risk factors in patients undergoing surgery. Journal of Advanced Nursing. 2005;50(6):605-612 Disponível em <http://twu.seanho.com/10fall/math108/articles/Lindgren05%20Pressure%20Ulcers.pdf> [18.04.2013;23:50]



MORISON, Moya, et al- Prevenção e tratamento de úlceras de pressão. Loures: Lusociência, 2004, ISBN 972-8383-68-1

Recommended practices for positioning the patient in the perioperative setting. In: Perioperative Standards and Recommended Practices. Denver, CO: AORN, Inc; 2008:497-520

SCOTT, EM., BUCKLAND, R - Risco de úlceras de pressão no ambiente perioperatório. Enfermagem Padrão, 2005, 20 (7), 74-84

LYDER, C.H., AYELLO E.A. - Annual checkup: the CMS pressure ulcer present-on-admission indicator. Adv Skin Wound Care. 2009; 22:476-84. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20026923> [18.04.2013;07:30]

LYDER CH. - The benefits of a multi-disciplinary approach to the prevention and treatment of pressure ulcers. Infection Control Today. 10 August 2011. Disponível em [www.infectioncontrolday.com/news/2011/08/the-benefits-of-a-multi-disciplinary-approach-to-the-prevention-and-treatment-of-pressure-ulcers.aspx](http://www.infectioncontrolday.com/news/2011/08/the-benefits-of-a-multi-disciplinary-approach-to-the-prevention-and-treatment-of-pressure-ulcers.aspx) [18.04.2013;07:50]

NATIONAL PATIENT SAFETY AGENCY - Seven Steps to Patient Safety in General Practice. Disponível em <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/collections/six-steps-to-patient-safety> [18.04.2013;16:00]

NANCY SULLIVAN, KAREN M. SCHOELLES - Preventing in-facility pressure ulcers as a patient safety strategy: a systematic review. Annals of Internal Medicine. Março de 2013; 158(5\_Part\_2):410-416. <http://annals.org/article.aspx?articleid=1657885> [18.04.2013;08:46]

O'CONNELL, M.P. - Positioning impact on the surgical patient. Nursing clinics of north america. Junho 2006; 41(2):173-192 Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16698337> [18.04.2013;09:00]

PINI, Luna - Prevalência, risco e prevenção de úlcera de pressão em unidades de cuidados de longa duração. Junho 2012. Disponível em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/63858/2/DissertaoLuna%20PiniUP.pdf>

PRICE, M .C., et al - Development of a risk assessment tool for intraoperative pressure ulcers. J Wound Ostomy Continence Nursing. 2005; 32(1): 19-30 Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Risk+intraoperative+pressure+ulcers> [18.04.2013;12:53]

SILVA, D. et al Úlcera por pressão: avaliação de fatores de risco em doentes internados em um hospital universitário. Revista Eletrônica de Enfermagem, 2011, Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n1/pdf/v13n1a13.pdf> [18.04.2013;18:00]

WALTON-GEER, P.S. - Prevention of Pressure Ulcers in the Surgical Patient. AORN Journal vol.89, nº3 Março 2009, 538-552. Disponível em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S001209208008983> [18.04.2013;07:00]