

ORIENTAÇÃO

DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE



NÚMERO: 017/2011

DATA: 19/05/2011

ASSUNTO: Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q)
PALAVRAS-CHAVE: Úlceras de Pressão
PARA: Médicos e Enfermeiros do Serviço Nacional de Saúde
CONTACTOS: Departamento da Qualidade na Saúde (dqs@dgs.pt)

Nos termos da alínea c) do n.º 2 do artigo 2.º do Decreto Regulamentar n.º 66/2007, de 29 de maio, na redação dada pelo Decreto Regulamentar n.º 21/2008, de 2 de dezembro, emite-se a Orientação seguinte:

1. Deve proceder-se à avaliação do risco de desenvolvimento de úlcera de pressão nos doentes, em todos os contextos assistenciais, independentemente do diagnóstico clínico e necessidades em cuidados de saúde, nas primeiras seis horas após a admissão do doente.
2. A aplicação da Escala de Braden no domicílio deve ser realizada durante a primeira visita domiciliária.
3. Os instrumentos validados em Portugal para a avaliação do risco no adulto são a Escala de Braden¹ (Anexo I) e o instrumento da avaliação da pele (Anexo II).
4. Na criança é utilizada a Escala de Braden Q² (Anexo III) e o instrumento de avaliação da pele (Anexo II).
5. Os resultados obtidos através da aplicação da Escala devem ser registados no processo clínico.
6. A avaliação clínica complementa, obrigatoriamente, os instrumentos referidos anteriormente.
7. O risco de desenvolvimento de úlcera de pressão deve ser reavaliado periodicamente, de acordo com a seguinte tabela:

Períodos recomendados de reavaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão, com a utilização da Escala de Braden (versão adulto) e Braden Q (versão pediátrica)

Internamentos Hospitalares	Serviços de Urgência e Unidades de Cuidados Intensivos	Unidades de Cuidados Contínuos e Paliativos	Cuidados Domiciliários	Doentes que não permaneçam mais de 48 no serviço
48/48 Horas	24/24 Horas	48/48 Horas	Semanalmente	Apenas se existir alguma intercorrência

8. Os doentes em que foi aplicada a Escala de Braden devem ser estratificados nas categorias de baixo e alto risco de desenvolvimento de úlcera de pressão (Anexo IV).
9. A presente Orientação revoga a Circular Informativa da Direção-Geral da Saúde, n.º 35/DSQC/DSC de 12/12/2008, sobre avaliação do risco para a Úlcera de Pressão - Escala de Risco de Braden.

CRITÉRIOS

1. São critérios de aplicação da Escala de Braden e Braden Q,:
 - a) Doentes com idade superior a 18 anos - Escala de Braden;
 - b) Doentes com idades compreendidas entre os 21 dias de vida e os 18 anos de idade - Escala de Braden Q.

2. São critérios de exclusão da aplicação da Escala de Braden:
 - a) Doentes em situação de assistência ambulatoria ou em qualquer situação em que não está previsto tempo de internamento superior ou igual a 24 horas, a menos que exista mudança do estado clínico do doente;
 - b) Portadores de doença mental;
 - c) Portadores de patologia em que esteja implícito o risco de automutilação.
3. São critérios de estratificação do risco (Anexo IV):

Através da aplicação da Escala de Braden e Braden Q, os doentes devem ser categorizados em dois níveis de risco, em que o ponto de *cut-off*, será 16 e 22 respetivamente, da seguinte forma:

 - a) Alto Risco de Desenvolvimento de úlceras de pressão no adulto - valor final ≤ 16 ;
 - b) Baixo Risco de Desenvolvimento de úlceras de pressão no adulto - valor final ≥ 17 ;
 - c) Alto Risco de Desenvolvimento de úlceras de pressão na criança - valor final < 22
 - d) Baixo Risco de Desenvolvimento de úlceras de pressão na criança - valor final ≥ 22 .

FUNDAMENTAÇÃO

As úlceras de pressão são um problema de saúde pública e um indicador da qualidade dos cuidados prestados. Causam sofrimento e diminuição da qualidade de vida dos doentes e seus cuidadores^{3,4}, podendo levar à morte. Constituem um problema recorrente em Portugal.

Estima-se que cerca de 95% das úlceras de pressão são evitáveis através da identificação precoce do grau de risco. O conhecimento da etiologia e fatores de risco associados ao desenvolvimento de úlceras de pressão são a chave para o sucesso das estratégias de prevenção⁵.

A avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão é fundamental no planeamento e implementação de medidas para a sua prevenção e tratamento.

O registo e a caracterização das úlceras de pressão são fundamentais para a monitorização adequada dos cuidados prestados aos doentes, uma vez que permitem estabelecer corretamente medidas de tratamento e melhorias nos cuidados aos doentes.

Os dados epidemiológicos portugueses mais recentes são relativos aos cuidados hospitalares, onde a prevalência média de úlceras de pressão é de cerca de 11,5%. Estratificando por serviços específicos, como os serviços de Medicina, a prevalência média sobe para 17,5%¹.

Os doentes com úlcera de pressão, têm um maior número de dias de internamento e readmissões, o que se traduz em maiores encargos financeiros para o Serviço Nacional de Saúde^{6,7,8}.

APOIO CIENTÍFICO

Ana Cristina Costa, Aníbal Justiniano, Cristina Miguéns, Laurinda Miranda, Teresa Garcia, Paulo Alves, Pedro Lopes Ferreira, Pedro Pacheco, Rosa Maria Nascimento, Rosa Maria Ribeiro

BIBLIOGRAFIA

¹ Ferreira, Pedro; Miguéns, Cristina; Gouveia, João; Furtado, Kátia. Risco de desenvolvimento de úlceras de pressão: implementação nacional da escala de braden. Lusodidacta. 2007

² Miguéns C, Ferreira PL. Avaliação do risco de desenvolver úlceras de pressão na população pediátrica: validação da versão portuguesa da Escala de Braden Q. *Nursing* 2009 Jun;21:12-6

³ Russo CA, Elixhauser A. Hospitalizations related to pressure sores. Statistical Brief #3. AHRQ Healthcare cost and utilization project. April 2006. Disponível em: www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb3.pdf. Acesso a 24/01/2007.

⁴ Vangilder C, Macfarlane GD, Meyer S. Results of nine international pressure ulcer surveys: 1989 to 2005. *Ostomy Wound Management* 2008 54(2): 40–54

⁵ National Pressure Ulcer Advisory Panel and European Pressure Ulcer Advisory Panel. *Prevention and treatment of pressure ulcers: clinical practice Guidelines*. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009.

⁶ Allman RM, Goode PS, Burst N, Bartolucci AA, Thomas DR. Pressure Ulcers, hospital complications and disease severity: impact on hospital costs and length of stay. *Advanced Wound Care*. 1999;12:22-30.

⁷ Ducker A. Pressure ulcers: assesment, prevention and compliance. *Case manager*. 2002; 12 (4):6 1-65.

⁸ Strausberg J, Kroger K, Maier I, Schneider H, Niebel W. Interdisciplinary Decubitus Project. Pressure ulcers in secondary care: incidence, prevalence and relevance. *Advanced Skin Wound Care*. 2005, Apr;18 (3):140-5



Francisco George
Diretor-Geral da Saúde

ANEXO I

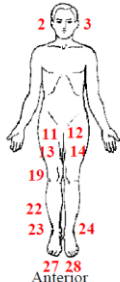
Escala de Braden - Adulto

ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO				
Nome do doente: _____		Nome do avaliador: _____		Data da avaliação: _____
Serviço: _____		Cama: _____		Idade: _____
Percepção sensorial Capacidade de reacção significativa ao desconforto	1. Completamente limitada: Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedeção, OU capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.	2. Muito limitada: Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação, OU tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	3. Ligeiramente limitada: Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, OU tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	4. Nenhuma limitação: Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.
Humidade Nível de exposição da pele à humidade	1. Pele constantemente húmida: A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	2. Pele muito húmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	3. Pele ocasionalmente húmida: A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	4. Pele raramente húmida: A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.
Actividade Nível de actividade física	1. Acamado: O doente está confinado à cama.	2. Sentado: Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	3. Anda ocasionalmente: Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.	4. Anda frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.
Mobilidade Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	1. Completamente imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	2. Muito limitada: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	3. Ligeiramente limitado: Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	4. Nenhuma limitação: Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.
Nutrição Alimentação habitual	1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lacticínios). Ingere poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido OU está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soros durante mais de cinco dias.	2. Provavelmente inadequada: Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lacticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético OU recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	3. Adequada: Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido, OU é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.	4. Excelente: Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lacticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.
Fricção e forças de deslize	1. Problema: Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.	2. Problema potencial: Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.	3. Nenhum problema: Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.	
Nota: Quanto mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão.				Pontuação total

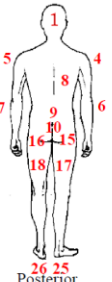
© Copyright Barbara Braden and Nancy Bergstrom, 1989;
Versão Portuguesa 2001. Carlos Margato; Cristina Miguéns; Pedro Ferreira; João Gouveia; Kátia Furtado
Grupo Associativo de Investigação em Feridas (GÁIF) e Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC)

ANEXO II – Instrumento de Avaliação da Pele

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA PELE			
Nome _____	Idade _____		Serviço _____
Data da observação ____/____/____	Local avaliado	Tamanho	Condição da pele Profundidade
	Estadio		
1.	Face posterior da cabeça	_____	_____
2.	Orelha direita	_____	_____
3.	Orelha esquerda	_____	_____
4.	Ombro direito	_____	_____
5.	Ombro esquerdo	_____	_____
6.	Cotovelo direito	_____	_____
7.	Cotovelo esquerdo	_____	_____
8.	Vértebras (superior médio)	_____	_____
9.	Sacro	_____	_____
10.	Cóccis	_____	_____
11.	Crista ilíaca direita	_____	_____
12.	Crista ilíaca esquerda	_____	_____
13.	Trocanter direito (anca)	_____	_____
14.	Trocanter esquerdo (anca)	_____	_____
15.	Tuberosidade iaquiática direita	_____	_____
16.	Tuberosidade isquiática esquerda	_____	_____
17.	Coxa direita	_____	_____
18.	Coxa esquerda	_____	_____
19.	Joelho direito	_____	_____
20.	Joelho esquerdo	_____	_____
21.	Perna direita	_____	_____
22.	Perna esquerda	_____	_____
23.	Tomozelo direito	_____	_____
24.	Tomozelo esquerdo	_____	_____
25.	Calcanhar direito	_____	_____
26.	Calcanhar esquerdo	_____	_____
27.	Dedos do pé direito	_____	_____
28.	Dedos do pé esquerdo	_____	_____
29.	Outro (especificar)	_____	_____



Anterior



Posterior

Grau I – Eritema cutâneo / hiperémia não reversível ao alívio da pressão; precursor da ulceração da pele.

Grau II – Perda parcial da espessura da pele que pode afectar a epiderme e/ou a derme. A úlcera é uma lesão superficial que pode ter aspecto de escoriação, flictena ou pequena cratera.

Grau III – Perda total da pele com lesão ou necrose do tecido subcutâneo, podendo estender-se mais e afectar a camada subadjacente.

Grau IV – Lesão em toda a espessura da pele com destruição massiva, necrose tecidual ou danos musculares, ósseos ou de elementos de suporte (tendões, cápsula articular, etc.). Estas lesões podem apresentar trajectos sinuosos e socavados.

Nota: De acordo com as *Guidelines* de prevenção e tratamento das úlceras de pressão, a terminologia alterou de grau para categoria⁵.

ANEXO III

Escala de Braden Q - Pediátrica

ESCALA DE BRADEN (CRIANÇAS) PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

Intensidade e duração da pressão					Pontos
MOBILIDADE Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	1. Completamente imobilizado Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda	2. Muito limitada Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de se virar sozinho	3. Ligeiramente limitada Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda	4. Nenhuma limitação Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda	
ACTIVIDADE Nível de actividade física	1. Acamado O doente está confinado à cama	2. Sentado Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	3. Anda ocasionalmente Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado	4. Todos os doentes demasiado jovens para deambular OU caminhar frequentemente: caminha fora do quarto pelo menos duas vezes por dia e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas, durante o tempo em que está acordado	
PERCEPÇÃO SENSORIAL Capacidade de responder de uma forma adequada em termos de desenvolvimento ao desconforto relacionado com a pressão	1. Completamente limitada Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação OU Capacidade limitada de sentir dor na maior parte do seu corpo	2. Muito limitada Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação OU Tem uma incapacidade sensorial que lhe reduz a possibilidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo	3. Ligeiramente limitada Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição OU Tem alguma incapacidade sensorial que lhe reduz a possibilidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades	4. Nenhuma limitação Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.	
Tolerância da pele e estruturas de apoio					
HUMIDADE Nível de exposição da pele à humidade	1. Pele constantemente húmida A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, drenagem, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado	2. Pele muito húmida A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos de 8 em 8 horas	3. Pele ocasionalmente húmida A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda dos lençóis de 12 em 12 horas.	4. Pele raramente húmida A pele está geralmente seca; os lençóis só requerem uma mudança a cada 24 horas	
FORÇAS DE FRICÇÃO E DESLIZAMENTO Fricção: ocorre quando a pele se move contra as superfícies de apoio Deslizamento: ocorre quando a pele e a superfície óssea adjacente deslizam uma contra a outra	1. Problema significativo Espasticidade, contracturas ou agitação leva a um quase constante movimento e fricção	2. Problema Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima	3. Problema potencial Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai	4. Nenhum problema É possível levantar completamente o doente durante um posicionamento; Move-se na cama e cadeira de forma independente e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante o posicionamento. Mantém sempre uma boa posição na cama ou cadeira, em todas as alturas	
NUTRIÇÃO Padrões usuais de alimentação	1. Muito pobre Está em jejum e/ou a dieta líquida, ou EV por mais de 5 dias OU Albumina < 2,5 mg/dl OU Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em 2 refeições de carne ou lacticínios. Ingere poucos líquidos. Não toma suplemento dietético.	2. Inadequada Encontra-se em dieta líquida ou alimentação por SNG/nutrição parentérica, que fornece calorias e minerais inadequados para a idade OU Albumina < 3 mg/dl OU raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/3 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em 3 refeições diárias de carne ou lacticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético.	3. Adequada Encontra-se a ser alimentado por SNG ou nutrição parentérica, o que fornece calorias e minerais adequados para a idade OU come mais de metade da maior parte das refeições. Come um total de 4 refeições diárias de proteínas (carne, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento dietético caso lhe seja oferecido	4. Excelente Encontra-se numa dieta que fornece calorias adequadas à idade. Por exemplo: come/bebe a maioria das refeições/dietas. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições de carne ou lacticínios. Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos	
PERFUSÃO TECIDULAR E OXIGENAÇÃO	1. Extremamente comprometido Hipotensão (TA Média < 50 mmHg; < 40 mmHg num recém nascido) OU o doente não tolera fisiologicamente mudanças de posição	2. Comprometido Normotensão; A saturação de oxigénio pode ser < 95% OU a hemoglobina pode ser < 10 mg/dl OU o reenchimento capilar pode ser > 2 segundos; Ph sérico < 7,40	3. Adequado Normotensão; A saturação de oxigénio pode ser < 95% OU a hemoglobina pode ser < 10 mg/dl OU o reenchimento capilar pode ser > 2 segundos; Ph sérico normal	4. Excelente Normotensão; A saturação de oxigénio > 95%; Hemoglobina normal; 8 reenchimento capilar < 2 segundos	
Total:					

ANEXO IV Operacionalização da Escala de Braden

1. A Escala de Braden é constituída por seis subescalas.
 - a) As subescalas têm como objetivo a avaliação das seguintes dimensões: Perceção sensorial, Humidade da pele, Atividade, Mobilidade, Nutrição, Fricção e Forças de Deslizamento;
 - b) O valor atribuído a cada subescala varia entre 1 e 4 (o menor valor corresponde a um maior risco de desenvolvimento de úlcera de pressão);
 - c) O valor obtido através do somatório dos valores atribuídos a cada subescala varia entre 6 e 23.
2. A Escala de Braden Q (Pediátrica) é constituída pelas seis subescalas da Escala de Braden original e uma subescala de perfusão/oxigenação tecidual;
 - a) Tal como referido anteriormente, o valor atribuído a cada subescala varia entre 1 e 4 (o menor valor corresponde a um maior risco de desenvolvimento de úlcera de pressão);
 - b) O valor obtido através do somatório dos valores atribuídos a cada subescala varia entre 7 e 28.
3. Paralelamente à aplicação da Escala de Braden ou Braden Q, é avaliado o estado da pele através do instrumento de avaliação da pele (Anexo II).
4. Devem ser considerados os seguintes níveis de risco:
 - a) Alto risco
 - (i) Existência de alto risco de desenvolvimento de úlceras de pressão, por um ou mais que um fator de risco. Deve ser avaliado de acordo com os prazos estipulados anteriormente.
 - (ii) Recomenda-se que cada uma das subescalas deva ser analisada individualmente, com a finalidade de implementar intervenções preventivas para cada uma.
 - b) Baixo risco
 - (i) Baixa probabilidade de desenvolvimento de úlceras de pressão nos *scores* de fatores de risco - deverá manter-se uma vigilância de acordo com o indicado anteriormente. O facto de estar categorizado como de baixo risco de desenvolvimento de úlceras de pressão não significa que não esteja em risco.
 - (ii) O juízo clínico do profissional deve fazer sempre parte desta avaliação.
5. Deve ser feita a avaliação do estado da pele:
 - a) As características e tipo de alterações relacionadas com a integridade cutânea, devem ser avaliadas com o instrumento da avaliação da pele (Anexo II).
 - b) As úlceras de pressão são classificadas segundo o Sistema de Classificação da *National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) / European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP)*⁵ (Anexo V).
 - c) Este sistema de classificação encontra-se disponível para consulta, nas versões portuguesas, no site da Direção-Geral da Saúde e das sociedades científicas nacionais. Os originais encontram-se disponíveis nos sites da EPUAP e NPUAP.
 - d) Recomenda-se que a avaliação do estado da pele seja realizada durante os cuidados de higiene ou conforto à pele.
6. Devem existir protocolos preventivos, de acordo com a realidade institucional:
 - a) Os protocolos devem ser elaborados por nível de risco ou por subescala afetada.
 - b) É recomendável que, os mesmos, sejam adequados aos *scores* mais baixos por cada subescala.

7. Deve ser feita educação das pessoas em risco de desenvolvimento de úlceras de pressão e da família/cuidador:
 - a) A educação das pessoas com risco de desenvolvimento de úlceras de pressão e dos familiares/cuidadores, no que se refere aos cuidados a ter com a prevenção das úlceras de pressão, é prioritária para se reduzir não apenas o aparecimento de novos casos como a gravidade do quadro clínico.
 - b) Deve ser elaborado um manual de apoio ao cuidador/família, de forma a ser dada continuidade a cuidados e ensinamentos previamente estabelecidos e implementados.

ANEXO V

Sistema Classificação da *National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP)* / *European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP)*

1. Definição de úlcera de pressão:
 - a) É uma lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea.
 - b) Esta lesão é resultado da pressão ou de uma combinação entre esta e as forças de torção⁵.
2. São categorias das úlceras de pressão:
 - a) Categoria I: Eritema não branqueável
 - (i) Pele intacta com rubor não branqueável numa área localizada, normalmente sobre uma proeminência óssea.
 - (ii) Em pele de pigmentação escura pode não ser visível o branqueamento; a sua cor pode ser diferente da pele em redor.
 - (iii) A área pode estar dolorosa, dura, mole, mais quente ou mais fria comparativamente ao tecido adjacente.
 - (iv) A categoria I pode ser difícil de identificar em indivíduos com tons de pele escuros.
 - (v) Pode ser indicativo de pessoas “em risco”.
 - b) Categoria II: perda parcial da espessura da pele
 - (i) Perda parcial da espessura da derme, que se apresenta como uma ferida superficial (rasa) com leito vermelho – rosa sem esfacelo.
 - (ii) Pode também apresentar-se como flitena fechada ou aberta, preenchida por líquido seroso ou sero-hemático.
 - (iii) Apresenta-se como uma úlcera brilhante ou seca, sem crosta ou equimose.
 - (iv) Esta categoria não deve ser usada para descrever fissuras da pele, queimaduras por abrasão, dermatite associada a incontínência, maceração ou escoriações.
 - (v) Equimose é indicador de lesão profunda.
 - c) Categoria III: Perda total da espessura da pele
 - (i) Perda total da espessura tecidual.
 - (ii) Pode ser visível o tecido adiposo subcutâneo, mas não estão expostos os ossos, tendões ou músculos.
 - (iii) Pode estar presente algum tecido desvitalizado (fibrina húmida), mas não oculta a profundidade dos tecidos lesados.
 - (iv) Pode incluir lesão cavitária e encapsulamento.
 - (v) A profundidade de uma úlcera de categoria III varia com a localização anatómica.
 - (vi) A asa do nariz, orelhas, região occipital e maléolos não têm tecido subcutâneo (adiposo) e uma úlcera de categoria III pode ser superficial.
 - (vii) Em contrapartida, em zonas com tecido adiposo abundante podem desenvolver-se úlceras de pressão de categoria III extremamente profundas. O osso/tendão não são visíveis ou diretamente palpáveis.
 - d) Categoria IV: Perda total da espessura dos tecidos
 - (i) Perda total da espessura dos tecidos com exposição óssea, dos tendões ou músculos.
 - (ii) Pode estar presente tecido desvitalizado (fibrina húmida) e ou tecido necrótico.
 - (iii) Frequentemente são cavitadas e fistulizadas.
 - (iv) A profundidade de uma úlcera de pressão de categoria IV varia com a localização anatómica.

- (v) Na asa do nariz, orelhas, região occipital e maléolos estas úlceras podem ser superficiais.
- (vi) Uma úlcera de categoria IV pode atingir músculo e/ou estruturas de suporte (i.e. fascia, tendão ou cápsula articular) tornando a osteomielite e a osteíte prováveis de acontecer. Existe osso/músculo exposto visível ou diretamente palpável.