

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ERLAYNE CAMAPUM BRANDÃO

**APLICAÇÃO DA ESCALA DE BRADEN Q E O PROCESSO DE ENFERMAGEM  
NA PREVENÇÃO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO EM CRIANÇAS**

BRASÍLIA

2013

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ERLAYNE CAMAPUM BRANDÃO

**APLICAÇÃO DA ESCALA DE BRADEN Q E O PROCESSO DE ENFERMAGEM  
NA PREVENÇÃO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO EM CRIANÇAS**

Dissertação apresentada como requisito parcial  
para a obtenção do Título de Mestre em  
Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação  
em Enfermagem da Universidade de Brasília.  
Área de Concentração: Cuidado em Saúde e  
Enfermagem  
Linha de Pesquisa: Processo de cuidar em saúde e  
enfermagem

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Cristine Alves Costa de Jesus

BRASÍLIA

2013

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da Universidade de  
Brasília. Acervo 1011940.

Brandão, Eralayne Camapum.  
B817a      Aplicação da Escala de Braden Q e o processo de  
             enfermagem na prevenção de úlceras por pressão em  
             crianças / Eralayne Camapum Brandão. -- 2013.  
             98 f. : il. ; 30 cm.

             Dissertação (mestrado) - Universidade de Brasília,  
             Faculdade de Ciência da Saúde, Programa de Pós-Graduação  
             em Enfermagem, 2013.  
             Inclui bibliografia.  
             Orientação: Cristine Alves Costa de Jesus.

             1. Úlceras . 2. Enfermagem pediátrica. I. Jesus,  
             Cristine Alves Costa de. II. Título.

CDU 616.33-002.44-08

ERLAYNE CAMAPUM BRANDÃO

**APLICAÇÃO DA ESCALA DE BRADEN Q E O PROCESSO DE ENFERMAGEM  
NA PREVENÇÃO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO EM CRIANÇAS**

Dissertação apresentada como requisito parcial  
para a obtenção do Título de Mestre em  
Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação  
em Enfermagem da Universidade de Brasília.

Aprovado em 25 de setembro de 2013

**BANCA EXAMINADORA**

---

Professora Doutora Cristine Alves Costa de Jesus – Presidente da banca  
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

---

Professor Doutor Rinaldo de Souza Neves – Membro Efetivo, Externo ao Programa  
ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

---

Professora Doutora Ivone Kamada – Membro Efetivo, Interno ao Programa  
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

*Dedico este trabalho à minha família, meu porto seguro que me fortalece nos momentos difíceis. Dedico também às crianças que participaram desse estudo, que tenham mais saúde para que possam aproveitar melhor essa fase da vida tão bela.*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, primeiramente, pelo dom da vida e por me fazer forte diante dos desafios (que não foram poucos) que enfrentei durante essa jornada. Agradeço também por sempre ter me guiado e por me iluminar pelos melhores caminhos.

Agradeço à minha família, pelo seu amor incondicional que suporta tudo inclusive a distância. Ao meu pai, pelo incentivo cada vez maior e por reconhecer o potencial dos seus filhos. À minha mãe, fortaleza da família, que com sua paciência e compreensão nos faz sentir confiantes e que nos mostra que podemos sempre alcançar nossos objetivos, e que me fez sempre seguir com perseverança e determinação. Ao meu irmão e à minha irmã pela felicidade que eles me proporcionam e por estarem sempre preocupados com o meu bem-estar durante essa jornada, essa conquista também é de vocês!

Agradeço a todos os meus amigos por acreditarem na minha capacidade e por estarem sempre dispostos a me ajudar nessa caminhada seja com uma palavra de incentivo ou de apoio.

Agradeço também às minhas amigas de turma, especialmente a Valdenísia que me acolheu como se fôssemos amigas há muitos anos, sua ajuda foi essencial para que conseguisse concluir o mestrado. À Daniela e Sandra por estarem sempre prontas para me ajudar no que fosse preciso. Vocês três foram o maior suporte que tive na Universidade de Brasília.

À prof<sup>a</sup> Grazielle Roberta Freitas, por ter me permitido dar início a essa longa e fascinante jornada – a pesquisa – e pelos conselhos e compreensão de sempre, sua determinação é exemplo para muitas pessoas, inclusive para mim.

À todos os professores da Banca. Professora Dr<sup>a</sup> Cristine pela orientação. Professora Dr<sup>a</sup> Ivone, Professor Dr. Rinaldo e Professor Dr. Pedro Sadi pela participação e contribuições. Agradeço também a Prof<sup>a</sup> Dr. Jane Dytz e a Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Aparecida Gussi pelo apoio oferecido durante o mestrado.

Àos meus avós por estarem sempre na torcida por mim. E à todos os parentes que também me apoiaram.

E à equipe de enfermagem da UTI Pediátrica, em especial, à Enf. Cristiane Solé pela enorme disponibilidade e ajuda durante toda a realização do trabalho.

*"Não sei se a vida é curta ou longa para nós, mas sei que nada do que vivemos tem sentido, se não tocarmos o coração das pessoas. Muitas vezes basta ser: colo que acolhe, braço que envolve, palavra que conforta, silêncio que respeita, alegria que contagia, lágrima que corre, olhar que acaricia, desejo que sacia, amor que promove. E isso não é coisa de outro mundo, é o que dá sentido à vida. É o que faz com que ela não seja nem curta, nem longa demais, mas que seja intensa, verdadeira, pura enquanto durar. Feliz aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina."*

*Cora Coralina*

## RESUMO

ECB (BRANDÃO, ERLAYNE). **APLICAÇÃO DA ESCALA DE BRADEN Q: O CUIDAR EM ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO EM PEDIATRIA. 2013. 98f.** Dissertação (Mestrado) – Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

A hospitalização é vista como uma situação perturbadora na vida das pessoas e tem contornos peculiares quando se trata de uma ocorrência na infância, pois afeta a vida familiar implicando em uma mudança na rotina de toda a família. Uma complicação que poderá ocorrer nesse período é a úlcera por pressão (UP), merecendo uma atenção especial a partir da prevenção. A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é um processo que melhora a qualidade do cuidado e que pode auxiliar na prevenção de úlceras por pressão em pediatria. O objetivo desse estudo foi analisar os riscos para desenvolvimento de UP em crianças hospitalizadas em uma Unidade de Terapia Intensiva e identificar a ocorrência de UP nessa clientela. Estudo descritivo e exploratório, realizado em um hospital de referência materno-infantil no Distrito Federal. Aplicou-se um instrumento com 50 crianças hospitalizadas em uma UTI Pediátrica para obtenção de dados sócio-demográficos e clínicos, incluindo a aplicação da Escala de Braden Q e utilizou-se também outro instrumento com 12 enfermeiras do referido setor obtendo informações sobre a SAE. Os resultados relacionados com a amostra infantil foram os seguintes: a maioria era do sexo masculino (56%), com idade menor de 1 ano (44%), branca (54%), analfabeto/não estudava (86%), procedentes do Distrito Federal (70%), seus responsáveis eram mãe/pai (94%), renda familiar de 1 a 2 salários mínimos (52%) e com doenças no sistema nervoso (30%). Prevaleceu o uso de antiinflamatório e analgésicos (98%), de internações anteriores (58%), até 10 dias de internação (37,9%) sendo o motivo mais frequente os problemas respiratórios (37,9%). Em relação ao tempo atual de internação predominou também até 10 dias (60%), o seguimento na atenção básica ficou em equilíbrio, 50% frequentavam e 50% não. A média dos escores da Escala de Braden Q foi 20,16. Em relação às sub-escalas, o escore 4 prevaleceu na Mobilidade (40%), Atividade (50%), Percepção sensorial (52%) e Perfusão tissular e oxigenação (64%). O escore 3 prevaleceu nas sub-escalas Umidade (38%) e Nutrição (50%), já o escore 2 predominou na Fricção e cisalhamento (52%). A única variável que teve diferença estatisticamente significativa foi menor de 1 ano ( $p=0,045$ ). As medidas preventivas para UP realizadas foram: mudança de decúbito (70%), almofadas no calcâneo (54%) e utilização de hidratantes (54%). O colchao mais utilizado foi o de espuma (98%). Não houve casos novos de UP na amostra infantil. Em relação aos dados das enfermeiras observou-se que: todas eram do sexo feminino (100%), a maioria tinha especialização (58,3%) e não trabalhava em outra instituição (75%). As médias da idade foi de 37,8 anos, do tempo de atuação profissional foi de 13,8 anos, tempo de atuação na UTI Pediátrica foi de 5,2 anos. A maioria das enfermeiras não conhecia uma escala para prevenção de UP (66,7%) e não conhecia a escala de Braden Q (91,7%). Nenhuma utilizava a Escala de Braden Q na sua assistência, no entanto todas (100%) acreditavam que a utilização de uma escala desse tipo é importante na rotina da UTI Pediátrica, citando como justificativa padronizar a avaliação do risco (41,7%) e posicionar melhor a criança/proporcionar prevenção (41,7%). Todas as enfermeiras (100%) citaram como medida de prevenção para UP mudança de decúbito. A maior parte das enfermeiras (58,3%) relatou que a Escala de Braden Q pode contribuir com o processo de enfermagem (PE), citou como justificativa como meio de avaliar o cuidado oferecido e contribuir consequentemente com o PE, realizava o PE (58,3%) sendo que a etapa mais citada pelas enfermeiras foi a prescrição. No tocante às facilidades para realização do PE



no setor pesquisado citou-se mais frequentemente: sistema informatizado (33,3%), trabalho com equipe multidisciplinar (33,3%), equipe envolvida em melhorar a assistência (33,3%). Já as dificuldades mais relatadas foram: falta de conhecimento das etapas (33,3%), sistema informatizado incompleto (33,3%), sobrecarga de trabalho (33,3%) e número de profissionais reduzidos (33,3%). Em relação às etapas do PE observadas nos prontuários das crianças, não se realizavam o diagnóstico de enfermagem (94%) e nem a prescrição de enfermagem (86%), e os registros eram na maioria anotações de enfermagem (56%). A utilização de uma escala que avalia o risco para UP é um método confiável que a enfermeira pode utilizar em sua rotina assistencial e a partir disso intensificar as medidas preventivas para aquelas crianças com maior risco. Já a realização da SAE proporciona uma assistência de qualidade à criança, assim como, aumenta a segurança nas decisões clínicas tomadas pelos enfermeiros. Nesse sentido, se faz necessário, um maior incentivo para sua realização nos serviços de saúde, demonstrando que a sua aplicação fortalece a assistência e gera mais autonomia aos enfermeiros.

**Descritores:** Úlcera por Pressão; Cuidados de Enfermagem; Enfermagem Pediátrica; Escalas.

## ABSTRACT

ECB (BRANDÃO, ERLAYNE). **BRADEN Q SCALE APPLICATION: THE CARING IN NURSING ON THE ULCERS PREVENTION BY PRESSURE IN PEDIATRICS.** 2013. 98 f. Dissertation (Master) – Nursing Department, Health Sciences College, University of Brasília, Brasília, 2013.

Hospitalization is seen as a disturbing situation in the life of people and has peculiar profiles when it is about an occurrence in the childhood, for it affects family life implying a change on the routine of the whole family. A complication that may occur during this period is the ulcer by pressure (UP), deserving a special attention as from the prevention. The Nursing Systematization of Assistance (NSA) is a process which improves the care quality and which may aid in the prevention of ulcers by pressure in pediatrics. The objective of this study was to analyze the risks for the development of UP in hospitalized children in an Intensive Care Unit and to identify the UP occurrence on this clientele. Descriptive and exploratory study accomplished in a reference mother-and-child hospital in the Federal District. An instrument was applied with 50 hospitalized children in a Pediatrics ICU in order to obtain socio-demographical and clinical data, including the Braden Q Scale application and another instrument was used as well with 12 nurses from the previously mentioned sector obtaining information about the NSA. The related outcomes with the child's sample were the following: most of them was male (56%), under the age of 1 year (44%), white (54%), illiterate/not studying (86%), from the Federal District (70%), mother/father were their responsible (94%), family income from 1 to 2 minimum wages (52%) and having diseases in the nervous system (30%). The anti-inflammatory and painkillers treatment (98%), previous internments (58%), until 10 internment days (37.9%) respiratory problems being the most frequent reason (37.9%). In relation to the present internment time it also prevailed until 10 days (60%), the continuance the basic attention was balanced, 50% frequented and 50% did not. The Braden Q Scale score average was 20,16. In relation to the under-scales, score 4 prevailed in the Modality (40%), Activity (50%), Sensorial perception (52%) and Tissue perfusion and oxigenation (64%). Score 3 prevailed in the Humidity under-scales (38%) and Nutrition (50%), score 2 prevailed on the Friction and shear (52%). The only variable that had a significant difference statistically was shorter than a year ( $p=0,045$ ). The preventable measures for accomplished UP were changing of decubitus (70%), cushions in the heel bone (54%) and moisturizing use (54%). The most used mattress was the one made of foam (98%). There were no new UP cases in the child's sample. Regarding the data of the nurses, it was observed that: all of them were female (100%), most of them had a major degree (58.3%) and did not work at another institution (75%). The age average was 37.8 years, professional performance time was 13.8 years, Pediatrics ICU performance time was 5.2 years. Most of the nurses did not know a UP prevention scale (66.7%) and did not know the Braden Q Scale (91.7%). None of them used the Braden Q Scale in their assistance, however, all of them (100%) believed that the use of a scale this type is important in the Pediatrics ICU routine, quoting as excuse to standardize the risk assessment (41.7%) and to better place the child / to provide prevention(41.7%). All of the nurses (100%) quoted as a prevention measure for UP the decubitus change. Most of the nurses (58.3%) reported that the Braden Q Scale may contribute with the nursing process (NP), quoted as excuse as a way to assess the offered care and consequently to contribute with the NP, accomplished the NP (58.3%) being the most cited stage by the nurses the prescription. Regarding the facilities to the NP performance, it was cited most frequently: computerized system (33.3%), work with multidisciplinary team (33.3%), involved team into improving assistance (33.3%). As for the most reported

difficulties were: lack of stage knowledge (33.3%), incomplete computerized system (33.3%), work overload (33.3%) and reduced number of professionals (33.3%). Regarding the observed NP stages on the handbook of the children, no nursing diagnosis used to be performed (94%) and neither the nursing prescription (86%), and the records were most of them nursing notes (56%). The use of a scale that assess the risk for UP is a reliable method the nurse may use in her assistance routine and from that to intensify the preventable measures to those children with greater risk. As for the NSA performance, it provides an assistance of quality to the child as well as raises security in the clinic decisions taken by the nurses. In this sense, it is necessary a bigger encouragement for the health services accomplishment, showing that their application strengthens the assistance and generates more autonomy to the nurses.

**Descriptors:** Pressure Ulcer; Nursing Care; Pediatric Nursing; Scales.

## RESUMEN

ECB (BRANDÃO, ERLAYNE). **APLICACIÓN DE ESCALA DE BRADEN Q: CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS DE PRESIÓN EN PEDIATRÍA.** En 2013. 98f. Tesis (Master) - Departamento de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Brasilia, Brasilia, 2013.

La hospitalización es visto como una situación preocupante en la vida de las personas y tiene contornos peculiar cuando se trata de una ocurrencia en la niñez, afecta a la vida familiar que resulta en un cambio en la rutina para toda la familia. Una de las complicaciones que pueden ocurrir durante este período es la úlcera por presión (UP), merece una especial atención por parte de la prevención. El Sistematización de la Atención de Enfermería (SAE) es un proceso que mejora la calidad de la atención y puede ayudar en la prevención de las úlceras por presión en pediatría. El objetivo de este estudio fue analizar los riesgos para el desarrollo de la UP de los niños hospitalizados en una unidad de cuidados intensivos e identificar la ocurrencia de la UP esta clientela. Estudio descriptivo, realizado en un hospital de referencia materno-infantil en el Distrito Federal. Se aplica un instrumento con 50 niños hospitalizados en una UCI pediátrica para obtener datos socio-demográficos y estudios clínicos, incluida la aplicación de la Escala de Braden Q y que también se utiliza un instrumento con 12 enfermeras de ese sector para conseguir información acerca de la SAE. Los resultados relacionados con los niños de la muestra fueron los siguientes: la mayoría eran varones (56%) de edad menor de 1 año (44%), blancos (54%), analfabeto/no estudiar (86%), procedentes de Distrito Federal (70%), sus padres eran la madre/el padre (94%), los ingresos familiares 1-2 salarios mínimos (52%) y enfermedades del sistema nervioso (30%). Se impuso y el uso de analgésicos anti-inflamatorios (98%) de los ingresos previos (58%), hasta 10 días de hospitalización (37,9%) son los problemas respiratorios causa más común (37,9%). En cuanto a la hora del ingreso también predominó hasta 10 días (60%), el seguimiento en la atención primaria estaba en equilibrio, 50% y 50% que no asisten. Las puntuaciones medias de la escala de Braden Q fue de 20,16. En cuanto a las subescalas, la puntuación de 4 prevalecía en la movilidad (40%), actividad (50%), la percepción sensorial (52%) y el tejido de perfusión y oxigenación (64%). La puntuación se impuso en tres subescalas de humedad (38%) y alimentación (50%), lo que supuso el 2 predominó en fricción y cizalla (52%). La única variable que tenía una diferencia estadísticamente significativa fue de menos de 1 año ( $p = 0,045$ ). Se llevaron a cabo medidas preventivas para UP: Cambio de posición (70%), taloneras en (54%) y el uso de cremas hidratantes (54%). El colchón era la espuma más común (98%). No hubo nuevos casos de la UP en el niño muestra. En cuanto a las enfermeras de datos observó que: todas eran mujeres (100%), la mayoría tenía experiencia (58,3%) y no funcionó en otra institución (75%). La edad media fue de 37,8 años, el tiempo de la práctica fue de 13,8 años, mientras que actúa en la UCI pediátrica fue 5,2 años. La mayoría de las enfermeras no sabían una escala para la prevención de la PU (66,7%) no conocía la escala de Braden Q (91,7%). Ninguno utilizó la Escala de Braden Q en su cuidado, sin embargo, todos (100% de) cree que el uso de tal escala es importante en la rutina UCI pediátrica, citando como justificación estandarizar la evaluación de riesgos (41,7%) y mejor posición que el niño/proporcionar servicios de prevención (41,7%). Todas las enfermeras (100%) citaron como una medida preventiva para Cambio de posición UP. La mayoría de las enfermeras (58,3%) informaron de que la escala de Braden Q puede contribuir al proceso de enfermería (PE), citado como justificación como un medio para evaluar la atención recibida y por lo tanto contribuir a la PE, el PE cuenta ( 58,3%), siendo el paso más frecuentemente mencionada por los enfermeros fue la receta. En cuanto a las instalaciones para llevar a cabo el sector PE

examinó citado con mayor frecuencia: sistema informático (33,3%), trabajando con un equipo multidisciplinario (33,3%), el personal que participa en la mejora de la atención (33,3%). Sin embargo, las dificultades más frecuentes fueron: la falta de conocimiento de las etapas (33,3%), el sistema de información incompleta (33,3%), la sobrecarga de trabajo (33,3%) y la reducción del número de profesionales (33,3%). En cuanto a las etapas del PE observó en los registros de los niños, no se realiza el diagnóstico de enfermería (94%), ni la prescripción de enfermería (86%), y el registro fueron en su mayoría las notas de enfermería (56%). El uso de una escala que evalúa el riesgo de UP es un método fiable de que la enfermera puede utilizar en su atención de rutina y de que intensifiquen las medidas de prevención para los niños en mayor riesgo. Desde la finalización del SAE proporciona atención de calidad a los niños, así como aumenta la seguridad en las decisiones clínicas tomadas por las enfermeras. En este sentido, es necesario un mayor incentivo para que sus logros en los servicios de salud, mostrando que su asistencia con la aplicación fortalece y genera una mayor autonomía a las enfermeras.

**Descriptor:** Úlcera por Presión; Atención de Enfermería; Enfermería Pediátrica; Escalas

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Medidas preventivas para UP utilizadas pelas enfermeiras na UTI Pediátrica .....	47
Gráfico 2 - Facilidades para execução do Processo de Enfermagem na UTI Pediátrica .....	48
Gráfico 3 - Dificuldades para execução do Processo de Enfermagem na UTI Pediátrica .....	49

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Variáveis sóciodemográficas das crianças.....	37
Tabela 2 – Perfil Clínico das crianças .....	39
Tabela 3 – Faixa de Escores da Escala de Braden Q.....	40
Tabela 4 – Escores obtidos nos itens da Escala de Braden Q em crianças internadas na UTI Pediátrica .....	41
Tabela 5 - Medidas descritivas da escala de Braden Q e Teste de comparação de grupos .....	42
Tabela 6 – Medidas preventivas para UP observadas na UTI Pediátrica .....	43
Tabela 7 – Caracterização das Enfermeiras quanto sexo, nível de escolaridade e atuação profissional em outra Instituição de saúde.....	44
Tabela 8 – Caracterização das enfermeiras quanto idade, tempo de atuação profissional total, na UTI pediátrica e em outra instituição de saúde .....	45
Tabela 9 – Conhecimento das enfermeiras sobre Escalas de Prevenção de risco para UP e sua inclusão na rotina assistencial da UTI Pediátrica .....	46
Tabela 10 – Contribuição da Escala de Braden Q para o Processo de Enfermagem e Aplicação do Processo na UTI Pediátrica.....	47
Tabela 11 – Etapas do Processo de Enfermagem presentes no protuário das crianças internadas na UTI Pediátrica.....	49

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	16
1.1 OBJETIVO GERAL .....	18
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	18
1.3 JUSTIFICATIVA .....	19
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	20
<b>3 MATERIAL E MÉTODO</b> .....	29
3.1 TIPO DE ESTUDO .....	29
3.2 LOCAL DE ESTUDO .....	29
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	30
3.4 MÉTODO DE COLETA DE DADOS .....	31
3.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS .....	32
3.6 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO DA COLETA DE DADOS .....	33
3.7 ANÁLISE DOS DADOS .....	34
3.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E LEGAIS .....	35
<b>4. RESULTADOS</b> .....	36
4.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÔMICO-DEMOGRÁFICA DAS CRIANÇAS .....	36
4.2 CARACTERIZAÇÃO DOS DADOS RELATIVOS À APLICAÇÃO DA ESCALA DE BRADEN Q E A COMPARAÇÃO COM AS VARIÁVEIS .....	40
4.3 CARACTERIZAÇÃO DA INCIDÊNCIA DA UP NA POPULAÇÃO ESTUDADA .....	43
4.4 CARACTERIZAÇÃO DO CONHECIMENTO DO ENFERMEIRO ACERCA DA ADOÇÃO DA ESCALA DE BRADEN Q E O USO DE OUTRAS MEDIDAS PREVENTIVAS DE UP .....	44
4.5 CARACTERIZAÇÃO DAS FORMAS DE REGISTRO E O PROCESSO DE ENFERMAGEM NA UTI PEDIÁTRICA .....	49
<b>5 DISCUSSÃO</b> .....	50
5.1 PERFIL SÓCIOECONÔMICO-DEMOGRÁFICO DAS CRIANÇAS .....	50
5.2 PERFIL CLÍNICO DAS CRIANÇAS .....	51
5.3 ESCALA DE BRADEN Q E A CORRELAÇÃO COM AS VARIÁVEIS .....	53
<b>5.3.1 Medidas preventivas para UP observadas na UTI Pediátrica</b> .....	55
5.4 INCIDÊNCIA DE UP NA UTI PEDIÁTRICA .....	57



5.5 CARACTERIZAÇÃO DOS ENFERMEIROS, CONHECIMENTO ACERCA DA ADOÇÃO DA ESCALA DE BRADEN Q E O USO DE MEDIDAS PREVENTIVAS DE UP PELAS ENFERMEIRAS .....	58
<b>5.5.1. Caracterização das enfermeiras .....</b>	<b>58</b>
<b>5.5.2 Conhecimento acerca da adoção da escala de Braden Q e o uso medidas preventivas de UP pelas enfermeiras .....</b>	<b>59</b>
5.6 ESCALA DE BRADEN Q E O PROCESSO DE ENFERMAGEM, FACILIDADES E DIFICULDADES NA APLICAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM E AS FORMAS DE REGISTROS NA UTI PEDIÁTRICA .....	61
<b>5.6.1 Escala de Braden Q e o Processo de Enfermagem .....</b>	<b>61</b>
<b>5.6.2 Facilidades para Aplicação do Processo de Enfermagem .....</b>	<b>62</b>
<b>5.6.3 Dificuldades para Aplicação do Processo de Enfermagem .....</b>	<b>64</b>
<b>5.6.4 Formas de Registro da UTI Pediátrica .....</b>	<b>66</b>
<b>6 CONCLUSÕES .....</b>	<b>69</b>
6.1 QUANTO À CARACTERIZAÇÃO DAS CRIANÇAS INTERNADAS NA UTI PESQUISADA .....	69
6.2 QUANTO AOS DADOS RELATIVOS À APLICAÇÃO DA ESCALA DE BRADEN Q E A CORRELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS .....	69
6.3 QUANTO À INCIDÊNCIA DA UP NA POPULAÇÃO ESTUDADA .....	70
6.4 QUANTO AO CONHECIMENTO DO ENFERMEIRO ACERCA DA ADOÇÃO DA ESCALA DE BRADEN Q E O USO DE OUTRAS MEDIDAS PREVENTIVAS DE UP .....	70
<b>Limitações .....</b>	<b>72</b>
<b>Recomendações .....</b>	<b>72</b>
REFERENCIAS .....	74
ANEXOS .....	83
APÊNDICES .....	89

## 1 INTRODUÇÃO

A hospitalização é vista como uma situação perturbadora na vida das pessoas e tem contornos peculiares quando se trata de uma ocorrência na infância, pois afeta a vida familiar implicando em uma mudança na rotina de toda a família.

O processo de hospitalização infantil é, sem dúvida, marcante na vida da criança, pois nesse momento ela se percebe frágil e impossibilitada de realizar suas atividades diárias, modificando o seu cotidiano, como brincar e ir à escola. A imagem da infância é fortemente ligada ao bem-estar, energia e alegria, o que torna mais difícil assimilar a doença e a hospitalização nesta fase do ciclo vital, tanto por parte da própria criança como de toda sua rede de apoio (OLIVEIRA *et al.*, 2009).

Nesse sentido, quando a situação da criança se agrava e a família recebe a notícia de que ela necessita de uma unidade de tratamento intensivo (UTI), geralmente surge uma sensação de impotência, carregada de stress, ansiedade e temor na criança e nos pais, pois a família, além de fazer uma correlação imediata entre a UTI e a morte, também considera a separação temporária do filho muito dolorosa (MOLINA *et al.*, 2009).

A família de uma criança na UTI também se percebe doente, pela desestruturação em nível holístico, causada pela vivência do risco iminente da perda do filho, a sensação de impotência diante da doença, o sentimento de culpa, a necessidade de desdobramento para atender os demais filhos, a impossibilidade de realizar as suas tarefas diárias e tantas outras mudanças que a doença acarreta (CUNHA; ZAGONEL, 2006).

Dessa forma, conforme a gravidade da doença, a criança poderá ter complicações que prolongam o seu tratamento ou dificultam a sua melhora clínica, dentre as quais cita-se a úlcera por pressão. A úlcera por pressão (UP) é definida como qualquer lesão causada por uma pressão não aliviada, cisalhamento ou fricção que podem resultar em morte tecidual, sendo frequentemente localizada na região das proeminências ósseas, que, além de ocasionar dano tissular, pode agravar o estado clínico de pessoas com restrição na mobilização do corpo (MEDEIROS; LOPES; JORGE, 2009).

Embora possa se considerar que a UP não seja um problema que envolva essa clientela infantil, alguns estudos tem demonstrado relativa prevalência, como o estudo de Carvalho *et al.* (2011) e Crozeta, Stocco, Danski e Meier (2010).

Em uma revisão bibliográfica realizada por pesquisadores em Porto, cerca de 33% dos pacientes internados na UTI desenvolvem UP, associando-se a um prolongamento da internação hospitalar de até cinco vezes. Além disso, essa lesão aumentou o risco de morte

para 4,5 vezes, comparando doentes com o mesmo risco prévio de mortalidade que não desenvolveram UP (ROCHA; MIRANDA; ANDRADE, 2006).

Já no estudo de Carvalho *et al* (2011), que pesquisou a epidemiologia e os riscos associados à UP em crianças, os resultados mostraram que 17 delas (42,5%) desenvolveram 26 UP.

Dessa forma, percebe-se que essa complicação pode ocorrer nas unidades de tratamento intensivo, sendo necessário conhecê-la melhor na população infantil e como acontece a prevenção dessas lesões nessa faixa etária. Essa temática ainda é pouca estudada no Brasil, pois as pesquisas estão voltadas principalmente para o público adulto e idoso; por isso, a realização desse estudo torna-se relevante.

Nesse contexto, muitos cuidados de enfermagem podem minimizar essas complicações iatrogênicas na infância e ditas como indicadores de qualidade dos serviços de saúde. Um dos mecanismos de prevenção da UP é a utilização de escalas, as quais avaliam o risco do paciente em desenvolver essas lesões. A Escala de Braden Q é um exemplo. A mesma foi adaptada a partir da Escala de Braden no ano de 2003, nos Estados Unidos, por Curley e colaboradores, validada e adaptada no Brasil em 2007 por Maia (MAIA, 2007).

A Escala de Braden Q avalia os riscos por meio de dois parâmetros: a intensidade e duração da pressão e a tolerância dos tecidos. A intensidade e a duração da pressão avaliam a mobilidade, a atividade e a percepção sensorial, e a tolerância dos tecidos avalia a umidade, o cisalhamento, a nutrição, a perfusão e a oxigenação dos tecidos (MAIA, 2007).

Exemplifica-se o estudo de Noonan, Quigley, Curley (2011), o qual teve como objetivo fornecer informações práticas sobre como usar melhor a Escala de Braden Q e identificar o risco do paciente pediátrico desenvolver UP.

Em relação à prevenção desse agravo, ressalta-se a necessidade de avaliar o risco para o desenvolvimento de UP, durante todo o tratamento, o qual deve ser realizado de maneira sistematizada e não somente na admissão da criança na unidade. Nesse sentido o enfermeiro tem papel fundamental na prevenção da UP devendo dar atenção, de modo especial, para os pacientes com predisposição a ter esse tipo de complicação, pois prevenir ainda é a melhor alternativa.

Ressalta-se que a prevenção da UP, em qualquer situação de assistência, requer uma abordagem sistemática, considerando os riscos presentes e prosseguindo com a adoção de medidas adequadas, envolvendo toda a equipe de saúde. Para isto, o enfermeiro é essencial, atuando como educador frente à equipe de enfermagem e multiplicador de informações na equipe (SILVA, D. *et al.*, 2011).

Um dos momentos em que a avaliação do risco pode ser realizada é durante a aplicação do Processo de Enfermagem (PE) ou em atividades de Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), a qual busca promover o cuidado aos pacientes de maneira individualizada.

Segundo a Resolução 358/2009, do Conselho Federal de Enfermagem, a SAE é composta pelas seguintes etapas: 1) Histórico de Enfermagem, 2) Diagnóstico de Enfermagem, 3) Planejamento de Enfermagem, 4) Implementação e 5) Avaliação de Enfermagem.

A SAE consiste em um instrumento metodológico que possibilita organizar o trabalho e auxilia o profissional no desenvolvimento de uma assistência com qualidades individuais e resolutivas, desde que fundamentado por modelos conceituais ou Teorias de Enfermagem adequadas a cada situação de cuidado (LEADEBAL; FONTES; SILVA, 2010).

Assim, o objeto de estudo desse trabalho é avaliação do risco de desenvolver úlceras por pressão em crianças internadas em unidades de terapia intensiva.

Dessa maneira, questiona-se: qual o risco das crianças desenvolverem úlceras por pressão na Unidade de Terapia Intensiva?

### **1.1 Objetivo geral**

- Analisar os riscos para desenvolvimento de UP em crianças hospitalizadas em uma Unidade de Terapia Intensiva e identificar a ocorrência de UP nessa clientela.

### **1.2 Objetivos específicos**

- Caracterizar as crianças internadas em uma UTI quanto ao perfil sociodemográfico e clínico;
- Aplicar a Escala de Braden Q e identificar o escore de risco para UP nas crianças internadas em uma UTI;
- Correlacionar os fatores de riscos intrínsecos e extrínsecos para UP presentes nas crianças internadas em uma UTI com os escores da escala;
- Estimar a incidência da UP na população estudada;
- Avaliar o conhecimento do enfermeiro acerca da adoção da escala de Braden Q e o uso de outras medidas preventivas de UP na prática;

- Identificar os registros existentes no setor estudado acerca da sistematização da assistência de enfermagem, buscando identificar os principais diagnósticos de enfermagem e intervenções prescritas.

### **1.3 Justificativa**

O presente estudo justifica-se pelo interesse em aprofundar a aplicação da escala de Braden na população infantil, haja vista pouca literatura na área no Brasil e o engajamento da pesquisadora em grupos de estudos referentes à elaboração de protocolos clínicos sobre feridas crônicas e pesquisas na área aplicando escalas BRADEN e PUSH (Pressure Ulcer Scale for Healing).

Como já anteriormente citado, destaca-se também o fato das UP consistirem em complicações que prolongam o tempo de internação dos pacientes, a importância de se pesquisar o risco de desenvolver essas lesões e as medidas preventivas utilizadas pelos enfermeiros na UTI. A ampliação da discussão sobre o tema, bem como o avanço de pesquisas na área, contribuirão para a melhora da assistência às crianças suscetíveis às UP, permitindo uma assistência científica e de qualidade.

No que concerne ao processo de enfermagem, acredita-se que a utilização desse método pode proporcionar uma assistência de qualidade à criança presente na UTI, pois, a partir da realização de suas etapas, o cuidado oferecido torna-se mais adequado a cada criança. Assim como, a enfermeira terá mais autonomia e segurança na tomada de decisão em relação às necessidades do paciente. Por isso, infere-se que é importante envolver aspectos referentes à SAE nessa pesquisa, pois os seus resultados poderão subsidiar e fortalecer cada vez mais a sua prática nos serviços de saúde.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

A hospitalização é um acontecimento que traz representações para o desenvolvimento da criança, a qual se encontra numa situação plena de experimentação e conhecimento frente ao mundo que se apresenta. O crescimento e o desenvolvimento da criança preveem que ela tenha plenitude em todas as etapas da vida e saúde conjuntamente. Contudo, essa condição não é comum a todas as crianças (WEGNER, 2011).

A hospitalização, quando necessária, constitui um dos primeiros eventos que a criança terá que enfrentar, principalmente porque nos meses iniciais de vida ela está mais vulnerável às doenças. A alteração na rotina familiar e de saúde pode ser um fator estressante para a criança, pois ela representa muitas vezes a separação, a perda de controle, as lesões corporais e a dor. As reações das crianças a esses problemas estão intimamente relacionadas ao seu estágio de desenvolvimento, às suas experiências anteriores com a doença, com a separação ou hospitalização, e às habilidades de enfrentamento inatas ou adquiridas (ALGREN, 2006).

As crianças são seres em crescimento e desenvolvimento, apresentam necessidades específicas em cada fase, têm diferenças biológicas, emocionais, sociais e culturais, o que demanda uma necessidade de se desenvolver abordagens de cuidado diferenciadas. Assim, a hospitalização de um filho, geralmente, é encarada como uma situação de crise para a família e para a criança. A forma de organização do trabalho é um dos aspectos fundamentais enquanto estratégia para minimizar o sofrimento no ambiente hospitalar na assistência à criança (THOMAZINE *et al*, 2008).

Nesse sentido, considerando-se que na hospitalização o cuidado deve se voltar a ações de integralidade, é preciso repensar o fazer, atuando junto à criança e sua família, compartilhando conhecimentos para atingir um cuidado autêntico, preocupado com a singularidade do “ser criança” (DIAS; MOTTA, 2004).

Destaca-se, dentro da história da hospitalização infantil no Brasil, o início da busca pelos direitos das crianças e dos adolescentes a partir da criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da criança (PAISC) em meados da década de 80 (BRASIL, 1984). Esta política de atenção abrangia ações de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, estímulo ao aleitamento materno e orientação alimentar para o desmame, assistência e controle das infecções respiratórias agudas, controle das doenças diarreicas e daquelas prevenidas por imunizações. Ainda que priorizasse a assistência infantil na atenção básica à saúde, no âmbito hospitalar, foram implementadas estratégias com vistas a humanizar o pré-natal e o parto (GOMES; ERDMANN; BUSANELLO, 2010).

A década de 90 foi marcada pela criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) pela Lei 8.060, a qual assegurou o direito de permanência de um acompanhante durante a internação da criança e do adolescente. Conforme descreve o Capítulo I, Art. 12, “os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente” (BRASIL, 2010).

É importante ressaltar que o Artigo 2º do ECA classifica a criança como pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade (BRASIL, 2010).

Dessa maneira, buscou-se, aos longos dos anos, melhorar a assistência à criança por meio de políticas públicas e mudanças atitudinais de cuidado nas instituições de saúde, como, por exemplo, acompanhamento com equipe multidisciplinar, para que a mesma não seja prejudicada drasticamente durante seu desenvolvimento.

No contexto da Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, a família vive um intenso sofrimento provocado pela condição de saúde da criança e pelas interações que vivencia com o ambiente e com os profissionais que ali atuam (CÔA; PETTENGILL, 2010). Esse fato é compreensível, pois muitas dessas crianças encontram-se graves, necessitando de cuidados complexos, e o medo da perda é sempre constante para os familiares, tornando-se essencial nesse momento um cuidado integral e humanizado pela enfermagem.

Com o agravamento do quadro clínico da criança, poderão surgir complicações que prolonguem ainda mais o tempo para sua recuperação dentro da Unidade de Terapia Intensiva. Dentre elas, cita-se a úlcera por pressão, que é definida como uma lesão localizada na pele e/ou no tecido ou estrutura subjacente, geralmente sobre uma proeminência óssea, resultante de pressão isolada ou de pressão combinada com fricção e/ou cisalhamento (NPUAP, 2009).

As úlceras por pressão (UP) são divididas em quatro estágios de evolução. Em 2009, a NPUAP (*National Pressure Ulcer Advisory Panel*) atualizou o estadiamento das úlceras por pressão *apud* Rangel e Caliri (2009). Conforme essa última atualização, tem-se que:

- Estágio I caracteriza-se por pele intacta com hiperemia de uma área localizada que não embranquece, geralmente sobre proeminência óssea.

- Estágio II é a perda parcial da espessura dérmica. Apresenta-se como úlcera superficial com o leito de coloração vermelho pálido, sem esfacelo. Pode apresentar-se ainda como uma bolha preenchida com exsudado seroso, intacta ou aberta rompida.

- Estágio III caracteriza-se pela perda de tecido em sua espessura total. A gordura subcutânea pode estar visível, sem exposição de osso, tendão ou músculo. Esfacelo pode estar presente sem prejudicar a identificação da profundidade da perda tissular. Pode incluir descolamentos e túneis.

- Estágio IV é a perda total de tecido com exposição óssea, de músculo ou tendão. Pode haver presença de esfacelo ou escara em algumas partes do leito da ferida. Frequentemente inclui descolamento e túneis. Existe também a suspeita de lesão tissular profunda que é uma área localizada de pele intacta, de coloração púrpura ou castanha ou bolha sanguinolenta, devido a dano no tecido mole, decorrente de pressão e ou cisalhamento. A área pode ser precedida por um tecido que se apresenta dolorido, endurecido, amolecido, esponjoso e mais quente ou frio comparativamente ao tecido adjacente (NPUAP *apud* RANGEL; CALIRI, 2009).

Está elucidado, atualmente, que a UP excede os cuidados de enfermagem, pois a etiologia é multifatorial, incluindo fatores intrínsecos e extrínsecos ao indivíduo como idade, comorbidades, condições de mobilidade, estado nutricional, nível de consciência, entre outros. Contudo, em virtude de prestarem cuidados diretos aos pacientes e permanecerem ao seu lado nas 24 horas do dia, os profissionais de enfermagem têm se responsabilizado pela implementação de medidas preventivas e sistematizadas de cuidado, por meio da adoção de protocolos baseados em diretrizes internacionais, com vistas a evitar tão fatídico evento (ROGENSKI, KURCGANT, 2012).

Rolim *et al.* (2013) destacam também que, mesmo com os avanços científicos e tecnológicos nos cuidados com a saúde, a UP ainda persiste atualmente como um problema clínico, cuja prevalência permanece elevada em pacientes hospitalizados ou cuidados no domicílio, o que representa uma importante causa de morbidade e mortalidade em nível mundial. Essas úlceras afetam a qualidade de vida do doente e de seus cuidadores e se constituem numa notável sobrecarga econômica para os serviços de saúde.

Reconhecer a UP como um problema sério na sistemática da Assistência de Enfermagem em Terapia Intensiva e buscar superá-lo por meio do desenvolvimento de novas pesquisas, envolvendo, sobretudo, prevenção e tratamento associados aos riscos inerentes ao paciente crítico, será o primeiro passo para fortalecer a atuação do Enfermeiro que deve estar fundamentada na Prática Baseada em Evidências (MATOS; DUARTE; MINETTO, 2010).

Nesse sentido, as ações de enfermagem direcionadas às UP envolvem diversos cuidados dentre eles um acompanhamento do paciente em risco de desenvolver a lesão, por meio do uso de escalas que predizem esse risco, conhecimento por parte da equipe dos fatores



preditores e das condições que as instituições de saúde oferecem durante a internação hospitalar.

A enfermagem vem se inserindo cada vez mais num contexto tecnológico, e a partir disso muitas escalas e testes vêm sendo elaborados, traduzidos, adaptados, validados e aplicados, com vistas a mensurar e/ou identificar situações nas quais se possam atuar de forma mais científica e eficaz. Com a familiaridade dessas tecnologias, pode-se selecionar a mais adequada para cada: faixa etária, instituição, campo de atuação e/ou investigação (SILVA *et al.*, 2012).

Com o intuito de auxiliar os profissionais a identificar e avaliar os riscos que um paciente tem de desenvolver UP durante o seu período de internação, vários autores em nível mundial têm desenvolvido inúmeras escalas. Dentre elas destacam-se a de Norton, Gosnell, Waterloo e Braden, sendo esta a mais utilizada por ter sido submetida a diversos estudos e testes de confiabilidade (MATOS; DUARTE; MINETTO, 2010).

A Escala de Braden foi criada para identificar precocemente os pacientes em risco para o desenvolvimento de UP. A escala é composta por seis subescalas que refletem a percepção sensorial, umidade da pele, atividade, mobilidade, fricção e cisalhamento e estado nutricional (BERGSTROM *et al.*, 1987). A construção da Escala de Braden foi baseada na fisiopatogenia das UP por dois determinantes considerados críticos: a intensidade e a duração da pressão, e a tolerância da pele e das estruturas de suporte para cada força. A intensidade e a duração da pressão que um paciente sofre estão relacionadas à mobilidade, atividade e percepção sensorial. Por outro lado, a tolerância da pele e as estruturas de suporte estão relacionadas a fatores intrínsecos como nutrição e idade, e a fatores extrínsecos como umidade, fricção e cisalhamento (PARANHOS; SANTOS, 1999).

Devido a sua grande confiabilidade na predição dos riscos para as UP e a sua especificidade para a população adulta, a Escala de Braden, foi adaptada para a pediatria em 1996 por Quigley e Curley, mas foi validada apenas em 2003, em um estudo descritivo de coorte prospectivo multicêntrico com 322 pacientes internados em unidade de terapia intensiva pediátrica que estavam em repouso por pelo menos 24 horas (CURLEY; RAZMUS; ROBERTS; WYPIJ, 2003).

No Brasil, um estudo descritivo visou à tradução e adaptação (autorizadas pela autora Martha Curley) da Escala de Braden Q para o contexto cultural brasileiro conjuntamente com o teste de validade e reprodutibilidade, o qual realizou-se na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Pediátrica do Hospital São Paulo com uma amostra de 35 crianças (MAIA, 2007).

A Escala de Braden Q inclui as seis subescalas de Braden originais (mobilidade, atividade, percepção sensorial, umidade, fricção e cisalhamento, e nutrição), mas acrescenta uma sétima subescala, isto é, a perfusão tissular e oxigenação (NOONAM;QUIGLEY; CURLEY, 2011).

Descrevem-se, a seguir, as subescalas da Escala de Braden Q, para que se possa ter uma compreensão maior da mesma (MAIA *et al.*, 2011):

- Mobilidade: capacidade de mudar e controlar a posição do corpo;
- Atividade: grau de atividade física;
- Percepção Sensorial: capacidade de responder de maneira apropriada ao desconforto relacionado à pressão;
- Umidade: grau de exposição da pele à umidade;
- Fricção e Cisalhamento: na fricção a pele se move contra as estruturas de suporte, e no cisalhamento a pele e a superfície óssea adjacente deslizam uma sobre a outra;
- Nutrição: padrão habitual de consumo alimentar;
- Perfusão Tecidual e Oxigenação: a autora não descreve em seu trabalho, mas subtende-se a partir dos parâmetros presentes que constituem o tempo de preenchimento capilar ou a saturação de oxigênio.

Encontra-se, no Anexo A, a escala de Braden Q na íntegra, onde estão apresentadas as subescalas.

Em relação à mobilidade, num estudo que aplicou a Escala de Waterlow para verificar o risco para UP em idosos hospitalizados, identificou-se relação do déficit de mobilidade com maior predisposição para UP, especialmente nos idosos com altíssimo risco. Entre estes, 36 (67,9%) estavam restritos ao leito, 10 (18,8%) estavam apáticos, dois (3,9%) eram dependentes de cadeira de rodas e três (5,7%) encontravam-se em coma. Assim, constata-se que, quanto maior o grau de restrição da mobilidade, maior é o risco para o desenvolvimento dessas lesões, sendo essa variável o principal fator intrínseco relacionado à ocorrência de UP (FERNANDES *et al.*, 2012).

Na UTI, o paciente possui limitações de atividade e de mobilidade pela sua condição clínica, pela necessidade de haver controles mais rigorosos, associados às terapias de maior complexidade. Outro ponto, relacionado à restrição de movimento, são as alterações decorrentes do envelhecimento ou de uma doença grave em qualquer idade, as quais podem levar à limitação na capacidade do indivíduo para realizar as suas atividades básicas da vida

diária como tomar banho, vestir-se, evacuar e urinar sem ajuda, alimentar-se, caminhar, sentar-se e levantar-se. A ausência dessas atividades é comum em ambiente intensivo e acabam contribuindo para o aumento de risco à UP (FERNANDES; CALIRI, 2008; LUCENA *et al.*, 2011).

O rebaixamento da percepção sensorial reduz a sensação de dor ou desconforto, com consequente falta de estímulo para que o paciente se mova em busca de alívio, tornando-o, assim, mais susceptível ao desenvolvimento de UP (ROGENSKI; KURCGANT, 2012).

Já a umidade altera o pH da pele (levemente ácido 5,5), tornando-o básico, deixando assim a pele mais frágil. A umidade excessiva, principalmente por meio de incontinência urinária, potencializa os efeitos da fricção e cisalhamento, uma vez que reduz a força tensiva da pele, tornando-a mais suscetível à maceração e, conseqüentemente, mais sensível aos efeitos dos fatores envolvidos na gênese das UP (ROGENSKI; KURCGANT, 2012; DEALEY, 2008).

A fricção é gerada no momento em que as forças de duas superfícies deslizam uma contra a outra, resultando em abrasão, podendo ocasionar bolhas. A força do cisalhamento ocorre devido à mobilização ou posicionamentos incorretos, provocando danos em tecidos mais profundos. Isto acontece quando o paciente é mantido com a cabeceira elevada, em um ângulo acima de 30 graus, possibilitando-lhe escorregar no leito. Essas duas forças também aumentam o risco do paciente desenvolver UP (BERGSTROM, *et al.* 1987).

No que diz respeito a perfusão, é um processo de suprimento de sangue oxigenado aos pulmões e aos sistemas de órgãos, e conseqüentemente aos tecidos, através dos vasos sanguíneos (BRAUN, 2009).

O estado nutricional deficiente também interfere no aparecimento da UP por levar a anemia e uma redução de oxigênio aos tecidos contribuindo, assim, para a diminuição a tolerância tissular à pressão. Dessa forma, destaca-se um estudo que observou que as pessoas que desenvolveram UP possuíam níveis baixos de hemoglobina e hematócrito, o que implica menor capacidade de transporte de oxigênio e nutrientes aos tecidos, predispondo à UP (CAMPOS *et al.*, 2010).

Dessa forma, a Escala de Braden Q, com todos os parâmetros descritos anteriormente, é um instrumento importante do cuidado e proporciona uma avaliação ampla do risco da criança desenvolver UP.

Uma revisão sistemática pesquisou os efeitos adversos relacionados à sedação em crianças internadas na UTI pediátrica, a qual citou que os pacientes que se encontram sedados não podem se comunicar, nem responder ao desconforto da pressão e, portanto, são

de alto risco para o desenvolvimento de UP, referindo posteriormente a Escala de Braden Q como meio para prever esse risco (GRANT; BALAS; CURLEY, 2013).

Outro estudo epidemiológico transversal que utilizou a Escala de Braden Q, e que teve como objetivo identificar o risco e os fatores associados ao desenvolvimento de UP em crianças internadas em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, foi realizado com 40 crianças, com idades entre vinte e nove dias e oito anos. Esse estudo enfatizou que existe a necessidade de mais pesquisas sobre a assistência às crianças criticamente doentes e que contribuam para o desenvolvimento de intervenções de prevenção de UP (CARVALHO *et al.*, 2011).

Numa outra pesquisa, desenvolveu-se uma ferramenta chamada Braden Q + P, a qual utilizava a Escala de Braden e outros fatores para avaliar o risco de crianças submetidas à cirurgia cardíaca desenvolverem UP (GALVIN; CURLEY, 2012).

Um estudo multicêntrico, retrospectivo que realizou revisão de prontuários, teve como objetivo determinar a incidência de UP em lactentes e crianças criticamente doentes, para comparar as características dos pacientes que tinham UP e os que não desenvolveram, além de identificar estratégias de prevenção associadas a uma menor incidência de UP. Também utilizaram os escores da Escala de Braden Q, presentes nos prontuários para encontrar estratégias de prevenção utilizadas pelos enfermeiros dos hospitais. Os resultados encontrados foram que a incidência de UP foi de 10,2% e os pacientes de maior risco eram os maiores de dois anos de idade, que estavam na unidade de terapia intensiva há 4 quatro dias ou mais, ou que necessitaram de ventilação mecânica. As ações preventivas associadas ao desenvolvimento menos frequente de UP incluiu o uso de colchão piramidal, utilização de almofadas de gel, uso de loção corporal e realização de mudança de decúbito a cada duas horas (SCHINDLER *et al.*, 2011).

Nesse sentido é fundamental o papel que a enfermagem desenvolve na prevenção de UP, pois a enfermeira, ao aplicar uma escala preditiva de risco, obtém dados para conduzir um plano de cuidados preventivos para UP, uma vez que o escore identificado poderá determinar com maior precisão as intervenções para a prevenção ou o tratamento (MAGNAN; MAKLEBUST, 2009).

Esse plano de cuidados pode estar inserido na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e em estratégias de operacionalização da assistência de enfermagem, que vêm sendo cada vez mais implementadas na prática assistencial, atribuindo maior segurança aos pacientes, melhora na qualidade da assistência e maior autonomia aos profissionais de enfermagem (TANNURE; PINHEIRO, 2011).

Alguns métodos são utilizados na prática assistencial para a sua sistematização, sendo um deles o Processo de Enfermagem (PE), o qual é um método de tomada de decisão, de maneira deliberada, que se apoia nos passos do método científico e tem por objetivo prestar um cuidado dinâmico, interativo e humanizado. É de suma importância a aplicação do PE diante das contribuições que este proporciona ao paciente e ao próprio trabalho da enfermagem (ANDRADE; VIEIRA, 2005).

O PE requer conhecimento teórico, experiência prática e habilidade intelectual; e adverte um conjunto de ações executadas face ao julgamento sobre as necessidades da pessoa, família ou coletividade, num certo momento do processo saúde e doença (GARCIA; NÓBREGA; CARVALHO, 2004).

O Conselho Federal de Enfermagem criou a Resolução nº 358/2009, a qual dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do PE em ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem. Essa resolução organiza o PE em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes:

1) Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem) – processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado período do processo saúde e doença.

2) Diagnóstico de Enfermagem – processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; e que constituem a base para a escolha das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados.

3) Planejamento de Enfermagem – determinação dos resultados que se espera alcançar; e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas face às respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, identificadas na etapa de Diagnóstico de Enfermagem.

4) Implementação – realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem.

5) Avaliação de Enfermagem – processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, para determinar se as ações ou intervenções de

enfermagem alcançaram o resultado esperado; e de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do PE.

A SAE proporciona uma maior autonomia para o enfermeiro, um respaldo seguro por meio do registro, que garante a continuidade/complementaridade multiprofissional, além de promover uma aproximação enfermeiro – usuário, enfermeiro – equipe multiprofissional (NASCIMENTO *et al.*, 2008).

Outro ponto que é necessário destacar dentro da SAE é o raciocínio clínico. Em situações que envolvem o atendimento à saúde das pessoas, ele é empregado para descobrir pistas apresentadas pela unidade de cuidado (indivíduo, família ou comunidade) e explicitar a compreensão que o profissional tem da situação, a partir de fatos relatados ou observados e queixas, que se constituem no conjunto de evidências clínicas. É empregado também com o objetivo de fundamentar a seleção de ações que irá empregar com vistas ao que se espera no futuro (CARVALHO; JESUS; BACHION, 2010).

Em relação à trajetória da construção da SAE, alguns desafios estão presentes nas instituições, tais como: o conhecimento, o número de enfermeiros nos serviços, o envolvimento deles com o processo, a valorização por parte da administração da instituição, bem como os indicadores de resultado da assistência. Ao mesmo tempo, realizar este processo requer do profissional base científica, conhecimento, habilidades e atitudes pautadas no compromisso ético, na responsabilidade e no assumir o cuidar do outro (MENEZES; PRIEL; PEREIRA, 2011).

O engajamento dos enfermeiros em atividades de SAE garantirá melhores resultados na assistência prestada, permitirá a identificação de condições desfavoráveis aos pacientes hospitalizados (problemas), o reconhecimento de potencialidades e a detecção de fatores de risco para a aplicação de medidas preventivas em situações de potencial complicação.

Por fim, o planejamento dentro da assistência de enfermagem garante a responsabilidade junto ao cliente assistido, uma vez que este processo nos permite diagnosticar as necessidades do mesmo, fazer a prescrição adequada dos cuidados e, além de ser aplicado à assistência, pode-se nortear a tomada de decisões em diversas situações vivenciadas pelo enfermeiro enquanto gerenciador da equipe de enfermagem, promovendo a autonomia da profissão (SILVA, E. *et al.*, 2011).

### 3 MATERIAL E MÉTODO

#### 3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório e transversal. A pesquisa descritiva tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis (GIL, 2002).

A pesquisa exploratória, assim como a descritiva, começa com algum fenômeno de interesse; entretanto, mais do que simplesmente observar e descrever o fenômeno, a pesquisa exploratória investiga a sua natureza complexa e os outros fatores com os quais ele está relacionado. Já os estudos transversais envolvem a coleta de dados em um ponto do tempo. Os mesmos são especialmente apropriados para descrever a situação, o status do fenômeno, ou as relações entre os fenômenos em um ponto fixo (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

#### 3.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado num hospital público do Distrito Federal, especializado no atendimento da clientela infantil.

O hospital situa-se na região central de Brasília, oferecendo serviços de emergência nas áreas de Cirurgia Pediátrica e Neonatal, Ginecologia/Obstetrícia e Pediatria. Possui também atendimento ambulatorial com diversas especialidades para a população infantil e adulta, assim como setor de internação pediátrica e para gestantes de alto-risco.

Atende a uma população estimada de 132 mil habitantes, abrangendo a Asa Sul, Lago Sul, Guará, Núcleo Bandeirante e São Sebastião, incluindo os centros de saúde destas localidades.

O tempo médio de permanência das crianças na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do hospital estudado, em 2012, foi de 18 dias. Essa média é considerada elevada comparativamente a outros serviços de terapia intensiva pediátrica, e deve-se ao fato de ter havido algumas internações de crianças com problemas crônicos, nesse período. Os critérios de admissão das crianças no setor pesquisado segue a Resolução nº 07/2010 do Ministério da Saúde, que dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências.

A unidade de internação onde se desenvolveu a pesquisa foi a UTI Pediátrica com 20 leitos, sendo 12 leitos destinados ao cuidado intensivo e oito ao semi-intensivo.

Crianças que apresentam quadros graves de insuficiência respiratória, ou instabilidade hemodinâmica, são internadas na unidade de cuidados intensivos, e aquelas com quadros mais estáveis, ou crianças com problemas crônicos, como por exemplo, problemas no sistema nervoso, ficam na unidade de cuidados semi-intensivos.

A UTI Pediátrica é composta por diversas categorias profissionais: 19 médicos, 16 fisioterapeutas, uma psicóloga, uma terapeuta ocupacional e uma fonoaudióloga.

A equipe de enfermagem é composta por 50 técnicos de enfermagem, 13 enfermeiras que se dedicam à assistência às crianças internadas, uma enfermeira chefe que coordena o cuidado e duas enfermeiras que atuam apenas em atividades burocráticas. É importante destacar que a enfermeira chefe, além de desenvolver atividades burocráticas, acompanha ações de cuidado das outras enfermeiras e participa da corrida de leitos (procedimento onde todas as categorias profissionais discutem o tratamento e a assistência dos pacientes).

### 3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população desse estudo foi consistida por crianças hospitalizadas na unidade de internação citada anteriormente e por enfermeiros que estavam em atividade na referida unidade durante o período de coleta de dados.

Trata-se de uma amostragem não probabilística por conveniência, segundo Polit, Beck e Hungler (2004) é aquela no qual ocorre com objetos ou pessoas mais acessíveis. Lobiondo-Wood e Haber (2001) afirmam que nesse tipo de amostragem não-probabilística os sujeitos de pesquisa são convenientes e acessíveis ao pesquisador, se tornando um método mais fácil, é possível que o pesquisador tenha que se preocupar somente em obter um número suficiente de sujeitos de pesquisa que cumprem os mesmos critérios.

Foram critérios de inclusão na amostra infantil: crianças com um mês até catorze anos de idade, internadas na UTI pediátrica, com restrição parcial ou total no leito, que não apresentassem UP inicialmente, com tempo de internação igual ou superior a 24 horas, com o aceite de seus respectivos acompanhantes ou responsáveis de participação na pesquisa, a partir da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B).

Foram critérios de exclusão: crianças com idade inferior a um mês de idade e maiores de 15 anos, que não estivessem internadas na UTI pediátrica do estudo ou que tivessem internação inferior a 24 horas nessa unidade, e aquelas que apresentavam UP na primeira avaliação.



O estudo contou com a participação de 50 crianças. Houve recusa de um responsável, pois o mesmo acreditava que não conseguiria informar os dados corretamente.

Ainda em relação a essa amostra, por haver predominância de crianças (até doze anos de idade incompletos) e minoria adolescente, optou-se por generalizar a amostra como infantil.

No tocante aos enfermeiros, o critério de inclusão consistiu em: serem enfermeiros em atividade de cuidado na unidade de estudo durante o período da coleta de dados. Posteriormente, ao aceitarem participar da pesquisa, os mesmos assinavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. (Anexo C).

Os critérios de exclusão consistiram em: enfermeiros afastados ou que não trabalhavam no cuidado com as crianças. Existiam duas enfermeiras no setor que lidavam apenas com atividades burocráticas; logo, elas não participaram da pesquisa.

Participaram da pesquisa, portanto, onze enfermeiras assistencialistas e a enfermeira chefe, totalizando assim doze enfermeiras. Duas enfermeiras assistencialistas recusaram participar da pesquisa.

### 3.4 MÉTODO DE COLETA DE DADOS

Como método de coleta de dados utilizou-se a observação estruturada, que permite a formulação de um sistema para classificar, registrar e codificar as observações e a amostragem dos fenômenos de interesse (POLIT, BECK, HUNGLER, 2004).

Foram também realizadas buscas de informações nos prontuários e em fichas de registro existentes na unidade para compor os dados relativos à amostra infantil.

O registro dos dados foi feito por meio de dois instrumentos de coleta de dados, construídos para fins de observação junto à clientela infantil e de enfermeiros, criados pela pesquisadora, buscando-se acrescentar informações advindas da busca em referências bibliográficas na literatura especializada e na escala de Braden Q.

Para a avaliação da adequabilidade do instrumento formulado junto à clientela infantil, foi feito um estudo piloto com três crianças, que foram posteriormente excluídas da amostra.

Esse estudo piloto teve por objetivo verificar o quanto os instrumentos tem condições de garantir resultados isentos de erro. Em geral, é suficiente fazer a mensuração em 5% ou 10% do tamanho da amostra, dependendo do número absoluto dos processos mensurados (MARCONI; LAKATOS, 2009). Consistiu, na aplicação, dos mesmos instrumentos utilizados para a coleta de dados em uma pequena parte da amostra. Não constitui em nenhum

procedimento especial ou diferente daquele realizado durante a coleta de dados, não implicando em maior exposição a risco para a criança.

No que se refere ao instrumento de coleta de dados junto à clientela de enfermeiros, este foi submetido à avaliação por duas diferentes especialistas na área de sistematização da assistência de enfermagem, visando identificar sua aplicabilidade para o que se pretendia avaliar, sendo necessários alguns ajustes até a formatação final utilizada.

Considera-se que os instrumentos de coleta de dados atenderam aos objetivos propostos da pesquisa.

### 3.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para a realização da coleta de dados, foram utilizados dois instrumentos estruturados, designados “Instrumento de coleta de dados da pesquisa – componente infantil” e “Instrumento de coleta de dados da pesquisa – componente enfermeiro” (APÊNDICES A e B).

O “Instrumento de coleta de dados da pesquisa – componente infantil” foi elaborado em seis partes: I) Dados sociodemográficos, II) Dados referentes à saúde, III) Casos novos de UP, IV) Medidas utilizadas para prevenção de UP, V) Dados complementares, VI) Prontuário e Sistematização da Assistência de Enfermagem.

A aplicação da escala de Braden Q foi incluída dentro do Tópico II – Dados referentes à saúde. Essa escala avalia o risco da criança desenvolver UP a partir de sete subescalas. Cada subescala subdivide-se em quatro itens, cada item recebendo um valor que varia de 1 a 4 pontos.

Descrevem-se, a seguir, os itens de cada subescala conforme mostra o estudo de Maia *et al.* (2011):

**Quadro 1.** Itens das sub-escalas da Escala de Braden Q.

Subescalas	Escore 1	Escore 2	Escore 3	Escore 4
Mobilidade	completamente imóvel	muito limitado	levemente limitado	nenhuma limitação
Atividade	acamado	restrito à cadeira	deambulação ocasional	crianças jovens demais para deambular ou deambulam frequentemente
Percepção	completamente	muito limitada	levemente	nenhuma alteração

Sensorial	limitada		limitada	
Umidade	constantemente úmida	frequentemente úmida	ocasionalmente úmida	raramente úmida
Fricção e Cisalhamento	problema importante	problema	problema potencial	nenhum problema aparente
Nutrição	muito pobre	inadequada	adequada	excelente
Perfusão tecidual e Oxigenação	extremamente comprometida	comprometida	adequada	excelente

Fonte: MAIA *et al.*, 2011.

Após a avaliação das subescalas, o escore obtido varia entre 7 e 28. O valor 7 corresponde ao risco máximo para desenvolver úlcera, enquanto ao 28 atribui-se sem risco de UP (MAIA *et al.*, 2011).

O “Instrumento de coleta de dados da pesquisa – componente enfermeiro” foi composto por questões semiestruturadas, que envolviam as seguintes informações: idade, sexo, nível de escolaridade, tempo de atuação profissional, tempo de atuação profissional na UTI Pediátrica, atuação em outros locais e tempo de atuação nesses outros locais de trabalho.

Além desses pontos supracitados, as questões também abarcavam o conhecimento sobre Escalas de Prevenção de UP, sobre a Escala de Braden Q e sobre a aplicação do PE no setor pesquisado.

### 3.6 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO DA COLETA DE DADOS

A coleta de dados junto à clientela infantil foi realizada no período de agosto a dezembro de 2012. No momento da coleta, a pesquisadora se identificava e apresentava os objetivos da pesquisa. Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, pelo familiar ou responsável legal da criança, realizou-se entrevista para a coleta dos dados sociodemográficos (APÊNDICE A).

Foram também realizadas consultas junto ao prontuário da criança (paciente) para complementação dos dados clínicos. Em seguida, realizou-se inspeção minuciosa da pele da criança e aplicação da Escala de Braden Q, bem como a complementação das outras variáveis do instrumento (APÊNDICE A).

As crianças que constituíram a amostra foram então acompanhadas, até sua alta ou transferência, para a observação da incidência de UP, durante a hospitalização na unidade. A pesquisadora acompanhava as crianças três dias da semana ou após as 24 horas de admissão

da criança na UTI, visando, assim, poucas perdas. As crianças eram avaliadas no momento do banho no leito, para otimização, visto que, durante tal cuidado cotidiano, é possível fazer uma inspeção geral da criança e também com o intuito de reduzir o desconforto, já que a maioria das crianças tinha condições clínicas instáveis. Nesse momento também se observou a utilização ou não de medidas preventivas por parte da equipe de enfermagem.

Quanto à coleta de dados junto à clientela de enfermeiros, por motivos relacionados à própria unidade, essa ocorreu no mês de maio de 2013. Para auxiliar a coleta, a pesquisadora levou em conta os dias correspondentes da escala de serviço para cada enfermeira que se encontrava trabalhando no setor pesquisado.

Utilizou-se o “Instrumento de coleta de dados da pesquisa – componente enfermeiro” (APÊNDICE B).

Os enfermeiros receberam esclarecimentos sobre a pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido correspondente e, em seguida, preencheram o instrumento de coleta de dados, que continha questões semiestruturadas.

Cabe destacar que, durante o período de coleta de dados junto à clientela infantil, alguns dados relativos às anotações de enfermagem e à sistematização da assistência de enfermagem foram registrados para complementação da observação relativa ao componente enfermeiro. Assim, foram também investigadas as medidas preventivas que os enfermeiros assistencialistas utilizavam para as UP e o conhecimento dos mesmos sobre a Escala de Braden Q (APÊNDICE B).

### 3.7 ANÁLISE DOS DADOS

Utilizou-se a estatística descritiva por meio da distribuição de frequência das variáveis pesquisadas e da medida de tendência central (média). O teste *t* foi utilizado para comparação das médias, definido como um teste estatístico para avaliar se dois grupos diferem entre si de maneira significativa com relação a suas médias (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2006).

O *software* empregado para cálculo das médias e do teste *t* foi o Software R, versão 3.0.1, o qual constitui em uma ferramenta gratuita e de uso público na análise e na manipulação de dados.

A apresentação dos dados se deu por meio de tabelas e gráficos, os quais posteriormente foram analisados comparativamente à luz da literatura atual, tendo como critério a comparação crítica.

### 3.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E LEGAIS

Por se tratar de pesquisa envolvendo seres humanos, foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, pois a mesma é o órgão responsável pelos hospitais pertencentes à Secretaria de Saúde do Distrito Federal, recebendo aprovação pelo Parecer de Nº 223/2012 (Anexo D).

Esta pesquisa também foi submetida à avaliação e autorização da Diretoria de Atenção à Saúde da instituição de saúde pesquisada.

A inclusão de pacientes (crianças) e enfermeiros no estudo deu-se apenas após o esclarecimento dos objetivos e procedimentos do estudo, sobre a confiabilidade dos dados e sobre a ausência de prejuízos ou riscos em participar ou não da pesquisa.

Foram obedecidos os preceitos da Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2012), pautando-se na eticidade da pesquisa, o que implicou no consentimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos indivíduos alvo e a proteção a grupos vulneráveis e aos legalmente incapazes (autonomia).

## 4 RESULTADOS

Para a apresentação dos resultados, será obedecida a seguinte ordenação:

- 1) Caracterização socioeconômico-demográfica das crianças e dos aspectos relativos à internação na UTI;
- 2) Caracterização dos dados relativos à aplicação da Escala de Braden Q e a correlação com as variáveis;
- 3) Caracterização da incidência da UP na população estudada;
- 4) Caracterização do conhecimento do enfermeiro acerca da adoção da escala de Braden Q e o uso de outras medidas preventivas de UP;
- 5) Caracterização das formas de registro e o Processo de Enfermagem na UTI Pediátrica.

### 4.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÔMICO-DEMOGRÁFICA DAS CRIANÇAS E DOS ASPECTOS RELATIVOS À INTERNAÇÃO NA UTI

Participaram da amostra 50 crianças. Foram entrevistados os responsáveis destas crianças que atendiam aos critérios de inclusão, os quais descreveram as informações relativas às características sociodemográficas. A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas da amostra infantil:

**Tabela 1** - Variáveis sociodemográficas das crianças. Brasília - DF, 2013.

Variáveis	Masculino		Feminino		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%
Total	28	100,0	22	100,0	50	100,0
<b>Faixa etária</b>						
<1 ano	13	46,4	9	40,9	22	44,0
1 a 3 anos	6	21,4	4	18,2	10	20,0
4 a 6 anos	5	17,9	4	18,2	9	18,0
7 anos ou mais	4	14,3	5	22,7	9	18,0
<b>Raça/cor</b>						
Branca	17	60,7	10	45,5	27	54,0
Parda	9	32,1	8	36,4	17	34,0
Negra	2	7,1	1	4,5	3	6,0
Amarela	0	-	3	13,6	3	6,0
<b>Escolaridade</b>						
Analfabeto/não estuda	26	92,9	17	77,3	43	86,0
Ens. Fund. Ciclo 1 completo	1	3,6	1	4,5	2	4,0
Ens. Fund. Ciclo 1 incompleto	1	3,6	2	9,1	3	6,0
Ens. Fund. Ciclo 2 incompleto	0	-	2	9,1	2	4,0
<b>Procedência</b>						
Distrito Federal	20	71,4	15	68,2	35	70,0
Outros*	5	17,9	6	27,3	11	22,0
Goiás	3	10,7	1	4,5	4	8,0
<b>Responsável</b>						
Mãe/pai	25	89,3	22	100,0	47	94,0
Outros**	3	10,7	0	-	2	4,0
<b>Renda familiar (em salários mínimos)</b>						
Menor que 1	7	25,0	3	13,6	10	20,0
1 a 2	13	46,4	13	59,1	26	52,0
3 a 5	7	25,0	4	18,2	11	22,0
6 ou mais	1	3,6	2	9,1	3	6,0

Nota: (\*) Maranhão, Amapá, Acre, São Paulo, Bahia, Piauí e Mato Grosso

(\*\*) Madrinha, irmã e avó

Percebeu-se, ao analisar o perfil sociodemográfico das crianças, que a maioria da amostra era do sexo masculino (28), menor de um ano de idade (44%) e de cor branca (54%).

Do total de crianças pesquisadas, prevaleceram as crianças analfabetas ou que não estudavam devido a pouca idade (43), procedentes do Distrito Federal (70%) e mãe/pai como os responsáveis legais com 94% da amostra. Já a renda familiar mais frequente foi de um a dois salários mínimos (52%).

A Tabela 2 expõe o perfil clínico da amostra, com informações sobre as doenças que acometiam as crianças e dados sobre internações das mesmas.

Pode-se observar na Tabela 2, em relação às morbidades, que as doenças mais frequentes foram as do Sistema Nervoso (30%), e as menos frequentes, do Aparelho

Geniturinário (2%). Os tipos de medicamentos foram bastante diversificados, destacando-se os que as crianças mais utilizavam: anti-inflamatório/analgésicos (98%) e antibióticos (58%).



**Tabela 2** – Perfil Clínico das crianças. Brasília – DF, 2013.

Variáveis	Masculino		Feminino		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%
Total	28	100,0	22	100,0	50	100,0
<b>Morbidade referida</b>						
Doença do sistema nervoso	10	35,7	5	22,7	15	30,0
Doença do aparelho respiratório	7	25,0	4	18,2	11	22,0
Doença do aparelho circulatório	5	17,9	5	22,7	10	20,0
Doença do aparelho digestivo	4	14,3	4	18,2	8	16,0
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	2	7,1	3	13,6	5	10,0
Doença do aparelho geniturinário	0	-	1	4,5	1	2,0
<b>Uso de medicamentos</b>						
Anti-inflamatório/analgésico	27	96,4	22	100,0	49	98,0
Antibiótico	16	57,1	13	59,1	29	58,0
Antipsicótico/antidemencial/antiparkinsoniano/calmanes/sedativos	12	42,9	12	54,5	24	48,0
Protetor gástrico	12	42,9	12	54,5	24	48,0
Antiepiléptico/anticonvulsivante/antidepressivo	8	28,6	6	27,3	14	28,0
Anti-hipertensivo	9	32,1	5	22,7	14	28,0
Suplemento vitam./alimentar e antianêmico	5	17,9	4	18,2	9	18,0
Antiemético	6	21,4	3	13,6	9	18,0
Broncodilatador/expectorante	2	7,1	2	9,1	4	8,0
Antifúngico/Antiparasitário/Antiviral	3	10,7	1	4,5	4	8,0
Cardiotônico/antiarrítmicos	2	7,1	1	4,5	3	6,0
Corticosteróide	1	3,6	1	4,5	2	4,0
Hipoglicêmico	1	3,6	1	4,5	2	4,0
Antiespasmódico/Relaxante Muscular	1	3,6	1	4,5	2	4,0
Hormônio	1	3,6	0	-	1	2,0
Antineoplásico/imunossupressor	1	3,6	0	-	1	2,0
<b>Internações em 2012</b>						
Sim	17	60,7	12	54,5	29	58,0
Não	11	39,3	10	45,5	21	42,0
<b>Motivo da internação<sup>1</sup></b>						
Problema respiratório	7	41,2	4	33,3	11	37,9
Própria doença	4	23,5	3	25,0	7	24,1
Convulsão	2	11,8	2	16,7	4	13,8
Cirurgia	1	5,9	2	16,7	3	10,3
Problema digestivo	1	5,9	0	-	1	3,4
Problema nutricional	1	5,9	0	-	1	3,4
Problema urinário	0	-	1	8,3	1	3,4
Vômitos	1	5,9	0	-	1	3,4
<b>Duração da internação<sup>1</sup></b>						
Até 10 dias	8	47,1	3	25,0	11	37,9
11 a 20 dias	2	11,8	3	25,0	5	17,2
21 a 30 dias	5	29,4	4	33,3	9	31,0
31 dias ou mais	2	11,8	2	16,7	4	13,8
<b>Tempo de internação atual</b>						
Até 10 dias	17	60,7	13	59,1	30	60,0
10 a 19 dias	4	14,3	4	18,2	8	16,0
20 a 29 dias	2	7,1	2	9,1	4	8,0
30 a 39 dias	0	0,0	1	4,5	1	2,0
40 dias ou mais	5	17,9	2	9,1	7	14,0
<b>Seguimento na ESF<sup>2</sup></b>						
Sim	13	46,4	12	54,5	25	50,0
Não	15	53,6	10	45,5	25	50,0

Nota: (1) Percentual calculado em relação aos que tiveram internação em 2012

(2) ESF: Estratégia Saúde da Família

A maior parte das crianças (58%) foi internada no primeiro período (janeiro a junho) de 2012, sendo que dessas 29 crianças, a maioria teve internações de uma a três vezes nesse período (42%) e o tempo de ocorrência dessas internações mais observado na amostra foi de um a três meses (em 36% da amostra). Os motivos mais frequentes dessas internações foram problemas respiratórios, em 11 crianças que foram internadas naquela data, prevalecendo o período de até 10 dias (11 crianças) de duração das internações.

Já em relação ao tempo de internação atual, prevaleceu o período de até 10 dias com 60% da amostra infantil. No que diz respeito ao seguimento na Estratégia Saúde da Família, não houve diferença na distribuição da amostra, 50% faziam acompanhamento na atenção básica e 50% não faziam.

#### 4.2 CARACTERIZAÇÃO DOS DADOS RELATIVOS À APLICAÇÃO DA ESCALA DE BRADEN Q E A COMPARAÇÃO COM AS VARIÁVEIS

A seguir, na Tabela 3 está apresentada a faixa dos escores obtidos aplicando a Escala de Braden Q. A validação da referida escala no Brasil permitiu a classificação dos escores apenas em risco máximo (valor: 7) e sem risco (valor: 28) para UP (MAIA, 2007).

A média dos escores foi de 20,16, sendo 12 o escore mínimo encontrado na amostra e 26 o escore máximo.

**Tabela 3** – Faixa de Escores da Escala de Braden Q. Brasília – DF, 2013.

<b>Faixa de Escores da Escala de Braden Q</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
<b>12 a 16</b>	7	14				
<b>17 a 23</b>	23	46	20,16	3,5	12	26
<b>22 a 26</b>	20	40				
<b>Total</b>	50	100				

Legenda: n= número de participantes; %= porcentagem; DP= desvio padrão

A Tabela 4 descreve a frequência dos escores de cada item da Escala de Braden Q.

**Tabela 4** – Escores obtidos nos itens da Escala de Braden Q em crianças internadas na UTI Pediátrica. Brasília – DF, 2013.

Escala de Braden Q	Escore 1		Escore 2		Escore 3		Escore 4		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Mobilidade	8	16,0	8	16,0	14	28,0	20	40,0	50	100,0
Atividade	11	22,0	12	24,0	2	4,0	25	50,0	50	100,0
Percepção Sensorial	2	4,0	5	10,0	17	34,0	26	52,0	50	100,0
Umidade	8	16,0	14	28,0	19	38,0	9	18,0	50	100,0
Fricção e cisalhamento	1	2,0	26	52,0	16	32,0	7	14,0	50	100,0
Nutrição	12	24,0	6	12,0	25	50,0	7	14,0	50	100,0
Perfusão tissular e oxigenação	2	4,0	6	12,0	10	20,0	32	64,0	50	100,0

No item mobilidade, o escore mais frequente foi o 4 (40%), que diz respeito a nenhuma limitação. O mesmo ocorreu com a subescala Atividade, com escore 4 sendo predominante na amostra (50%), indicando que a maioria da amostra estudada era muito jovem para deambular ou deambulava frequentemente.

Quanto à percepção sensorial, houve também predominância do escore 4, prevalecendo em 52% da amostra, indicando não existir nenhuma alteração nesse quesito.

No que se refere à variável Umidade, o escore 3 foi o de maior frequência, sendo identificado em 19 crianças (38%), que representa a condição da criança ocasionalmente úmida.

Para as variáveis Fricção e Cisalhamento, o escore 2 foi o mais frequente (52%), indicando, conforme a Escala de Braden Q, condição de “problema”.

Quanto à Nutrição, em 50% da amostra estudada (25 crianças), foi identificado o escore 3, mostrando-se como adequada, pela classificação, seguido do escore 1 (muito pobre), em 12 crianças (24%).

O escore 4 (excelente) foi identificado em 32 crianças (64%) para as variáveis Perfusão Tissular e Oxigenação, sendo esse o escore de maior frequência.

A Tabela 5 apresenta as estatísticas descritivas da escala de Braden Q segundo faixa etária, sexo, raça/cor, escolaridade procedência, renda familiar e ocorrência de internação em 2012, e seus respectivos testes comparativos entre as médias.

**Tabela 5** - Medidas descritivas da escala de Braden Q e Teste de comparação de grupos. Brasília – DF, 2013.

<b>Variável</b>	<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>Mediana</b>	<b>Desvio Padrão</b>	<b>Teste t</b>	<b>p-valor</b>
Geral	50	20,16	21,00	3,50		
<b><i>Faixa etária</i></b>						
Menor de 1 ano	22	21,27	22,00	3,33	2,060	0,045
1 ano ou mais	28	19,29	20,00	3,43		
<b><i>Sexo</i></b>						
Masculino	28	20,29	21,00	3,41	0,284	0,777
Feminino	22	20,00	20,50	3,67		
<b><i>Raça/cor</i></b>						
Branca	27	19,93	20,00	2,73	-0,509	0,613
Outras	23	20,43	21,00	4,27		
<b><i>Escolaridade</i></b>						
Analfabeto	43	19,95	21,00	3,55	-1,036	0,305
Não analfabeto	7	21,43	21,00	3,05		
<b><i>Procedência</i></b>						
DF	35	20,43	21,00	3,28	0,827	0,412
Outras	15	19,53	20,00	4,00		
<b><i>Renda familiar</i></b>						
Menor de 1 salário	10	19,90	20,50	3,32	-0,260	0,796
1 salário ou mais	40	20,23	21,00	3,58		
<b><i>Internações em 2012</i></b>						
Sim	29	19,90	20,00	3,83	-0,622	0,537
Não	21	20,52	21,00	3,03		

Em média, o escore na escala Braden Q das crianças com idade inferior a um ano é de 21,27, enquanto que entre as crianças com um ano ou mais é de 19,29, sendo esta a única variável que teve diferença estatisticamente significativa (p-valor = 0,045).

A seguir, a Tabela 6 contém as medidas preventivas para UP observadas no período da coleta de dados.

**Tabela 6** – Medidas preventivas para UP observadas na UTI Pediátrica. Brasília – DF, 2013.

Variáveis	Masculino		Feminino		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%
Total	28	100,0	22	100,0	50	100,0
<i>Mudança de decúbito 2/2h</i>						
Sim	22	78,6	13	59,1	35	70,0
Não	6	21,4	9	40,9	15	30,0
<i>Uso de lençol móvel</i>						
Não	19	67,9	12	54,5	31	62,0
Sim	9	32,1	10	45,5	19	38,0
<i>Uso de travesseiro ou almofada nos calcâneos</i>						
Sim	15	53,6	12	54,5	27	54,0
Não	13	46,4	10	45,5	23	46,0
<i>Uso de AGE<sup>1</sup></i>						
Não	23	82,1	16	72,7	39	78,0
Sim	5	17,9	6	27,3	11	22,0
<i>Uso de hidratante</i>						
Sim	14	50,0	13	59,1	27	54,0
Não	14	50,0	9	40,9	23	46,0
<i>Tipo de Colchão</i>						
Espuma	27	96,4	22	100,0	49	98,0
Piramidal	1	3,6	0	-	1	2,0
<i>Outras medidas</i>						
Nenhuma	14	50,0	11	50,0	25	50,0
Óxido de zinco	9	32,1	6	27,3	15	30,0
Troca frequente de roupas	3	10,7	5	22,7	8	16,0
Óxido de zinco e meias	1	3,6	0	-	1	2,0

Nota: (1) AGE: Ácidos Graxos Essenciais

Nota-se que a mudança de decúbito de 2/2 horas era realizada na maioria das crianças (70%) e que predominou a não utilização do lençol móvel (62%) como instrumento facilitador da movimentação. No tocante ao uso de travesseiros ou almofadas nos calcâneos, a maior parte das crianças (54%) utilizava esse meio de prevenção. Na maioria das crianças (78%) o Ácido Graxo Essencial (AGE) não foi utilizado, e em 54% dessas se fez uso do hidratante para o corpo.

O tipo de colchão mais utilizado foi o de espuma (98%).

Em relação a outras medidas de prevenção, 50% da amostra não recebiam outros tipos de cuidados e 30% das crianças utilizavam óxido de zinco em algumas áreas de risco.

#### 4.3 CARACTERIZAÇÃO DA INCIDÊNCIA DA UP NA POPULAÇÃO ESTUDADA

Durante o período de observação na UTI pediátrica não foram evidenciadas UP nas crianças internadas. Assim, a incidência na amostra estudada foi equivalente a zero.

#### 4.4 CARACTERIZAÇÃO DO CONHECIMENTO DO ENFERMEIRO ACERCA DA ADOÇÃO DA ESCALA DE BRADEN Q E O USO DE OUTRAS MEDIDAS PREVENTIVAS DE UP

Em relação aos profissionais, 12 enfermeiras responderam o formulário com questões envolvendo anos de prática na UTI Pediátrica, a Escala de Braden Q e o PE. A Tabela 7 apresenta a caracterização das enfermeiras quanto ao sexo, nível de escolaridade e atuação profissional em outra Instituição de saúde.

**Tabela 7** – Caracterização das Enfermeiras quanto sexo, nível de escolaridade e atuação profissional em outra Instituição de saúde. Brasília – DF, 2013.

<b>Variáveis</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b><i>Sexo</i></b>		
Masculino	0	0,0
Feminino	12	100,0
<b><i>Nível de escolaridade</i></b>		
Graduação	5	41,7
Especialização	7	58,3
<b><i>Trabalha em outra instituição de saúde</i></b>		
Sim	3	25,0
Não	9	75,0
<b><i>Área de Atuação na outra instituição'</i></b>		
Urgência/emergência	2	66,7
UTI neonatal	1	33,3

Nota: (1) Percentual calculado somente entre aquelas que atuam em outra instituição

Todas as enfermeiras eram do sexo feminino (100%), a maior parte (58,3%) informou ter Especialização (como maior nível de Escolaridade) e 75% registraram não trabalhar em outra instituição de Saúde.

A Tabela 8 expõe a caracterização das enfermeiras quanto a idade, tempo de atuação total, na UTI Pediátrica e em outra instituição de saúde.

**Tabela 8** – Caracterização das enfermeiras quanto a idade, tempo de atuação profissional total, na UTI pediátrica e em outra instituição de saúde. Brasília – DF, 2013.

<b>Variáveis</b>	<b>Nº</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio- Padr</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
Idade <sup>1</sup>	12	37,8	6,4	24	46
Tempo de atuação profissional <sup>1</sup>	12	13,8	7,4	0	29
Tempo de atuação profissional na UTI pediátrica <sup>1</sup>	12	5,2	4,2	0	13
Tempo de atuação em outra instituição <sup>1</sup>	3	5,0	7,0	0	13

Nota: (1) medida em relação a anos

A idade mínima encontrada na amostra das enfermeiras foi de 24 anos e a máxima de 46 anos, a média das idades foi de 37,8 anos. O tempo médio de atuação na profissão foi de 13,8 anos, com tempo mínimo menor de um ano e máximo de 29 anos.

O tempo médio de atuação profissional na UTI Pediátrica foi de 5,2 anos, com tempo mínimo menor de um ano e máximo de 13 anos. Já o tempo médio de atuação profissional e outra instituição de saúde foi de cinco anos, com tempo mínimo menor de um ano e máximo de 13 anos.

A Tabela 9, apresentada a seguir, contém os dados sobre o conhecimento das enfermeiras acerca das escalas de prevenção de UP e sobre a inclusão de uma escala desse tipo na assistência de enfermagem de uma UTI Pediátrica.

**Tabela 9** – Conhecimento das enfermeiras sobre Escalas de Prevenção de risco para UP e sua inclusão na rotina assistencial da UTI Pediátrica. Brasília – DF, 2013.

<b>Variáveis</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b><i>Conhece alguma escala que envolve a prevenção de UP</i></b>		
Sim	4	33,3
Não	8	66,7
<b><i>Conhece a Escala de Braden Q</i></b>		
Sim	1	8,3
Não	11	91,7
<b><i>Utiliza a Escala de Braden Q na sua prática Assistencial</i></b>		
Sim	0	0,0
Não	12	100,0
<b><i>Acreditam que é importante o uso de uma escala na prevenção de UP na rotina assistencial de uma UTI Pediátrica</i></b>		
Sim	12	100,0
Não	0	0,0
<b><i>Justificativas para uso de escala de prevenção de UP na rotina assistencial da UTI<sup>1</sup></i></b>		
Padronizar a avaliação do risco	5	41,7
Posicionar melhor a criança e proporcionar a prevenção	5	41,7
Orientar/gerar um cuidado com mais qualidade	4	33,3
Proporcionar conforto/segurança ao paciente	4	33,3
Fundamentar a assistência cientificamente	3	25,0
Criar uma rotina visando a integridade da pele	2	16,7
Diminuir complicações/tempo de internação	2	16,7

Nota: (1) Percentual calculado entre aquelas que responderam Sim

A maior parte das enfermeiras (66,7%) não conhecia escalas de prevenção de UP. Nesse aspecto é importante mencionar que das quatro enfermeiras que referiram conhecer alguma escala, apenas uma citou o título da escala conhecida.

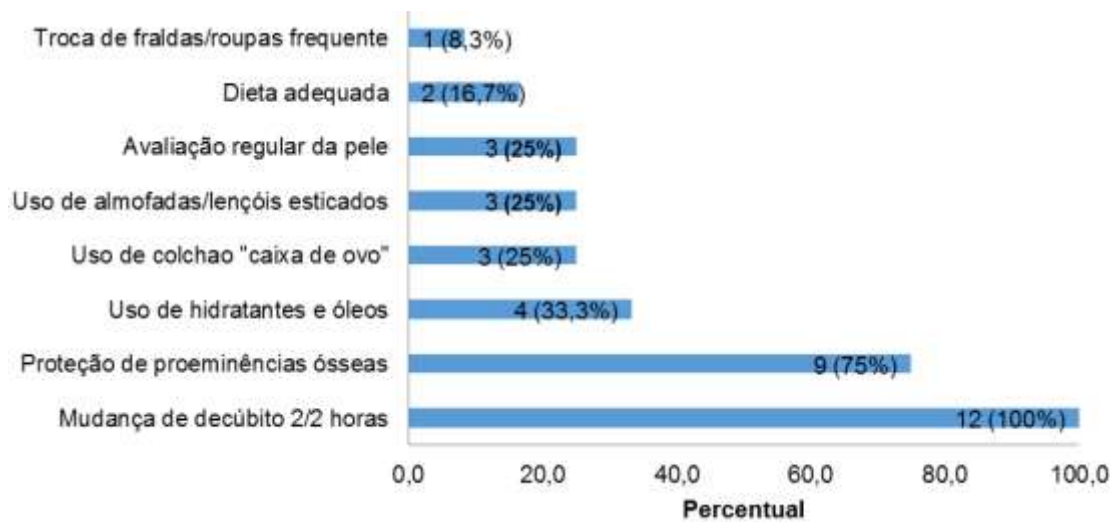
Em relação ao conhecimento da Escala de Braden Q, a maioria das enfermeiras (91,7%) referiu não conhecer a escala, e a única que afirmou conhecer a escala ressaltou como parâmetros a umidade e a mobilidade. Nenhuma enfermeira aplicava a Escala de Braden Q na prática assistencial.

No entanto, todas mencionaram ser importante a utilização de uma escala de predição de risco para UP na rotina assistencial de uma UTI Pediátrica, citando como justificativas: padronização da avaliação do risco (41,7%), posicionar melhor a criança e proporcionar a prevenção (41,7%).

O Gráfico 1 apresenta as medidas preventivas utilizadas na UTI pediátrica citadas pelas enfermeiras. Unanimemente, a mudança de decúbito foi descrita como medida



preventiva para UP, posteriormente a proteção de proeminências ósseas foi citada por 75% das enfermeiras.



**Gráfico 1** – Medidas preventivas para UP utilizadas pelas enfermeiras na UTI Pediátrica. Brasília - DF, 2013.

A Tabela 10 expõe informações sobre a contribuição da Escala de Braden Q para o PE e sobre a aplicação do Processo na UTI pesquisada.

**Tabela 10** – Contribuição da Escala de Braden Q para o Processo de Enfermagem e Aplicação do Processo na UTI Pediátrica. Brasília-DF, 2013.

Variáveis	Nº	%
<b><i>A inclusão da escala de Braden Q pode contribuir com o processo de Enfermagem</i></b>		
Sim	7	58,3
Não	0	0,0
Não sabe	5	41,7
<b><i>Justificativas da contribuição da Escala de Braden Q com o Processo de Enfermagem<sup>1</sup></i></b>		
Meio de avaliar o cuidado oferecido e contribuir consequentemente com o PE	4	57,1
Meio de fundamentar cientificamente o PE	2	28,5
Enriquecimento dos dados/informações	1	14,2
<b><i>Aplica o processo de enfermagem na UTI Pediátrica</i></b>		
Sim	7	58,3
Não	5	41,7
<b><i>Etapas realizadas<sup>2</sup></i></b>		
Prescrição	7	100,0
Evolução	5	71,4
Histórico	3	42,9
Planejamento	1	14,3

Nota: (1) Percentual calculado entre aquelas que responderam Sim;

(2) Percentual calculado somente entre aquelas que aplicam o processo na UTI pediátrica.

A maior parte das enfermeiras (58,3%) relatou que a Escala de Braden Q pode contribuir na aplicação do PE. E a justificativa mais citada por elas foi como meio de avaliar o cuidado oferecido (em relação à prevenção de UP) e contribuir consequentemente para a metodologia utilizada pelo PE.

A maioria das enfermeiras (58,3%) informou realizar o PE, sendo a etapa de prescrição a mais referida como a de maior frequência de aplicação. Cabe destacar que as etapas apontadas estão descritas na maneira como foram citadas pelas enfermeiras.

O Gráfico 2 expõe os fatores que facilitam a aplicação do PE na UTI Pediátrica. Foram citados: Sistema Informatizado (33,3%), Trabalho em equipe multidisciplinar (33,3%) e Equipe envolvida em melhorar a assistência prestada (33,3%).



**Gráfico 2** – Facilidades para execução do Processo de Enfermagem na UTI Pediátrica. Brasília - DF, 2013.

O Gráfico 3 exibe os pontos que dificultam a aplicação do PE na visão das enfermeiras entrevistadas. Foram descritos: Falta de conhecimento das etapas do PE (33,3%), Sistema Informatizado Incompleto (33,3%), Sobrecarga de trabalho no setor (33,3%) e número de profissionais de enfermagem reduzidos (33,3%).



**Gráfico 3** – Dificuldades para execução do Processo de Enfermagem na UTI Pediátrica. Brasília - DF, 2013.

#### 4.5 CARACTERIZAÇÃO DAS FORMAS DE REGISTRO E O PROCESSO DE ENFERMAGEM NA UTI PEDIÁTRICA

A Tabela 11 apresenta as etapas do PE observadas nos prontuários das crianças internadas na UTI Pediátrica.

**Tabela 11** – Etapas do Processo de Enfermagem presentes no prontuário das crianças internadas na UTI Pediátrica. Brasília – DF, 2013.

<b>Etapas do Processo de Enfermagem</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b><i>Diagnóstico de Enfermagem</i></b>		
Não	47	94,0
Sim	3	6,0
<b><i>Prescrição de Enfermagem</i></b>		
Não	43	86,0
Sim	7	14,0
<b><i>Tipo de Registro da Enfermagem</i></b>		
Anotação <sup>1</sup>	28	56,0
Evolução <sup>2</sup>	22	44,0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>

Nota: (1) Registro do Técnico de Enfermagem

(2) Registro da Enfermeira

Predominou a não realização dos diagnósticos de enfermagem (94%) e das prescrições de enfermagem (86%). Em relação ao tipo de registro presentes nos prontuários, prevaleceram as anotações dos técnicos de enfermagem (56%).

## 5 DISCUSSÃO

### 5.1 PERFIL SÓCIOECONÔMICO-DEMOGRÁFICO DAS CRIANÇAS

A idade média das crianças que participaram da pesquisa foi de 3,08 anos, e a maioria de crianças era menor de um ano. Em relação ao sexo, prevaleceu o masculino com 28 crianças. Semelhantemente, num estudo realizado em cinco UTI's Pediátricas em Porto Alegre, o qual investigou úlcera por estresse em crianças, identificou que a idade média foi de 16 meses e que 57% da amostra era do gênero masculino (ARAÚJO; VIERA; CARVALHO, 2010).

A cor branca predominou e a renda familiar da maioria da amostra infantil foi de um a dois salários mínimos. Esses achados foram diferentes de uma pesquisa realizada no sul do Brasil, que investigou crianças de zero a onze anos que foram hospitalizadas, sendo que as internações no primeiro ano foram mais frequentes entre crianças de pele negra e com renda familiar abaixo de um salário mínimo (MENEZES *et al.*, 2010).

Deve-se destacar que o local onde se realizou a presente pesquisa pertence à rede pública de saúde do Distrito Federal e é um hospital de referência para o atendimento infantil, participando do Sistema de Regulação de Leitos, tendo as suas vagas definidas pela Diretoria de Regulação da Secretaria de Saúde. Tal fato pode ter contribuído para uma maior universalização da população atendida e, conseqüentemente, refletir faixa de renda familiar variável.

Existem algumas evidências que sugerem a associação entre a cor da pele e o desenvolvimento de UP, no entanto não há uma explicação sólida que descreva como essa relação ocorre (CARNEVALE, 2003). Alguns pesquisadores acreditam que a pele negra pode ser mais resistente contra a agressão externa, ocasionada pela umidade e fricção; porém, é importante destacar a pele negra pode dificultar de certa forma a identificação de UP em estágio I (PARANHOS; SANTOS, 1999; ROGENSKI, 2002).

Conforme pode ser visualizado na Tabela 1, a escolaridade mais frequente foi a categoria analfabeta/não estuda com 86%. Esse dado pode ser explicado pela idade das crianças, pois a maior parte da amostra encontrava-se na faixa etária pré-escolar.

A maioria das crianças pesquisadas era procedente do Distrito Federal. Nas demais, embora fosse de se esperar maior número de crianças oriundas do Estado de Goiás, pela proximidade regional, houve predominância de crianças procedentes de outros estados. Esse dado pode ser explicado pela forte referência materno infantil do hospital onde se

desenvolveu a pesquisa, o que contribui para que os responsáveis pelas crianças, residentes em outros estados, busquem esse serviço.

Em relação ao responsável (acompanhante) pela criança, prevaleceu o grau de parentesco mãe/pai, de modo semelhante em um estudo realizado na clínica cirúrgica pediátrica de um hospital universitário do Rio de Janeiro, no qual mais de 80% dos acompanhantes era a mãe da criança (SOUSA *et al.*, 2012). Essas informações evidenciam que a mãe é o familiar que está mais presente durante a internação da criança, auxiliando-a no decorrer do seu tratamento ou deixando-a mais confortável e segura em relação à rotina hospitalar.

## 5.2 PERFIL CLÍNICO DAS CRIANÇAS

As morbidades que mais acometeram as crianças internadas na UTI pediátrica foram as doenças do sistema nervoso (30%), seguido de doenças do aparelho respiratório (22%). Em alguns estudos, os problemas respiratórios são mais frequentes do que as doenças do sistema nervoso. No estudo de Miranda *et al.* (2013), as crianças com até 13 anos, atendidas num pronto-socorro de um hospital universitário de Minas Gerais, apresentaram predominantemente problemas respiratórios, tendo as doenças neurológicas como a quarta causa de atendimento mais frequente. No estudo de Oliveira *et al.* (2012) também se encontrou, como primeiro motivo de internação hospitalar em crianças menores de cinco anos, as doenças do aparelho respiratório, com média de 49,6%.

Em relação aos medicamentos, os mais utilizados nas internações foram os analgésicos/anti-inflamatórios (98%), antibióticos (58%) seguidos dos medicamentos Antipsicótico/antidemencial/antiparkinsoniano/calmantes/sedativos (48%). Alguns medicamentos utilizados durante a internação na UTI, principalmente os de uso contínuo, podem colaborar para o aparecimento de UP. Por exemplo, sedativos e analgésicos reduzem a percepção da dor, mas prejudicam a mobilidade (BLANES; DUARTE; CALIL; FERREIRA, 2004). O uso de antibiótico também foi bastante frequente, visto que boa parte das crianças tinha problemas do sistema respiratório. De modo semelhante, um estudo realizado num hospital infantil de referência de Santa Catarina, que investigou as características de crianças internadas com problemas respiratórios, verificou que 39,2% utilizavam antibióticos (VERAS; SAKAE, 2010).

No tocante às internações anteriores, 29 crianças foram hospitalizadas nos primeiros seis meses do ano de 2012, ou seja, antes da realização da coleta de dados desse estudo. Tais

internações não ocorreram, necessariamente, na UTI Pediátrica, mas em outros setores e em outros hospitais. Dessas internações, as causas mais frequentes foram os problemas respiratórios (37%) e a própria doença (24,1%), por exemplo, diabetes e paralisia cerebral. As doenças infecciosas também foram a principal causa de internação no primeiro ano de vida de crianças pesquisadas no sul do Brasil, onde 19,6% apresentaram infecções respiratórias, sendo 9,7% por bronquite aguda (MENEZES *et al.*, 2010).

Ainda quanto às internações anteriores, as crianças da amostra estudada permaneceram internadas até dez dias, indicando a possível relação com antibioticoterapia endovenosa para tratamento de problemas respiratórios ou suporte ventilatório.

No que se refere à internação das crianças estudadas, o tempo médio de permanência no hospital foi de 24,10 dias, sendo que a maioria permaneceu por até dez dias. Num estudo realizado no Paraná, utilizando prontuários de enfermarias pediátricas, o tempo médio de internação foi de 8,9 dias (OLIVEIRA *et al.*, 2012). Subentende-se, assim, que na UTI Pediátrica o tempo de internação pode ser maior devido à gravidade do quadro clínico das crianças, as quais necessitam de mais dias de tratamento e/ou acompanhamento médico.

Carvalho *et al.* (2011) descreveu, em sua pesquisa, que o tempo médio de internação, entre as crianças que apresentaram UP, foi de 21,4 dias, variando entre cinco e 45 dias. Entre as que não apresentaram UP, o tempo médio de internação foi de 7,7 dias. Revelando, assim, uma possível associação entre o tempo de internação e o surgimento de UP em crianças.

No que diz respeito ao acompanhamento da criança na Estratégia Saúde da Família, observou-se um equilíbrio entre os que não acompanhavam (50%) e os que faziam essa modalidade de acompanhamento (50%). Vale ressaltar que a população coberta pelas ESF no Distrito Federal no ano de 2012 foi um pouco maior que 5% em relação à população geral dessa unidade federativa, conforme pode ser constatado no Sistema de Atenção Básica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013).

Esse percentual ainda precisa ser ampliado, seja por criação de mais ESF, seja por conscientização da comunidade de que o acompanhamento da criança na atenção básica é indispensável, conseguindo assim uma maior adesão das pessoas a esse tipo de atendimento, pois é nessa unidade de saúde que a criança receberá ações de prevenção e promoção da saúde.

### 5.3 ESCALA DE BRADEN Q E A COMPARAÇÃO COM AS VARIÁVEIS

A Tabela 3 descreve a faixa de escores da Escala de Braden Q. Deu-se preferência para a classificação em faixas de escore para melhor apresentação dos dados. Destaca-se que a validação e adaptação para o Brasil da Escala não permitiu a classificação de risco dos escores, como na Escala de Braden (adulto).

Em seu trabalho, Maia *et al.* (2011) ressalta que os escores devem ser estabelecidos e validados de acordo com o risco para populações com diferentes características clínicas e demográficas na Pediatria.

Entende-se aqui que, pela ausência de casos novos de UP na amostra estudada, a estratificação dos escores em intervalos fica de certa forma limitada, pois como não foi observada a incidência de UP não se pode fazer a classificação das crianças de acordo com os escores obtidos. Destaca-se, assim, a média dos escores totais, que foi de 20,16, o que demonstra ser uma média alta em relação ao escore máximo (valor: 28), corroborando de certa maneira com a não incidência de UP na amostra.

Conforme apresentado nos resultados (Tabela 4), na variável mobilidade, da escala de Braden Q, houve predomínio do Escore 4, em 20 crianças (40%), indicando que estas mudavam de posição sem limitações.

Tal achado pode ser explicado devido à maior parte da amostra ter sido de crianças menores de um ano, as quais ficavam mais inquietas no leito e, dependendo do estado clínico, eram seguradas pelas mães, frequentemente nos braços. Também há de se considerar que o peso e a estatura dessas crianças facilitavam a mobilidade delas em comparação a outras crianças mais velhas.

Quanto à subescala atividade, houve predomínio do escore 4, sendo observado em 25 das crianças (50%), indicando que as crianças eram jovens demais para deambular ou deambulavam frequentemente. Esse resultado pode ser também justificado pela predominância de crianças menores de um ano na amostra.

Quanto à subescala percepção sensorial, a maioria da amostra estudada (52%) recebeu o escore 4. Isso pode ter ocorrido porque poucas crianças usavam sedação contínua no período da coleta.

Os achados do presente estudo são diferentes de algumas pesquisas, como a de Carvalho *et al.* (2011), que, na subescala mobilidade, obteve 38,4% das avaliações escores baixos, entre um e dois. Ainda se obteve, na subescala atividade, incidência elevada (97,7%) de crianças acamadas, por apresentarem comprometimento clínico que as impedia até mesmo

de estar nos braços do cuidador. Com relação ao item percepção sensorial, em 37,8% das avaliações os escores foram entre um e dois, fato que pode ser explicado pelo grande número de pacientes em uso de sedativo contínuo.

Quanto à variável umidade, o escore 3 predominou na amostra estudada (38%), que corresponde a ocasionalmente úmida, achado que pode ser esclarecido pela troca de fraldas e/ou roupas frequente, a qual era realizada em horários de rotina do setor ou sempre que necessário. Outro ponto relevante nesse parâmetro diz respeito ao ambiente da UTI Pediátrica, o qual era climatizado, ou seja, com ar-condicionado, o que dificultava a sudorese excessiva das crianças.

O escore 2 prevaleceu (52%) na subescala fricção e cisalhamento, que significa problema (é difícil se levantar completamente sem deslizar sobre os lençóis do leito ou cadeira, necessitando de reposicionamento frequente com o máximo de assistência), fato que pode ser explicado pelo posicionamento da criança no leito, pois grande parte delas era lactente e as camas eram mais adequadas para as crianças maiores; sendo assim, as menores necessitavam de apoio, como coxins, para melhor acomodação das mesmas.

Para a variável nutrição, o escore mais frequente foi o 3 (50%), que se refere a adequada (dieta por sonda ou NPP que fornece calorias e minerais suficientes para a idade ou come mais da metade da maioria das refeições). No cotidiano, alguns profissionais mencionam a desnutrição como um ponto importante no desenvolvimento de UP; eles referem que a úlcera é uma consequência da fragilidade interna e têm observado que paciente com UP ou com alto risco para o seu desenvolvimento frequentemente não estão nutridos de forma adequada (HENGSTERMANN; FISCHER; STEINHAGEN-THIESEN; SCHULZ, 2007; SCHOLS; ENDE, 2004).

Em relação ao aspecto nutricional avaliado pela Escala de Braden, Fernandes e Caliri (2008) ressalta que o mesmo é limitado, pois avalia a ingestão e não o estado nutricional da pessoa. Desta forma, acreditam que é necessário mais estudos envolvendo esse item da escala para que se argumente melhor a relação entre a nutrição e o risco para UP.

A perfusão tissular e a oxigenação tiveram predominantemente o escore 4 (64%), que as classifica como excelente. A UTI Pediátrica pesquisada possui fisioterapeutas em sua equipe, que, além de exercerem fisioterapia motora, também praticavam fisioterapia respiratória, proporcionando uma melhora do padrão respiratório das crianças.

O papel do fisioterapeuta em pacientes na UTI sob ventilação mecânica é fundamental, o qual deve estar junto do paciente durante um maior período, quando ele é submetido na ventilação mecânica invasiva ou não invasiva, para que fiquem atentos a



qualquer intercorrência durante esse período de adaptação com o aparelho, utilizando técnicas de higiene brônquica e atuando no desmame do ventilador mecânico, melhorando assim a oxigenação do paciente (SILVA; FORMIGA, 2010).

No que diz respeito às relações entre as variáveis e a Escala de Braden Q, a única que foi estatisticamente significativa foi a idade ( $p=0,045$ ), a qual as crianças menores de um ano tiveram maior média (21,27), podendo inferir que elas possuem menor risco para desenvolver UP (Tabela 5).

De forma diferente, um estudo transversal que utilizou prontuários de crianças internadas na UTI Pediátrica identificou que as UP eram mais fáceis de desenvolver em crianças menores de dois anos, no momento da internação na UTI Pediátrica do que nas crianças mais velhas (SCHINDLER, *et al.* 2011).

### **5.3.1 Medidas preventivas para UP observadas na UTI Pediátrica**

De acordo com a Tabela 6, é possível observar que a mudança de decúbito era realizada na maior parte da amostra infantil (70%). O reposicionamento deve ser realizado para reduzir a duração e a intensidade da pressão sobre áreas vulneráveis do corpo para evitar o surgimento de UP, por isso ele deve ser considerado para todos os pacientes em situação de risco. Uma grande pressão sobre as proeminências ósseas, mesmo que por um curto período de tempo, e uma pequena pressão sobre esses locais por um longo período de tempo, são igualmente prejudiciais. Nesse sentido, a fim de diminuir o risco de um indivíduo desenvolver UP, é necessário reduzir o tempo e a quantidade pressão a que ele está exposto (EPUAP, 2009).

Deste modo, as mudanças de decúbitos precisam ser realizadas em horários programados, para indivíduos que estejam parcialmente ou totalmente restritos no leito, e essa frequência deve levar em conta a condição clínica do paciente - condição médica geral, objetivos do tratamento, avaliação da pele e nível de atividade e mobilidade (WOCN, 2010; EPUAP, 2009).

A não utilização do lençol móvel predominou nas crianças pesquisadas (62%) (Tabela 6). O uso do lençol móvel é importante para elevar, movimentar ou transferir o paciente por duas pessoas, evitando assim arrastá-lo no leito; pois isso constitui um dos fatores que causa danos aos tecidos pela fricção e cisalhamento (EPUAP, 2009).

Prevaleceu a utilização de almofadas nos calcâneos das crianças (54%) hospitalizadas na UTI Pediátrica. As almofadas são equipamentos utilizados para prevenção de UP, pois elas

reduzem a pressão sobre as proeminências ósseas e aumentam o conforto do paciente, além de serem mais econômicas e de fácil aquisição (MARQUES, 2011).

Além dos calcâneos, Luz, Lopacinski, Fraga, Urban (2010) afirmam que é necessária a utilização de almofadas também entre os tornozelos e joelhos quando o paciente estiver em decúbito lateral. Outra peculiaridade em relação a esse decúbito é que o plano frontal do paciente e o leito devem formar um ângulo de 30°, obtido com o uso de coxins para evitar pressão direta sobre o trocânter maior; a cabeceira do leito deve estar em ângulo igual ou menor a 30°, para diminuir a tendência ao deslizamento que pode gerar atrito e cisalhamento.

A maioria das crianças (78%) não recebeu óleo com ácidos graxos essenciais (AGE) após a sua higienização. Os produtos à base de AGE podem conter um ou dois ácidos graxos essenciais (ácido linolênico e ácido linoléico), acrescidos de outras substâncias, tais como as vitaminas A, E e lecitina de soja, ou integrar formulações de triglicérides de cadeia média (TCM). Os AGE favorecem a manutenção da integridade da pele, por conter propriedades hidratantes e evitar a perda de água transepidérmica. A vitamina E tem propriedade antioxidante e protege a membrana celular do ataque dos radicais livres (QUEGE *et al.*, 2008).

Outro fator de proteção para UP é a utilização de hidratantes; como pode ser visto na Tabela 6, 54% da amostra infantil utilizavam esse produto. Rogenski e Kurcgant (2012) citam num protocolo para prevenção de UP o uso de emoliente suave, imediatamente, após o banho, para a proteção e hidratação da pele. Porém é importante utilizar esses produtos sem massagear fortemente áreas com hiperemia, devido ao risco de rompimento de vasos nos tecidos subjacentes e áreas de proeminências ósseas.

Rangel e Caliri (2009) também citam que os prejuízos causados pela fricção podem ser reduzidos pelo uso de produtos lubrificantes, tais como hidratantes e óleos e pelo uso de películas protetoras como os hidrocolóides finos.

O colchão mais utilizado pelas crianças foi o de espuma (98%). No entanto, é importante ressaltar que existe uma variedade de produtos disponíveis no mercado, incluindo colchões, camas de sistema integrado, colchonetes e almofadas, que podem ser compostos de ar, espuma, gel, líquido viscoso, elastômero ou água. O colchão é projetado para ser colocado diretamente sobre o estrado da cama, enquanto que outras superfícies, denominadas de sobreposição, como o colchonete e as almofadas, são idealizadas para serem usadas sobre superfícies já existentes. O colchão piramidal classifica-se nesta última categoria e ainda é bastante utilizado nos hospitais e no domicílio para a prevenção de UP (ROLIM *et al.*, 2013).

Em relação ao colchão piramidal, esse aumenta o conforto, mas não reduz a pressão; para a pessoa que já tem a úlcera o adequado é o colchão de ar ou água. O colchão piramidal deve ter picos de espuma que devem ficar direcionados para cima, colocado sobre o colchão de espuma convencional, recoberto com um lençol, havendo o cuidado para que pregas não sejam formadas. É indicado a pacientes com certo grau de mobilidade ou de baixo peso, e de baixo a moderado risco para desenvolvimento de UP. O mais adequado é aquele com pirâmides de 7cm de altura e densidade mínima de 28, pois conseguem reduzir a pressão de forma mais eficiente (CHAYAMITI, 2011).

É importante ressaltar que nenhum equipamento exclui a necessidade de uma vigilância cuidadosa da equipe de enfermagem. Por isso é importante que a equipe esteja atenta e desempenhe as medidas de prevenção para UP junto àquelas crianças com mais risco para o seu desenvolvimento.

Foi observado que apenas algumas crianças receberam outros cuidados preventivos para as UP. No entanto, destaca-se o uso de óxido de zinco, em algumas áreas de risco para UP, em uma parte das crianças (30%). O uso de barreiras tópicas protetoras (cremes, pomadas de óxido de zinco, filmes transparentes), fraldas descartáveis absorventes, coletores de urina ou sondagem vesical, se necessário, são medidas preventivas para minimizar a ação da exposição da pele à umidade. É importante reduzir a umidade, pois o excesso de umidade na pele é um fator preponderante para o desenvolvimento de UP, uma vez que pode torná-la mais susceptível às macerações, irritações e colonização por micro-organismo, sendo mais frequentes quando existe incontinência fecal e urinária concomitantemente (EPUAP, 2009).

#### 5.4 INCIDÊNCIA DE UP NA UTI PEDIÁTRICA

Não se observou nenhuma UP nas crianças durante a coleta de dados.

Acredita-se que alguns fatores possam ter contribuído para que a incidência de UP não tenha sido observada, entre eles: a facilidade em se realizar mudança de decúbito, as condições fisiológicas da pele, a praticidade para a troca frequente de roupas das crianças, e outras.

Num trabalho realizado em todas as unidades de internação pediátrica de um hospital universitário, que investigou a incidência de UP numa amostra de 253 crianças, apenas quatro desenvolveram UP, duas crianças desenvolveram UP estágio II nas mãos após um longo período de cirurgia e duas crianças desenvolveram UP estágio I na região occipital (NOONAN; QUIGLEY; CURLEY, 2006).

Em outro estudo que pesquisou a ocorrência de UP em neonatos e crianças internadas na UTI Neonatal e Pediátrica, Clínica Pediátrica, Cirurgia Pediátrica e Isolamento Pediátrico, a amostra constituiu-se de 62 crianças, sendo que apenas quatro delas desenvolveram UP na instituição e uma já foi admitida com a lesão devido ao uso de cadeira de rodas (CROZETA; STOCCO; DANSKI; MEIER, 2010).

Infere-se que, como o surgimento de UP em pediatria é um evento raro, necessita-se de uma avaliação com uma amostra muito elevada, envolvendo mais setores e/ou instituições de saúde e/ou um período maior de observação, para que se consiga caracterizar melhor esse risco avaliado pela Escala de Braden Q.

Outro ponto que merece atenção é que, mesmo o setor não tendo instituído a utilização de uma escala preditiva de risco de UP em sua rotina assistencial, as enfermeiras adotam medidas relativas à essa prevenção, que tem evitado o surgimento de lesões.

## 5.5 CARACTERIZAÇÃO DOS ENFERMEIROS, CONHECIMENTO ACERCA DA ADOÇÃO DA ESCALA DE BRADEN Q E O USO DE MEDIDAS PREVENTIVAS DE UP PELAS ENFERMEIRAS

### 5.5.1. Caracterização dos enfermeiros

Como pode ser visualizado na Tabela 7, todas as enfermeiras que preencheram o formulário eram do sexo feminino (100%). A maior parte informou ter nível de escolaridade de Especialização (58,3%) e não trabalhava em outra instituição (75,5%). Apenas três enfermeiras atuavam em outra instituição e, dessas, duas trabalhavam no serviço de urgência/emergência e uma na UTI Neonatal.

A idade média das enfermeiras foi de 37,8 ( $\pm$  6,4) anos, com idade mínima de 24 e máxima de 46. O tempo médio de atuação profissional foi de 13,8 anos. Já o tempo médio de atuação profissional na UTI Pediátrica foi de 5,2 ( $\pm$  4,2) anos e em outra instituição de saúde foi de cinco anos (Tabela 8).

Num estudo que pesquisou o conhecimento da SAE dos enfermeiros de UTI's, a amostra se caracterizou de forma bastante semelhante: verificou-se faixa etária ampla, situando-se de 24 a 64 anos, com idade média de 37 ( $\pm$  9,0) anos. A maioria era do sexo feminino (89%). Quanto ao tempo de formação profissional, constatou-se que 42% da amostra tinham dez anos de formação acadêmica. Quanto ao nível de formação, a maioria (86%) tinha especialidade e apenas 3% eram mestres (SILVA, E. *et al.*, 2011).

Outro trabalho que abordava a prevenção e tratamento de UP em UTI pelos enfermeiros também se caracterizou de forma análoga ao presente estudo, em relação ao tempo de experiência em UTI, sendo observado um percentual maior entre um e cinco anos, com quatro sujeitos (44,5%), e menos de um ano, com dois enfermeiros (22,5%) (ROLIM *et al.*, 2013).

O tempo médio de atuação na UTI Pediátrica pesquisada foi relativamente pequeno (5,2 anos); no entanto, havia alguns profissionais com tempo longo de atuação nessa UTI (até 13 anos), o que de certa forma permite afirmar que há profissionais suficientemente experientes no cuidar, nesse ambiente (Tabela 8).

Como foi mencionado anteriormente, 58,3% dos profissionais tinham especialização, porém 41,7% destes completaram sua formação até a graduação. Esse aspecto sugere a necessidade de incentivo para que esses profissionais venham a completar sua formação com atividades de pós-graduação, considerando ser importante a realização de ações de educação continuada visando uma atualização contínua desses profissionais, pois o conhecimento é um processo dinâmico, o qual precisa estar sempre presente na assistência prestada pelos enfermeiros.

### **5.5.2 Conhecimento acerca da adoção da escala de Braden Q e o uso medidas preventivas de UP pelas enfermeiras**

Grande parte da amostra (66,7%) referiu não conhecer escalas de prevenção de UP. Porém, cabe destacar que, das 33,3% que mencionaram conhecer alguma escala desse tipo, apenas 8,3% citou o nome de uma escala, quando solicitado (Tabela 9).

Numa pesquisa que objetivou verificar o conhecimento dos enfermeiros acerca dos instrumentos de avaliação de risco para UP, dos 14 entrevistados apenas sete referiram conhecer alguma escala desse tipo e desses, apenas seis citaram alguma escala (MORITA; POVEDA; SANTOS; MARCELINO, 2012).

A maioria das enfermeiras (91,7%) citou não conhecer a Escala de Braden Q e nenhuma delas utilizava-a. Na prática profissional, talvez esse fato possa ser explicado pela recente tradução e validação da mesma, realizada em 2007, assim como a publicação em periódico na forma de artigo científico, em 2011 (MAIA, 2007; MAIA *et al.*, 2011).

Nesse sentido, reforça-se a importância da atualização de conhecimento que envolve o cuidar em pediatria, pois as escalas constituem-se um tipo de tecnologia cada vez mais

utilizada na Enfermagem, já que as mesmas são capazes de quantificar um determinado parâmetro e assim direcionar a assistência fundamentada em princípios científicos.

Todas as enfermeiras (100%) relataram ser importante a utilização de uma escala na prevenção de UP na rotina assistencial da UTI Pediátrica. Os motivos mais citados foram: padronizar a avaliação do risco (41,7%) e posicionar melhor a criança e proporcionar a prevenção (41,7%) (Tabela 9).

Além de padronizar a avaliação do risco de desenvolvimento de UP nas crianças, a avaliação é feita com mais segurança e o resultado é mais confiável, pois o enfermeiro estará utilizando um instrumento próprio para essa situação, o qual já teve sua confiabilidade e validade testadas para predizer o risco do desenvolvimento da lesão.

O posicionamento adequado da criança é importante não apenas para prevenção de UP, mas também para proporcionar um melhor conforto à criança, a qual já é submetida a inúmeros procedimentos invasivos e desconfortantes durante a sua hospitalização.

No estudo de Rolim *et al.* (2013), os enfermeiros mostraram preocupação não somente com a prevenção de complicações, mas também com o bem-estar do paciente, se reportando à importância da prevenção e tratamento da UP, como maneira de melhorar o prognóstico do paciente, prevenir infecções e diminuir o desconforto.

Quanto às medidas preventivas utilizadas e citadas pelas enfermeiras, 100% da amostra estudada mencionou como fator de prevenção para UP a mudança de decúbito seguido de proteção de proeminências ósseas (75%) (Gráfico1).

Da mesma forma, uma pesquisa realizada na UTI de um hospital de ensino da Paraíba, os enfermeiros ressaltaram que a maior preocupação é a realização da mudança de decúbito como medida de prevenção de UP (ROLIM *et al.*, 2013).

Outro estudo enfatiza a importância de inserir na atuação da equipe de enfermagem, de maneira sistematizada e rotineira, as estratégias de prevenção para UP tais como: mudanças de decúbito, colocação de colchões adequados para o alívio da pressão, bem como as demais medidas preconizadas em protocolos pré-estabelecidos (ROGENSKI; KURCGANT, 2012).

Uma pesquisa que teve como objetivo analisar a atuação dos enfermeiros de unidade de terapia intensiva na prevenção da UP, realizada num hospital universitário do Rio Grande do Norte, obteve constantemente nos seus resultados a citação nos discursos dos enfermeiros sobre a aplicação de placas de hidrocolóide nas proeminências ósseas, de acordo com a disponibilidade do produto na Instituição (DANTAS *et al.*, 2013).

As placas devem ser colocadas nas áreas de proeminências ósseas com a intenção de promover o alívio da pressão que é aplicada diretamente sobre a pele, mas que este

dispositivo não substitui a mudança de decúbito e demais cuidados com a pele (EPUAP, 2009).

## 5.6 ESCALA DE BRADEN Q E O PROCESSO DE ENFERMAGEM, FACILIDADES E DIFICULDADES NA APLICAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM E AS FORMAS DE REGISTROS NA UTI PEDIÁTRICA

### 5.6.1 Escala de Braden Q e o Processo de Enfermagem

Grande parte das enfermeiras (58,3%) referiu que a inclusão da Escala de Braden Q na assistência pode contribuir com o PE. Dentre essas que acreditam nesse apoio, a maioria delas (57,1%) citou como justificativa por constituir um meio de avaliar o cuidado oferecido e colaborar consequentemente com o PE (Tabela 10).

Sabe-se que a utilização de uma escala de avaliação de risco, nesse caso a Escala de Braden Q, contribui significativamente para estabelecer um planejamento mais direcionado para cada criança, em relação aos cuidados para prevenção de UP, contribuindo, consequentemente, para a aplicação do PE e definição de intervenções mais apropriadas à clientela.

Assim, acredita-se que a Escala de Braden Q pode fortalecer o PE embasando-o cientificamente garantindo maior segurança e autonomia ao enfermeiro nas suas decisões, favorecendo uma atenção individualizada e sistematizada às crianças em relação à prevenção de UP.

A maior parte das enfermeiras (58,3%) relatou fazer aplicação do PE. Dessas profissionais que realizavam o PE, a etapa mais frequente foi a prescrição (100%). Assim, o PE era realizado de maneira parcial no setor pesquisado. Cabe destacar que nenhuma enfermeira citou a realização do Diagnóstico de Enfermagem, como etapa do PE (Tabela 10).

Numa pesquisa realizada num hospital do Ceará, que enfatizou a implementação da SAE na UTI, afirmou-se que a SAE constitui um desafio. A aplicação das cinco etapas do PE é realizada apenas em um setor de um hospital da região. Nas demais instituições, quando realizado o PE, este é feito de forma incompleta, limitando-se a prescrições, evoluções e, em uma instituição, à elaboração de diagnósticos de enfermagem. Na instituição que foi estudada, o PE existia de forma incompleta, prendendo-se no uso de um instrumento impresso e diagnósticos e prescrições diárias (OLIVEIRA, *et al.*, 2012).

Silva *et al.* (2013) ressalta que, dentre as fases do processo descritas pelos enfermeiros que participaram da sua pesquisa, apesar da maioria utilizar quase todas as etapas do processo, a grande dificuldade é a aplicação da fase do diagnóstico de enfermagem.

### **5.6.2 Facilidades para Aplicação do Processo de Enfermagem**

Conforme pode ser visualizado no Gráfico 2, o sistema informatizado (prontuário eletrônico) foi citado pelas enfermeiras como fator que facilita a aplicação do PE.

As contribuições tecnológicas, as quais estão cada vez mais rápidas e capazes de processarem dados e informações de maneiras mais precisas, garantem aos serviços de saúde meios informatizados de planejamento, controle e avaliação. Analisando por este lado, a informação é indispensável para qualquer ação ou decisão na vida cotidiana, uma vez que se constitui como insumo para o processo decisório inerente às instituições e aos indivíduos (ANTUNES, 2006).

Infere-se que, a partir do conteúdo tecnológico desenvolvido e utilizado, o sistema informatizado do PE poderá oportunizar aos enfermeiros o conhecimento e a condição indispensáveis e adequados para que eles sintam segurança na tomada de decisão durante a assistência de enfermagem em terapia intensiva (BARRA, 2008; ANTUNES, 2006).

Barra e Dal Sasso (2010) pesquisaram a utilização do sistema informatizado para o PE em Terapia Intensiva, a partir da CIPE® versão 1.0. Observou-se, durante o período da coleta de dados e mediante o número de Diagnósticos e Intervenções validados, que os enfermeiros não apresentaram dificuldades na utilização da CIPE®. O raciocínio clínico desenvolvido pelos enfermeiros acompanhou a estrutura de dados do sistema facilitando a aplicação prática.

Sistemas de informação computadorizados, como o sistema eletrônico em questão, trazem benefícios aos usuários, como por exemplo: melhorando o tempo gasto em documentar as informações do paciente, eliminando as redundâncias, melhorando o tempo de comunicação entre a equipe, otimizando o acesso à informação e oferecendo informações à equipe multidisciplinar (PERES; LEITE, 2010).

Nesse contexto, pode-se afirmar que a utilização comum pela equipe interdisciplinar de um sistema informatizado, o qual envolve os dados referentes aos pacientes de um serviço, facilita, de certa forma, a comunicação entre os diferentes profissionais, assim como favorece a identificação das necessidades dos pacientes de uma maneira mais ampla.

Em seguida, a assistência prestada na UTI por uma equipe multidisciplinar também foi citada pelas enfermeiras como um fator que facilita o desenvolvimento do PE.



Entende-se como interdisciplinaridade a interação entre uma ou mais disciplinas, sendo que essa interação pode variar desde a simples comunicação de ideias até a integração mútua de conceitos (MATOS; PIRES, GELBCKE, 2012). A equipe interdisciplinar constitui-se num espaço privilegiado para o desenvolvimento de relações mais igualitárias entre os envolvidos, uma vez que pressupõe a construção de outros modos de vivenciar a gestão e organização do trabalho em saúde com a participação de todos no planejamento, execução e avaliação global da assistência (MATOS; PIRES; CAMPOS, 2009).

Dentro do contexto do trabalho em saúde, a assistência feita pela equipe multidisciplinar vem sendo construída cada vez mais nos ambientes hospitalares e, conseqüentemente, nas UTI's. Constituindo-se num método em que diversas disciplinas/profissões possuem uma finalidade em comum, a integralidade da assistência aos usuários dos serviços de saúde.

Em relação à equipe envolvida com o cuidado, outro ponto citado pelas enfermeiras, infere-se que as relações inerentes ao trabalho em equipe não devem ser restritas apenas às profissões, mas também considerar as interfaces existentes entre elas, ou seja, todo o contexto em que as mesmas estão inseridas. Nessa perspectiva de trabalho em saúde, na qual se tem o reconhecimento do trabalho do outro, também é necessária uma boa relação entre os envolvidos, mediada pela comunicação e sustentada pela ética (DUARTE *et al.*, 2012).

Dessa forma, a equipe perceberá as reais necessidades das crianças internadas na UTI baseando-se nas ações das diversas categorias profissionais existentes nesse ambiente, visando, assim, um tratamento eficaz e uma assistência de qualidade.

Conforme descreve Matos, Pires e Gelbcke (2012), pelo modo como operam as equipes interdisciplinares, é possível afirmar que a participação nas mesmas tem reflexos positivos na prática profissional de enfermagem, fazendo com que os profissionais repensem suas relações, buscando mudanças significativas para a organização do trabalho.

Assim, acredita-se que a equipe interdisciplinar envolvida com uma assistência de qualidade às crianças contribuirá para organização do processo de trabalho na enfermagem, fornecendo conjuntamente um cuidado mais integral. Logo, o PE se beneficiará com informações mais amplas e coerentes geradas por essa equipe, as quais permitirão um bom planejamento e condutas adequadas.

### 5.6.3 Dificuldades para Aplicação do Processo de Enfermagem

De acordo com o Gráfico 3, pode-se verificar que o fator que dificulta a realização do PE, mencionado por grande parte das enfermeiras, foi a falta de conhecimento das etapas do mesmo.

Semelhantemente, no estudo de Silva, E. *et al.* (2011), realizado com enfermeiros dos setores de internação de um hospital de Pernambuco, destaca-se que 52% da amostra não sabia as etapas do PE.

Takahashi, Barros, Michel, Souza (2008) concluíram, em seu trabalho, que a falta de conhecimento suficiente das enfermeiras sobre o PE, é uma barreira para a sua adesão à execução deste método assistencial nas instituições de saúde. Quando o realizam sem o necessário conhecimento, o fazem apenas para o cumprimento de tarefa institucional, não existindo a conscientização coletiva da importância deste processo para a sua atuação como profissional da saúde com responsabilidade social.

Outra pesquisa realizada com enfermeiros de um hospital no estado de Goiás, o qual se pesquisou o conhecimento desses profissionais sobre a Sistematização de Assistência em Enfermagem, ao serem questionados sobre as etapas que compõem esse processo, observou-se a falta de conhecimento das mesmas e citaram, como desvantagem para a realização do processo, a demora da realização do mesmo (MEIRELES; SILVA; LOPES, 2012).

Nesse sentido, o conhecimento é uma competência necessária para a atuação do enfermeiro, pois a partir dele o profissional fica mais seguro para tomar decisões em todos os âmbitos, seja em relação ao paciente, à equipe ou até mesmo aos assuntos burocráticos do serviço.

Consequentemente, esse conhecimento se reflete na equipe de enfermagem, haja vista que esta tem o enfermeiro como um condutor. Assim, a iniciativa para assumir condutas e atitudes está intimamente relacionada ao conhecimento que o profissional possui, pois este dá para os enfermeiros a certeza de estarem agindo da maneira mais certa e apropriada (DOMINGUES; CHAVES, 2005).

O sistema informatizado foi um fator citado tanto nas facilidades quanto nas dificuldades da aplicação do PE. Talvez pelo fato de o mesmo ter sido introduzido recentemente nos hospitais da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, os profissionais não tenham total segurança e/ou conhecimento para executá-lo.

Como mencionado anteriormente, o sistema informatizado que envolve o prontuário clínico dos pacientes atendidos nos hospitais da Secretaria do Distrito Federal possui um

campo específico para o diagnóstico e prescrição de enfermagem. O campo destinado ao registro da evolução é um espaço comum para toda equipe de enfermagem, o que, de certa forma, prejudica a realização completa do PE, pois, na maioria dessas instituições, não se preenche mais nenhum formulário impresso relacionado a essa atividade, ficando, assim, uma lacuna para as outras etapas.

Numa pesquisa realizada com enfermeiras da UTI de um hospital universitário no sul do Brasil, observou-se que a informática acaba por dificultar a implantação do PE informatizado, especialmente pelo modo como vem sendo utilizada atualmente na instituição onde se desenvolveu o estudo, uma vez que não há uma metodologia de enfermagem específica para a UTI, e sim para toda a unidade hospitalar. O “copiar e colar” de um arquivo para outro, que ocorre frequentemente na prescrição de enfermagem, não está relacionado com o cliente específico da UTI; não há espaço para o histórico de enfermagem, evolução, entre outros (BARRA; DAL SASSO; MONTICELLI, 2009).

Outro estudo envolvendo a implementação de um sistema informatizado na documentação em enfermagem, as enfermeiras entrevistadas também reconheceram os desafios referentes ao processo de informatização da documentação de enfermagem; contudo, expressaram na dimensão pessoal, bem como na dimensão coletiva, encarar de maneira proativa a insegurança e as possíveis manifestações de resistência em relação a este processo (LIMA; MELO, 2011).

Segundo Chiavenato (2002), para toda mudança numa organização necessita-se de transformações nas ações cotidianas, nas relações de trabalho, nas responsabilidades, nos comportamentos e nos costumes das pessoas que a compõem. Assim, para que qualquer modificação organizacional aconteça, de fato, cada pessoa envolvida deve pensar, sentir e fazer algo diferente.

Mesmo com os desafios encontrados no uso da informática no processo assistencial em saúde, Peres e Leite (2010) ressaltam que a utilização de um sistema computadorizado, que auxilia a documentação e processa as informações no cuidado direto ao paciente, é fundamental no contexto do PE, que requer a integração e interpretação de complexas informações clínicas para a tomada de decisões acerca do cuidado de enfermagem individualizado.

Outra barreira para aplicação do PE citada pelas enfermeiras foi a sobrecarga de trabalho/*déficit* de profissionais.

Uma pesquisa qualitativa realizada com enfermeiros de um hospital filantrópico de Goiás, semelhantemente, encontrou esse mesmo dado. Os profissionais afirmaram que um dos

fatores que dificulta a execução do PE é a sobrecarga de trabalho e o número insuficiente de profissionais para o desempenho da atividade (MEIRELES; SILVA; LOPES, 2012).

Alguns autores referiram a sobrecarga de atividades como limitação para o desenvolvimento do PE, pois seria necessário maior disponibilidade/tempo do enfermeiro para atividades de preenchimento dos formulários, assim como a necessidade de mais profissionais na instituição (AMANTE; ROSSETTO; SCHNEIDER, 2009; FRANÇA *et al.*, 2007).

No estudo de Takahashi, Barros, Michel, Souza (2008), a sobrecarga de trabalho e outras questões infraestruturais são descritas como dificultadores para realização do PE, dentre eles citam-se: déficit de pessoal, falta de tempo, excesso de atribuições da enfermeira, deficiência de liderança da chefia na cobrança desta atividade, falta de apoio administrativo e falta de recursos materiais.

#### **5.6.4 Formas de Registro da UTI Pediátrica**

Focou-se mais na observação do diagnóstico de enfermagem, prescrição de enfermagem e tipo de registro da enfermagem (anotação e/ou evolução), pois o sistema de prontuário eletrônico do hospital pesquisado dispõe de espaços específicos para cada um desses dados. Existe também um espaço para o histórico de enfermagem; no entanto, percebeu-se que quase sempre o preenchimento dessa etapa era feita apenas na admissão do paciente no hospital como um todo, por exemplo, no setor de emergência, não sendo preenchido novamente no setor estudado (UTI Pediátrica).

Conforme pode ser visto na Tabela 11, em 94% dos prontuários das crianças estudadas não havia o registro do Diagnóstico de Enfermagem. No que se refere à Prescrição de Enfermagem, 86% dos prontuários também não continham esse registro. É necessário citar que os três diagnósticos (6%) que foram visualizados nos prontuários seguiam o sistema de classificação da NANDA (North American Nursing Diagnosis Association).

Os diagnósticos encontrados nos prontuários foram: 1) Amamentação ineficaz relacionada a fraqueza muscular evidenciada por esvaziamento insuficiente de cada mama por amamentação, sinais observáveis de ingestão inadequada pela criança; 2) Constipação evidenciado por mudança no padrão intestinal, macicez à percussão abdominal, frequência diminuída, dor abdominal relacionado a hábitos de evacuação irregulares e 3) Risco de motilidade gastrointestinal disfuncional relacionado a cirurgia abdominal.

No que concerne às prescrições de enfermagem identificadas nos prontuários (14%), não foram observadas relações com nenhum sistema de classificação. Tais prescrições seguiam orientações gerais do cuidado (ações em enfermagem).

Existem alguns trabalhos que mostram a dificuldade dos enfermeiros em adotarem sistemas de classificações de diagnósticos e intervenções em suas práticas, ou mesmo as etapas do PE.

Em um estudo que avaliou o conhecimento da SAE em um hospital público, 68% da amostra não citou nenhum diagnóstico e não os utilizava na prática profissional, demonstrando falta de conhecimento sobre os mesmos. Em relação às etapas da SAE executadas no cotidiano, observou-se que 56,2% dos profissionais não executavam nenhuma das fases. Apenas os enfermeiros da UTI Geral e da Neurocirurgia realizavam todas as etapas do método, sendo 12,3% e 6,8%, respectivamente (SILVA, E. *et al.* 2011).

No estudo de Neves e Shimizu (2010), o qual realizou uma análise da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem em uma unidade de reabilitação, também percebeu-se enorme dificuldade dos enfermeiros em executarem a etapa do diagnóstico de enfermagem, principalmente porque ela requer julgamento e reflexão mais aprofundada das necessidades do paciente.

Em relação à Prescrição de Enfermagem, uma pesquisa que analisou o cuidado de enfermagem associado à prescrição de enfermagem na unidade pós-operatório de cirurgia cardíaca, um pouco mais da metade dos profissionais (53,85%) realizava essa etapa do PE no setor (ALMEIDA; ENOKIBARA; RIBEIRO; SAMPAIO, 2012).

Pivotto, Lunardi Filho e Lunardi (2004) citam alguns motivos observados em seu estudo para não realização da prescrição de enfermagem: a não valorização pelos próprios enfermeiros, pela equipe de enfermagem, médicos e administração da instituição; a ausência de tempo dos enfermeiros para elaborar as prescrições, em decorrência da argumentação de um número insuficiente de profissionais; a não priorização pelos enfermeiros de seu tempo com atividades exclusivas de sua competência e para assistência ao cliente; e a prescrição de enfermagem não fazer parte do cotidiano institucional.

Diante disso, se faz cada vez mais necessária não somente a capacitação dos enfermeiros em relação às etapas do PE, mas também o incentivo para realização desse método, apresentando ou reforçando as suas vantagens para a qualidade da assistência.

Outro ponto importante a se destacar é a necessidade de um esforço de órgãos superiores na tentativa de reduzir as barreiras que impedem a aplicação do PE; e para isso, é necessário levar em conta cada contexto das instituições de saúde.

No que se refere aos registros de enfermagem, prevaleceram anotações feitas pelos Técnicos de Enfermagem (56%) (Tabela 11). Citam-se, portanto, algumas diferenças entre a anotação de enfermagem e a evolução de enfermagem. A anotação possui dados brutos e pontuais, é referente a um momento e registra uma observação e pode ser realizada por toda a equipe; enquanto que a evolução possui dados analisados, processados e contextualizados, é referente a um período de 24 horas, registra a reflexão e análise de dados e é realizada apenas pelo enfermeiros (COREN, 2009).

Numa pesquisa qualitativa, realizada em um Hospital Universitário do Rio Grande do Norte, observou-se que os registros, em sua grande maioria, são realizados pelos técnicos de enfermagem. Os autores analisam que, no discurso de Enfermeiros, o possível motivo dessa ausência de registros seja a sobrecarga de atividades para esse profissional, não realizando dessa forma uma significativa etapa do seu processo de trabalho, a evolução (AZÊVEDO *et al.*, 2012).

Assim, o registro de enfermagem e o PE estão interligados de duas maneiras. Na primeira, o registro é imprescindível ao PE, pois é por meio dele que se documentam as etapas realizadas, o que possibilitará a sequência e a análise do PE posteriormente. Na segunda, a realização adequada do PE proporciona um enriquecimento dos registros de enfermagem, o que ocasionará uma melhor avaliação da assistência e conseqüentemente um cuidado mais apropriado para cada paciente.

## 6 CONCLUSÕES

### 6.1 QUANTO À CARACTERIZAÇÃO DAS CRIANÇAS INTERNADAS NA UTI PESQUISADA

A maioria das crianças pesquisadas foi do sexo masculino, menor de um ano de idade, de cor branca, analfabeta ou não estudava, procedente do Distrito Federal, estava acompanhada pelos pais e sua família e tinha renda mensal de 1 a 2 salários mínimos.

Já no que diz respeito ao perfil clínico das crianças, a maior parte da amostra possuía doenças do sistema nervoso, os medicamentos mais utilizados foram os anti-inflamatórios e analgésicos, tiveram internações anteriores em decorrência, na maioria das vezes, de problemas respiratórios, e com tempo de internação de até 10 dias. O tempo da internação atual que predominou também foi até 10 dias, e em relação ao seguimento na Estratégia Saúde da Família houve um equilíbrio dentro da amostra.

Os dados relativos à caracterização da amostra estudada indicam um perfil próprio e de crianças menores de um ano de idade.

### 6.2 QUANTO AOS DADOS RELATIVOS À APLICAÇÃO DA ESCALA DE BRADEN Q E A CORRELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS

A média dos escores da Escala de Braden Q foi de 20,16, o que mostra que a maior parte da amostra recebeu escores altos e que, conseqüentemente, tinha baixo risco para desenvolvimento de UP.

Em relação às subescalas, o escore 4 prevaleceu na Mobilidade, Atividade, Percepção sensorial e Perfusão tissular e oxigenação. O escore 3 prevaleceu nas subescalas Umidade e Nutrição, já o escore 2 predominou na Fricção e cisalhamento. Assim, tais achados indicam que a maioria das crianças não apresentava limitações na capacidade de mudar a posição do corpo (subescala mobilidade), com bom grau atividade física (subescala atividade), sem alterações na percepção sensorial (subescala percepção sensorial) e excelente perfusão tissular e oxigenação.

Na análise da comparação entre as variáveis e a Escala de Braden Q, foi evidenciada diferença estatisticamente significativa apenas no que se refere à idade, com  $p=0,045$ , sendo que a faixa etária menor de um ano teve uma média maior de escores, significando que teve menos riscos para UP.

### 6.3 QUANTO À INCIDÊNCIA DA UP NA POPULAÇÃO ESTUDADA

Não foram observados casos novos de UP durante a coleta de dados. Pode-se concluir a partir desse dado que, durante o período de observação da pesquisa, os aspectos relativos aos cuidados com a prevenção de UP nas crianças foram efetivos, pois não existiram casos novos de UP nessa clientela.

### 6.4 QUANTO AO CONHECIMENTO DO ENFERMEIRO ACERCA DA ADOÇÃO DA ESCALA DE BRADEN Q E O USO DE OUTRAS MEDIDAS PREVENTIVAS DE UP

No que concerne às medidas preventivas para UP observadas na UTI Pediátrica, a mudança de decúbito e a proteção dos calcâneos eram realizadas na maior parte das crianças, não sendo utilizado o lençol móvel, como medida para auxílio na mudança de decúbito, na maioria das crianças. Em relação ao uso de substâncias corporais, observou-se que a maioria não utilizava óleo com ácidos graxos essenciais; no entanto, o uso de hidratantes predominou. O colchão mais utilizado no setor foi o de espuma. Na maioria das vezes, não foram empregadas outras medidas preventivas, além das já descritas.

Assim, quanto às medidas preventivas adotadas na UTI, pode-se concluir que estas estão em acordo com a literatura e tem se mostrado efetivas na prevenção de UP na clientela estudada.

Cabe destacar, porém, que outras medidas preventivas podem ser instituídas e estariam contribuindo para a qualidade do cuidado prestado. Os enfermeiros devem receber orientações quanto ao incremento da aplicação de medidas preventivas junto às crianças internadas no setor.

Quanto à caracterização das enfermeiras, todas eram do sexo feminino, a maioria possuía Especialização como maior nível de escolaridade e não trabalhava em outros serviços. Apenas três trabalhavam em outras instituições, sendo que duas na área de urgência/emergência e uma na UTI Neonatal.

A idade média das enfermeiras foi de 37,8 anos. O tempo médio de atuação foi de 13,8 anos, o tempo médio de atuação profissional na UTI Pediátrica foi de 5,2 anos e o tempo médio de atuação em outras instituições foi de 5,0 anos.

No que diz respeito ao Conhecimento das enfermeiras sobre escalas de prevenção de risco para UP e sua inclusão na rotina assistencial da UTI Pediátrica, a maior parte da amostra não conhecia escalas de prevenção para UP e não conhecia a Escala de Braden Q. Nenhuma



utilizava a Escala de Braden Q na sua prática assistencial, no entanto, achavam importante a utilização de uma escala de prevenção na rotina de uma UTI Pediátrica. As justificativas mais citadas em relação ao uso de uma escala preventiva para UP nesse setor foram: padronizar a avaliação do risco e posicionar melhor a criança e conseqüentemente proporcionar a prevenção.

Assim, conclui-se que é necessário que as enfermeiras tenham a oportunidade de se familiarizarem com a Escala de Braden Q por meio de palestras, cursos e treinamento, a fim de inserirem esse instrumento na avaliação das crianças internadas.

No tocante à contribuição da Escala de Braden Q para o PE e Aplicação do Processo na UTI Pediátrica, a maioria afirmou que a Escala de Braden Q pode contribuir com o PE, sendo que a principal justificativa foi como maneira de avaliar o cuidado oferecido e contribuir conseqüentemente com o PE. Grande parte das enfermeiras informou aplicar o PE citando a prescrição de enfermagem como a mais realizada.

Conclui-se que as enfermeiras têm uma percepção correta acerca da importância da aplicação da Escala de Braden Q e sua relação com o PE.

Porém cabe destacar que, quando informam estar aplicando no setor as etapas do PE, deve-se avaliar tal dado com cautela. Mesmo tendo informado que aplicam o PE na unidade do estudo, percebe-se uma dificuldade das enfermeiras em identificar corretamente essas etapas (não apontam a etapa de diagnóstico e identificam a “prescrição” como uma etapa desse processo).

A observação dos prontuários permitiu concluir que não houve registro da aplicação de duas dessas etapas: a etapa de diagnóstico de enfermagem e a de planejamento. A etapa de coleta de dados também não foi registrada na unidade de estudo embora as crianças tivessem esse registro na admissão em outro setor do hospital. O registro predominante foi o da anotação de enfermagem.

As medidas preventivas para UP mais frequentemente citadas pelas enfermeiras foram mudança de decúbito e proteção de proeminências ósseas.

Em relação à aplicação do PE na UTI Pediátrica, as enfermeiras apontaram como aspectos facilitadores à sua realização a existência de um sistema informatizado, o trabalho em equipe multidisciplinar e equipe envolvida em melhorar a assistência. Já no que diz respeito às barreiras para realização do PE, predominaram falta de conhecimento das etapas, sistema informatizado incompleto, sobrecarga de trabalho e número de profissionais reduzidos.

Conclui-se, portanto, que as enfermeiras devem ser orientadas quanto a necessidade de estabelecerem parâmetros concretos para a aplicação do PE e como este tem sido considerado atualmente, em suas cinco etapas.

Cabe destacar que parte do presente estudo foi devidamente preparada e gerou um artigo científico que está em processo de submissão em revista científica da área, cujo comprovante de submissão encontra-se como Apêndice C.

### **Limitações do estudo**

Entre as limitações do estudo a serem consideradas, citam-se: o tamanho da amostra e local de estudo único, não permitindo comparações entre as amostras.

Também destacam-se os registros incompletos e as limitações quanto a aplicação das etapas do PE no setor pesquisado, prejudicando a coleta de dados da pesquisa e limitando o estudo.

Não se pode negar a influência da pesquisadora junto à equipe de enfermagem do serviço, pois, durante a coleta de dados, havia um elemento externo e observador dos cuidados que estavam sendo prestados.

### **Recomendações**

A utilização de uma escala que avalia o risco para UP é um método confiável que a enfermeira pode utilizar em sua rotina assistencial e, a partir disso, intensificar as medidas preventivas para aquelas crianças com maior risco.

A escala de Braden Q pode contribuir com a realização do PE, em diversas etapas, seja na coleta das informações, no planejamento ou nas intervenções de Enfermagem. Dessa forma, a enfermeira pode prescrever um cuidado mais adequado no que diz respeito à avaliação da pele para cada criança e, conseqüentemente, gerar resultados mais eficazes.

Dessa forma, sugere-se a realização de mais pesquisas envolvendo a Escala de Braden Q, pois a mesma é uma escala validada recentemente no Brasil, necessitando assim de mais divulgação. Novos estudos envolvendo uma grande amostra infantil e mais de uma instituição de saúde também são necessários para uma possível estratificação dos Escores da Escala de Braden Q, da mesma maneira que acontece com a Escala de Braden (adultos), pois o uso apenas do escore mínimo e máximo dificulta a classificação do risco para UP da criança.

Outro ponto que merece destaque é a realização da SAE, a qual constitui uma metodologia capaz de contribuir nas ações de cuidado, gerando desse modo uma assistência de excelência e mais humanizada.

Logo, a SAE, além de proporcionar uma assistência de qualidade à criança, aumenta a segurança nas decisões clínicas tomadas pelos enfermeiros. Por isso, se faz necessário um maior incentivo para sua realização nos serviços de saúde, demonstrando que a sua aplicação fortalece o cuidado e amplia a autonomia dos enfermeiros.

É importante também que órgãos superiores de saúde (gerências, secretarias, conselhos, dentre outros) valorizem essa atividade da enfermagem, proporcionando assim mais subsídios para sua realização seja nos aspectos financeiros ou em relação aos recursos humanos.

## REFERÊNCIAS

- ALGREN, C. Cuidado centrado na família da criança durante a doença e a hospitalização. In: HOCKENVERRY, M. J.; WINKELSTEIN W. **Wong Fundamentos de Enfermagem**. 7 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.
- ALMEIDA, C. E.; ENOKIBARA, M. P.; RIBEIRO, D. A.; SAMPAIO, C. E. P. O cuidado de enfermagem associado à prescrição de enfermagem numa unidade de cirurgia cardíaca. **R. pesq.: cuid. fundam**. v. 4, n. 3, p. 2510-20, 2012.
- ANDRADE, J. S.; VIEIRA, M. J. Prática assistencial de enfermagem: problemas, perspectivas e necessidade de sistematização. **Rev Bras Enferm**. v.58, n.3, p.261-5, 2005.
- AMANTE, L. N.; ROSSETTO, A. P.; SCHNEIDER, D.G. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva sustentada pela Teoria de Wanda Horta. **Rev Esc Enferm USP**. v.43, n.1, p.54-64, 2009.
- ANTUNES, C. R. **Processo de enfermagem informatizado ao paciente politraumatizado de terapia intensiva via web**. 2006. Dissertação [Mestrado] - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.
- ARAÚJO, T. E.; VIEIRA, S. M. G.; CARVALHO, P. R. A.. Profilaxia para úlcera de estresse em pacientes internados em UTI pediátrica. **J. Pediatr.** , v.86, n.6, p. 525-530, 2010.
- AZEVÊDO, L. M. N.; et al. Visão da equipe de enfermagem sobre seus registros. **Rev Rene**. v.13, n.1, p. 64-73, 2012.
- BARRA, D. C. C. **Processo de enfermagem informatizado em terapia intensiva em ambiente PDA (Personal Digital Assistant) a partir da CIPE® versão 1.0**. 2008. Dissertação [Mestrado] - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.
- BARRA, D. C.C.; DAL SASSO, G. T. M.; MONTICELLI, M. Processo de enfermagem informatizado em unidade de terapia intensiva: uma prática educativa com enfermeiros. **Rev. Eletr. Enf**. V.11, n.3, p. 579-89, 2009.
- BARRA, D. C.C.; DAL SASSO, G. T. M. Tecnologia móvel à beira do leito: processo de enfermagem informatizado em terapia intensiva a partir da CIPE 1.0. **Texto Contexto Enferm**. v. 19, n. 1, p. 54-63, 2010.

BERGSTROM, N. *et al.* The Braden scale for predicting pressure sore risk. **Nursing Research**, v.36, n.4, p.208-210, 1987.

BLANES, L.; DUARTE, I. S.; CALIL, J. A.; FERREIRA, L. M. Avaliação clínica e epidemiológica das úlceras por pressão em pacientes internados no hospital São Paulo. **Rev Assoc Med Bras**. v. 50, n. 2, p. 182-7, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa–CONEP. **Resolução nº 466/2012**, 2012. Sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 2012.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução Nº 7/10**, 2010. Sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança. Brasília (DF): PAISC**; 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. 3a ed. Brasília (DF); Editora do Ministério da Saúde; 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Evolução do credenciamento e implantação da estratégia Saúde da Família**. 2013. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf.php)

BRAUN, C. A. **Fisiopatologia: alterações funcionais na saúde humana**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

CAMPOS, S. F., *et al.* Fatores associados ao desenvolvimento de úlceras de pressão: o impacto da nutrição. **Rev. Nutr.**, v. 23, n. 5, p. 703-714, 2010.

CARNEVALE, F. A. Pressure ulcers in pediatric critical care: Examining the evidence. **Pediatric Critical Care Medicine**. v.4, n.3, p.383-4, 2003.

CARVALHO, G. B. *et al.* Epidemiologia e riscos associados à úlceras por pressão em crianças. **Cogitare Enferm**. v.16, n.4, p.640-6, 2011.

CARVALHO, E. C.; JESUS, C. A. C.; BACHION, M. M. **Raciocínio clínico estabelecimento dos diagnósticos, dos resultados e das intervenções de Enfermagem**. In:

GARCIA, T. R.; EGRY, E. Y. Integralidade da atenção no SUS e Sistematização da Assistência de Enfermagem. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CHAYAMITI, E. M. P. C. **Manual de Assistência às Pessoas com Feridas**. 3 ed. Comissão de Assistência, Assessoria e Pesquisa em Feridas da Secretaria Municipal da Saude de Ribeirão Preto: Ribeirão Preto, 2011.

CHIAVENATO, I. - Construindo o espírito de equipe e trabalho. In **Gerenciando pessoas: como transformar gerentes em gestores de pessoas**. 4ª ed. São Paulo : Prentice Hall, 2002.

CÔA, T. F.; PETTENGILL, M. A. M. A experiência de vulnerabilidade da família da criança hospitalizada em Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos. **Rev Esc Enferm USP**. v. 45, n.4, p.825-32, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução N° 358/2009** – Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem. Brasília: COFEN; 2009.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO (BR). **Anotações de enfermagem** [Internet]. São Paulo; Junho/2009. Disponível em: <http://www.portaldafenfermagem.com.br/downloads/manual-annotacoes-de-enfermagem-coren-sp.pdf>.

CROZETA, K.; STOCCO, J. G. D.; DANSKI, M. T. R.; MEIER, M. J. Úlceras por pressão em neonatos e crianças: perfil epidemiológico e clínico. **Rev. Min. Enferm.** v.14, n. 2, p. 233-238, 2010.

CUNHA, P. J. C.; ZAGONEL, I. P. S. A relação dialógica permeando o cuidado de enfermagem em UTI pediátrica cardíaca. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 08, n. 02, p. 292 – 297, 2006.

CURLEY, M. A. Q.; RAZMUS, I. S.; ROBERTS, K. E.; WYPIJ, D. Predicting pressure ulcer risk in pediatric patients. The Braden Q Scale. **Nurs Res.** v. 52, n.1, p. 22 – 33, 2003.

DANTAS, A. L. M;. *et al.* Prevenção de úlceras por pressão segundo a perspectiva do enfermeiro intensivista. **Rev enferm UFPE**. v. 7, n. 1, p. 706-12, 2013.

DEALEY, C. **Cuidando de feridas: um guia para as enfermeiras**. 3ª ed. São Paulo: Atheneu; 2008.

DIAS, S. M. Z.; MOTTA, M. G. C. Práticas e saberes do cuidado de enfermagem à criança hospitalizada. **Ciênc Cuid Saúde**. v. 3, n. 1, p. 41-54, 2004.

DOMINGUES, T. A. M.; CHAVES, E. C. O conhecimento científico como valor no agir do enfermeiro. **Rev Esc Enferm USP**. v.39, n.esp, p.580-8, 2005.

DUARTE, E.D.; *et al.* O trabalho em equipe expresso na prática dos profissionais de saúde. **Rev. Eletr. Enf.** v. 14, n.1, p.86-94, 2012.

EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL AND NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (EPUAP/NPUAP). **Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide**. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009 [http://www.epuap.org/guidelines/Final\\_Quick\\_Prevention.pdf](http://www.epuap.org/guidelines/Final_Quick_Prevention.pdf)

FERNANDES, L. M.; CALIRI, M. H. L. Uso da escala de Braden e de Glasgow para identificação do risco para úlceras de pressão em pacientes internados em Centro de Terapia Intensiva. **Rev Lat Am Enferm.** v.16, n. 6, p. 973-8, 2008.

FERNANDES, M. G. M. *et al.* Risco para úlcera por pressão em idosos hospitalizados: aplicação da escala de Waterlow. **Rev. enferm. UERJ**. v. 20, n. 1, p. 56-60, 2012.

FRANÇA, F. C. V., *et al.* Implementação do diagnóstico de enfermagem na unidade de terapia intensiva e os dificultadores para a enfermagem – relato de experiência. **Rev Eletr Enf** . v. 09, n.02 , 2007.

GALVIN, P. A.; CURLEY, M. A. Q. The Braden Q+P: A Pediatric Perioperative Pressure Ulcer Risk Assessment and Intervention Tool. **AORN journal**. v. 96, n.3, p. 261–270, 2012.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L.; CARVALHO, E. C.; Nursing process: application to the professional practice. **Online Braz J Nurs**. v. 3, n.2, 2004.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOMES, G. C.; ERDMANN, A. L.; BUSANELLO, J. Refletindo sobre a inserção da família no cuidado à criança hospitalizada. **Rev. enferm. UERJ**. v.18, n.1, p:143-7, 2010.

GRANT, M. J.; BALAS, M. C.; CURLEY, M. A. Q. Defining sedation-related adverse events in the pediatric intensive care unit. **The Journal of Acute and Critical**

**Care**, v.42, n.3, p. 171–176, 2013.

HENGSTERMANN S.; FISCHER A.; STEINHAGEN-THIESSEN E.; SCHULZ R. Nutrition status and pressure ulcer: what we need for nutrition screening. **J Parenter Enteral Nutr.** v. 31, n.4, p. 288-94, 2007.

LEADEBAL, O. D. C. P; FONTES, W. D; SILVA, C. C. Ensino do processo de enfermagem: planejamento e inserção em matrizes curriculares. **Rev Esc Enferm USP.** v.44, n.1, p. 190-8, 2010.

LIMA, A. F. C.; MELO, T. O. Informatização da documentação clínica de enfermagem: expectativas das enfermeiras na implementação. **Rev. Enf. Ref.** v.3 , n.4, p. 81-88, 2011.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em Enfermagem: Métodos, Avaliação Crítica e Utilização.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

LUCENA, A. F., *et al.* Perfil clínico e diagnósticos de enfermagem de pacientes em risco para úlcera por pressão. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** v. 19, n. 3, 8 telas, 2011.

LUZ, S. R.; LOPACINSKI, A. C.; FRAGA, R.; URBAN, C. A. Úlceras de pressão. **Geriatrics & Gerontologia.** v.4, n.1, p.36-43, 2010.

MAGNAN, M. A.; MAKLEBUST, J. Braden Scale risk assessments and pressure ulcer prevention planning: what's the connection? **J Wound Ostomy Continence Nurs.** v. 35, n. 6, p. 622-43, 2009.

MAIA, A.C.A.R. **Tradução para a língua portuguesa, adaptação cultural e validação da Escala de Braden Q.** 2007. 74 f. Tese (mestrado) - Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, 2007.

MAIA, A. C. A. R. *et al.* Tradução para a língua portuguesa e validação da escala de Braden Q para avaliar o risco de úlcera por pressão em crianças. **Rev Paul Pediatr.** v. 29, n. 3, p.406-14, 2011.

MARCONI, M. A; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa:** planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. 7 ed. São Paulo: Atlas, 2009.



MARQUES, C. M. C. **Opinião dos Enfermeiros de uma USF do Conselho de Proto sobre o seu papel na prevenção de úlceras por pressão.** 2011. Monografia [Graduação] Escola Superior de Saúde, Porto, 2011.

MATOS, L. S.; DUARTE, N. L. V.; MINETTO, R. C. Incidência e prevalência de úlcera por pressão no cti de um hospital público do DF. **Rev. Eletr. Enf.** V. 12, N. 4. P.719-26, 2010.

MATOS, E.; PIRES, D. E. P.; CAMPOS, G. W. S. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para a constituição de novas formas de organização do trabalho em saúde. **Rev Bras Enferm.** v.62, n. 6, p.863-9, 2009.

MATOS, E.; PIRES, D. E. P.; GELBCKE, F. L. Implicações da interdisciplinaridade na organização do trabalho em enfermagem: estudo em equipe de cuidados paliativos. **Rev. Eletr. Enf.** v.14, n. 2, p. 230-9, 2012.

MEDEIROS, A. B. F.; LOPES, C. H. A. F.; JORGE, M. S. B. Análise da prevenção e tratamento das úlceras por pressão propostos por enfermeiros. **Rev. Esc. Enferm. USP,** v.43, n.1, p. 223-228, 2009.

MEIRELES, G. O. A. B.; SILVA, J. C. F.; LOPES, M. M. O conhecimento dos enfermeiros sobre a sistematização da assistência de enfermagem. **Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas.** v.16, n. 1, p. 69-82, 2012.

MENEZES, S. R. T.; PRIEL, M. R.; PEREIRA, L. L. Autonomia e vulnerabilidade do enfermeiro na prática da Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Rev Esc Enferm USP.** v. 45, n.4, p.953-8, 2011.

MENEZES, A. M. B. *et al.* Hospital admissions from birth to early adolescence and early-life risk factors: the 11-year follow-up of the 1993 Pelotas (Brazil) birth cohort study. **Cad. Saúde Pública.** v.26, n.10, p. 1980-1989, 2010.

MIRANDA, N. A. *et al.* Caracterização de crianças atendidas no pronto-socorro de um Hospital Universitario. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde.** v.04, n. 1, p.1531-1645, 2013.

MOLINA, R. C. M. *et al.* A percepção da família sobre sua presença em uma Unidade de Terapia Intensiva pediátrica e neonatal. **Rev. Esc. Enferm da USP.** v.43, n. 3, p. 630-8, 2009.

MORITA, A. B. P.S.; POVEDA, V. B.; SANTOS, M. J.; MARCELINO, A. L. Conhecimento dos enfermeiros acerca dos instrumentos de avaliação de risco para úlcera por pressão. **REENVAP.** v. 2, p.09-23, 2012.

NASCIMENTO, K. C. *et al.* Sistematização da assistência de enfermagem: vislumbrando um cuidado interativo, complementar e multiprofissional. **Rev Esc Enferm USP.**; v. 42, n.4, p.643-8, 2008.

NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (US). **Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide.** Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009.

NEVES, R. S.; SHIMIZU, H. E. Análise da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem em uma unidade de reabilitação. **Rev Bras Enferm.** v. 63, n.2, p. 222-9, 2010.

NOONAN, C.; QUIGLEY, S.; CURLEY, M. A. Q. Using the Braden Q to predict pressure ulcer risk in pediatric patients. **Journal of Pediatric Nursing** , 2011. Disponível em: <http://www.med.cmu.ac.th/hospital/nis/km/cops/knowledge/2662using%20the%20braden%20q%20scale%20to%20predict%20pressure%20ulcer%20risk%20in%20pediatric%20patients.pdf>

NOONAN, C.; QUIGLEY, S.; CURLEY, M. A. Q. Skin integrity in hospitalized infants and children: a prevalence survey. **J Pediatr Nurs.** v. 21, n. 6, p. 445-53, 2006.

OLIVEIRA, L. D. B. *et al.* A brinquedoteca hospitalar como fator de promoção no desenvolvimento infantil: relato de experiência. **Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum.** v.19, n.2, p.306-312, 2009.

OLIVEIRA, B. R. G.; *et al.* Perfil de morbidade de crianças hospitalizadas em um hospital público: implicações para a Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem.** v. 65, n. 4, p. 586-593, 2012.

PARANHOS, W. Y.; SANTOS, V. L. C. G. Avaliação do risco para úlceras de pressão por meio da Escala de Braden na língua portuguesa. **Rev Esc Enfermagem USP** v. 33, P.191-206, 1999.

PERES, H. H. C. ; LEITE, M. M. J. Sistemas de informação em saúde. In KURCGANT, P. **Gerenciamento em enfermagem.** 2ª ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2010.

PIVOTTO, F.; LUNIARDI FILHO, W. D.; LUNARDI, V. L. Prescrição de enfermagem: dos motivos da não realização às possíveis estratégias de implementação. **Cogitare enferm.** v.9, n.2, p.32-42, 2004.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

QUEGE, G. E. et al. Comparação da atividade de ácidos graxos essenciais e biomembrana na microbiota de feridas crônicas infectadas. *Rev. Eletr. Enf.* v.10, n.4, p.890-905, 2008.

RANGEL, E. M. L.; CALIRI, M. H. L. Uso das diretrizes para tratamento da úlcera por pressão por enfermeiros de um hospital geral. **Rev. Eletr. Enf.** v.11, n.1, p.70-77, 2009.

ROCHA, J. A.; MIRANDA, M. J.; ANDRADE, M. J. Abordagem terapêutica das úlceras de pressão - intervenções baseadas na evidência. **Acta Med Port**; v. 19, p. 29-38, 2006.

ROGENSKI, N. M. B. **Estudo sobre a prevalência e a incidência de úlceras de pressão em um hospital universitário. 2002** Dissertação [Mestrado]. USP - Escola de Enfermagem, São Paulo, 2002.

ROGENSKI, N. M. B.; KURCGANT, P. Incidência de úlceras por pressão após a implementação de um protocolo de prevenção. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** v. 20, n. 2, 07 telas, 2012.

ROLIM, J. A., *et al.* Prevenção e tratamento de úlceras por pressão no cotidiano de enfermeiros intensivistas. **Rev Rene.** v. 14, n. 1, p.148-57, 2013.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, P. B. **Metodologia de Pesquisa**. 3. ed, São Paulo: Mcgraw Hill, 2006.

SCHINDLER, C. A. *et al.* Protecting Fragile Skin: Nursing Interventions to Decrease Development of Pressure Ulcers in Pediatric Intensive Care. **Am J Crit Care**, vol. 20, n. 1, p. 26-35, 2011.

SILVA, A. P. P.; FORMIGA, C. K. M. R. Perfil e características do trabalho dos fisioterapeutas atuantes em unidade de terapia intensiva neonatal na cidade de Goiânia – GO. **Revista Movimenta.** v. 3, n. 2, p. 62-68, 2010.

SILVA, E. G. C. *et al.* O conhecimento do enfermeiro sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem: da teoria à prática. **Rev Esc Enferm USP.** v. 45, n.6, p.1380-6, 2011.

SILVA, G. R. F. *et al.* Tecnologias nas ações em enfermagem: utilização de escalas/testes. **Rev Enferm UFPI.** vol. 1, n. 1. p. 71-76, 2012.

SILVA, D. P. *et al.* Úlcera por pressão: avaliação de fatores de risco em pacientes internados em um hospital universitário. **Rev. Eletr. Enf.** v.13, n. 1, p. 118-123, 2011.

SILVA, V. S.; *et al.* Utilização do processo de enfermagem e as dificuldades encontradas por enfermeiros. **Cogitare Enferm.** v. 18, n. 2, p. 351-7, 2013.

SCHINDLER, C., *et al.* Protecting fragile skin: nursing interventions to decrease development of pressure ulcers in pediatric intensive care. **Am J Crit Care.** v. 20, n.1, p.26-35, 2011.

SCHOLS, J. M. G. A.; ENDE, M. A. J.; Nutritional intervention in pressure ulcer guidelines: an inventory. **Nutrition.** v. 20, n.6, p. 548-53, 2004.

SOUZA, L. A. M., *et al.* Perfil dos acompanhantes das crianças submetidas à cirurgia: contribuições para os cuidados perioperatórios. **Rev. enferm. UERJ.** dez; v. 20, n. especial 2, p.714-9, 2012.

TAKAHASHI, A. A.; BARROS, A. L. B. L.; MICHEL, J. L. M.; SOUZA, M. F. Dificuldades e facilidades apontadas por enfermeiras de um hospital de ensino na execução do processo de enfermagem. **Acta paul. enferm.** v. 21, n.1, p. 32-38, 2008.

TANNURE, M. C.; PINHEIRO, A. M. **SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem:** Guia Prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

THOMAZINE, A. M. Assistência de enfermagem à criança hospitalizada: um resgate histórico. **Cienc Cuid Saude.** v.7, n.Suplem. 1, p.145-152, 2008.

VERAS, T. N.; SAKAE, T. M. Características de crianças hospitalizadas com asma grave no sul do Brasil. **Scientia Medica.** v. 20, n. 3, p. 223-227, 2010.

WEGNER, W. **A segurança do paciente nas circunstância de cuidado: prevenção de eventos adversos na hospitalização infantil.** 2011.156f. Tese [doutorado] – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2011.

WOUND OSTOMY AND CONTINENCE NURSES SOCIETY (WOCN). **Guideline for prevention and management of pressure ulcers.** Mount Laurel: WOCN; 2010.

**ANEXOS**

ANEXO A<sup>1</sup> - Escala de Braden Q

<p><b>MOBILIDADE</b> Capacidade de mudar e controlar a posição do corpo.</p>	<p><b>1. Completamente Imóvel</b> Não faz mudanças, nem mesmo pequenas, na posição do corpo ou das extremidades, sem ajuda.</p>	<p><b>2. Muito limitado:</b> Faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou das extremidades, mas é incapaz de fazer mudanças completamente sozinho.</p>	<p><b>3. Levemente limitado:</b> Faz mudanças frequentes, embora pequenas, na posição do corpo ou das extremidades, sem ajuda.</p>	<p><b>4. Nenhuma limitação:</b> Faz mudanças importantes e frequentes na posição do corpo, sem ajuda.</p>
<p><b>ATIVIDADE</b> Grau de atividade física.</p>	<p><b>1. Acamado:</b> Permanece no leito o tempo todo.</p>	<p><b>2. Restrito à cadeira:</b> A capacidade de deambular está gravemente limitada ou inexistente. Não consegue sustentar o próprio peso e/ou precisa de ajuda para sentar-se em uma cadeira ou cadeira de rodas.</p>	<p><b>3. Deambula ocasionalmente:</b> Deambula ocasionalmente durante o dia, porém por distâncias bem curtas, com ou sem ajuda. Passa a maior parte do turno no leito ou na cadeira.</p>	<p><b>4. Todas as crianças que são jovens demais para deambular ou deambulam frequentemente:</b> Deambula fora do quarto pelo menos duas vezes por dia e dentro do quarto pelo menos uma vez a cada duas horas durante as horas está acordado.</p>
<p><b>PERCEPÇÃO SENSORIAL</b> Capacidade de responder de maneira apropriada ao desconforto relacionado à pressão</p>	<p><b>1. Completamente limitada:</b> Não responde ao estímulo doloroso (não geme, não se encolhe ou se agarra), devido à diminuição do nível de consciência, ou sedação ou limitação da capacidade de sentir dor na maior parte da superfície corporal.</p>	<p><b>2. Muito limitada:</b> Responde apenas ao estímulo doloroso. Não consegue comunicar desconforto, exceto por gemido ou inquietação; ou apresenta alguma disfunção sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais da metade do corpo.</p>	<p><b>3. Levemente limitada:</b> Responde aos comandos verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, ou apresenta alguma disfunção sensorial em uma ou duas extremidades que limita a capacidade de sentir dor</p>	<p><b>4. Nenhuma alteração:</b> Responde aos comandos verbais. Não apresenta déficit sensorial que limite a capacidade de sentir ou comunicar dor ou desconforto.</p>

<sup>11</sup> MAIA, A.C.A.R. Tradução para a língua portuguesa, adaptação cultural e validação da Escala de Braden Q. 2007. 74 f. Tese (mestrado) - Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, 2007

<p><b>UMIDADE</b> Grau de exposição da pele à umidade.</p>	<p><b>1. Constantemente úmida:</b> A pele fica constantemente úmida por suor, urina, etc. A umidade é percebida cada vez que o paciente é movimentado ou mudado de posição.</p>	<p><b>2. Frequentemente úmida:</b> A pele está frequentemente, mas nem sempre úmida. A roupa de cama precisa ser trocada pelo menos a cada oito horas.</p>	<p><b>3. Ocasionalmente úmida:</b> A pele está ocasionalmente úmida, necessitando de troca de roupa de cama a cada 12 horas.</p>	<p><b>4. Raramente úmida:</b> A pele geralmente está seca, as trocas de fraldas são feitas de rotina e as roupas de cama necessitam ser trocadas apenas a cada 24 horas.</p>
<p><b>FRICÇÃO E CISALHAMENTO</b> Fricção: ocorre quando a pele se move contra as estruturas de suporte. Cisalhamento: ocorre quando a pele e a superfície óssea adjacente deslizam uma sobre a outra.</p>	<p><b>1. Problema importante:</b> A espasticidade, a contratura, o prurido ou a agitação levam a criança debater-se no leito e há fricção quase constante.</p>	<p><b>2. Problema:</b> Necessita de ajuda moderada a máxima para se mover. É impossível se levantar completamente sem deslizar sobre os lençóis do leito ou cadeira, necessitando de reposicionamento freqüente com o máximo de assistência.</p>	<p><b>3. Problema Potencial:</b> Movimenta-se com dificuldade ou necessita de mínima assistência. Durante o movimento, provavelmente ocorre atrito entre a pele e os lençóis, cadeira, coxins ou outros dispositivos. A maior parte do tempo mantém uma posição relativamente boa na cadeira e no leito, mas ocasionalmente escorrega.</p>	<p><b>4. Nenhum problema aparente:</b> Capaz de levantar-se completamente durante uma mudança de posição. Movimenta-se sozinho na cadeira e no leito, e tem força muscular suficiente para levantar-se completamente durante o movimento. Mantém uma posição adequada no leito e na cadeira o tempo todo.</p>
<p><b>NUTRIÇÃO</b> Padrão habitual de consumo alimentar.</p>	<p><b>1. Muito pobre:</b> Em jejum e/ou mantido com ingestão hídrica ou hidratação IV por mais de 5 dias ou albumina &lt; 2,5 mg/dl ou nunca come uma refeição completa. Raramente come mais da metade de algum alimento oferecido. O consumo de proteínas inclui apenas duas porções de carne ou derivados de leite por dia. Ingerir pouco líquido. Não ingere suplemento dietético líquido.</p>	<p><b>2. Inadequada:</b> Dieta líquida por sonda ou NPP que fornece calorias e minerais insuficientes para a idade ou albumina &lt; 3 mg/dl ou raramente come uma a refeição completa. Geralmente come apenas a metade de algum alimento oferecido. O consumo de proteínas inclui apenas três porções de carne ou derivados de leite por dia. Ocasionalmente ingere suplemento dietético.</p>	<p><b>3. Adequada:</b> Dieta por sonda ou NPP que fornece calorias e minerais suficientes para a idade ou come mais da metade da maioria das refeições. Consome um total de quatro porções de proteínas (carne, derivados de leite) por dia. Ocasionalmente recusa uma refeição, mas geralmente toma suplemento dietético, se oferecido.</p>	<p><b>4. Excelente:</b> Dieta geral que fornece calorias suficientes para a idade. Por exemplo, come/bebe a maior parte de cada refeição/alimentação. Nunca recusa uma refeição. Geralmente come um total de quatro ou mais porções de carne e derivados de leite. Ocasionalmente, come entre as refeições. Não necessita de suplementação.</p>
<p><b>PERFUSÃO TISSULAR E OXIGENAÇÃO</b></p>	<p><b>1. Extremamente comprometida:</b> Hipotenso (PAM &lt;50 mmHg; &lt;40 mmHg em recém-nascido) ou o paciente não tolera as mudanças de posição.</p>	<p><b>2. Comprometida:</b> Normotenso. Apresenta saturação de oxigênio &lt;95% ou a hemoglobina &lt;10 mg/dl ou o tempo de enchimento capilar &gt;2 segundos. O pH sérico &lt;7,40.</p>	<p><b>3. Adequada:</b> Normotenso. Apresenta saturação de oxigênio &lt;95% ou a hemoglobina &lt;10 mg/dl ou o tempo de enchimento capilar &gt;2 segundos. O pH sérico é normal.</p>	<p><b>4. Excelente:</b> Normotenso. Apresenta saturação de oxigênio &gt;95%, a hemoglobina normal e o tempo de enchimento capilar &lt;2 segundos.</p>



ANEXO B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido –  
responsável pela criança

Seu (sua) filho(a) está sendo convidado(a) a participar do projeto: APLICAÇÃO DA ESCALA DE BRADEN Q: O CUIDAR EM ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO EM PEDIATRIA.

O objetivo desta pesquisa é: Avaliar os riscos para desenvolvimento de UP em crianças hospitalizadas e identificar a ocorrência de UP em crianças hospitalizadas.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que nem o seu nome e nem o nome do(a) seu (sua) filho (a) aparecerão, sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-los (as).

A participação do seu filho(a) será através da aplicação de um instrumento e da realização de um exame delicado da pele dele (a) as quais acontecerão na UTI pediátrica. Não existe obrigatoriamente, um tempo pré-determinado, para realizar a aplicação do instrumento e o exame. Para complementação das informações sobre a saúde do seu filho haverá também uma consulta ao prontuário. Informamos que o(a) Senhor(a) pode recusar a participação do seu (sua) filho(a) em qualquer período que lhe traga constrangimento, podendo desistir da participação da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a) ou para seu (sua) filho(a).

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Dr(a). Cristine Alves, na Universidade de Brasília, telefone: (61) 3107-1976, no horário: 14:30 às 17:30.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3325-4955.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

---

Nome / assinatura

---

Pesquisador Responsável  
Nome e assinatura

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_



ANEXO C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido –  
Enfermeiro

Você, Enfermeiro(a), está sendo convidado(a) a participar do projeto: APLICAÇÃO DA ESCALA DE BRADEN Q: O CUIDAR EM ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO EM PEDIATRIA.

O objetivo geral desta pesquisa é: Avaliar os riscos para desenvolvimento de UP em crianças hospitalizadas e identificar a ocorrência de UP em crianças hospitalizadas.

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação será através de uma entrevista que você deverá responder na UTI pediátrica na data combinada, não existe obrigatoriamente, um tempo pré-determinado, para responder a entrevista. Será respeitado o tempo de cada um para respondê-la. Informamos que você pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para você.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Dr(a). Cristine Alves, na Universidade de Brasília, telefone: (61) 3107-1976, no horário: 14:30 às 17:30.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3325-4955.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

---


Nome / assinatura

---


Pesquisador Responsável  
Nome e assinatura


Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

## ANEXO D - Carta de aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa



**GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**  
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde





**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

**PARECER Nº 223/2012**

**PROTOCOLO Nº DO PROJETO: 216/2012 – APLICAÇÃO DA ESCALA DE BRADEN Q: O CUIDAR EM ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO EM PEDIATRIA.**

**Instituição Pesquisada: Secretaria de Saúde do Distrito Federal/SES-DF.**

**Área Temática Especial: Grupo III (não pertencente à área temática especial), Ciências da Saúde.**


**Validade do Parecer: 12/07/2014**

Tendo como base a Resolução 196/96 CNS/MS, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras em pesquisa envolvendo seres humanos, assim como as suas resoluções complementares, o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, após apreciação ética, manifesta-se pela **APROVAÇÃO DO PROJETO.**

Esclarecemos que o pesquisador deverá observar as responsabilidades que lhe são atribuídas na Resolução 196/96 CNS/MS, inciso IX.1 e IX.2, em relação ao desenvolvimento do projeto, bem como a responsabilidade de acompanhar a coleta de dados junto aos demais pesquisadores do projeto. Ressaltamos a necessidade de encaminhar o relatório parcial e final, além de notificações de eventos adversos quando pertinentes no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (item II.13 da Resolução 196/96 CNS/MS).

**Brasília, 12 de julho de 2012.**

**Atenciosamente,**



**Maria Rita Carvalho Garbi Novaes**  
Comitê de Ética em Pesquisa/FEPECS  
Coordenadora

AL /FEPECS/SES-DF

---

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - SES  
Comitê de Ética em Pesquisa  
Fone/Fax: 3325-4955 - e-mail: cepesedf@saude.df.gov.br  
SMHN - Q. 501 - Bloco "A" - Brasília - DF - CEP: 70.710-907  
BRASÍLIA - PATRIMÔNIO CULTURAL DA HUMANIDADE

## APÊNDICES

APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DA PESQUISA - CRIANÇA

**Título da Pesquisa:** Aplicação da escala de Braden Q: o cuidar em enfermagem na prevenção de úlceras por pressão em pediatria

**Pesquisadoras:** Enfermeira Eralayne C.Brandão (aluna PPGEnf); Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Cristine A. C. de Jesus (orientadora)

**INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DA PESQUISA – CRIANÇA**

**1) DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DA CRIANÇA** Nº: \_\_ data da coleta: \_\_/\_\_/\_\_

Dados fornecidos por: \_\_\_\_\_

1) Nome completo: \_\_\_\_\_

2) Registro: \_\_\_\_\_

3) Unidade de Internação: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

4) Telefone: \_\_\_\_\_

5) Idade: \_\_\_\_\_

6) Naturalidade: \_\_\_\_\_

7) Procedência:

a) Distrito Federal ( )

b) Município do estado de Goiás ( )

c) Outro: \_\_\_\_\_

8) Sexo: a) masculino ( ) b) feminino ( )

9) Cor da pele: a) branca ( ) b) negra ( ) c) parda ( ) d) amarela ( )

10) Nível de Escolaridade:

1. Analfabeto/ não estuda ( )

2. Lê-escreve ( )

3. Ensino fundamental ciclo 1 incompleto ( )

4. Ensino fundamental ciclo 1 completo ( )

5. Ensino fundamental ciclo 2 incompleto ( )

6. Ensino fundamental ciclo 2 completo ( )

11) Responsável Legal:

1. Mãe/pai ( )

2. Avó/avô ( )

3. Tia/tio ( )

4. outros ( )

12) Renda familiar: valor \_\_\_\_\_

a) Menor que 1 salário mínimo ( )

b) De 1 a 2 salários mínimos ( )

c) De 3 a 5 salários mínimos ( )

d) Acima de 6 salários mínimos ( )

e) Outro \_\_\_\_\_

## **II) DADOS REFERENTES À SAÚDE**

13) Morbidade referida: \_\_\_\_\_

- a) Neoplasias ( )
- b) Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas
- c) Transtornos mentais e comportamentais ( )
- d) Doenças do sistema nervoso ( )
- e) Doenças dos olhos e anexos ( )
- f) Doenças do aparelho circulatório ( )
- g) Doenças do aparelho respiratório ( )
- h) Doenças do aparelho digestivo ( )
- i) Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo( )
- j) Doenças do aparelho geniturinário ( )

14) Medicamentos em uso:

- 1. Antiepilético, anticonvulsivante, antidepressivo( )
- 2. Antipsicótico, antidemencial, antiparkinsoniano, calmantes/sedativos ( )
- 3. Antiagregante plaquetário ( )
- 4. Hipoglicêmico ( )
- 5. Anti-inflamatório, analgésico ( )
- 6. Cardiotônico e antiarrítmicos ( )
- 7. Suplem. Vitamínico/alimentar e antianêmico ( )
- 8. Antineoplásico ( )
- 9. Antibióticos ( )
- 10. Outros \_\_\_\_\_

15) Internações anteriores nos últimos meses: a) sim ( ) b) não ( )

Se sim quantas vezes: \_\_\_\_\_

16) Motivo da última internação: \_\_\_\_\_

17) Duração da última internação (dias): \_\_\_\_\_

18) Seguimento no serviço publico (ESF OU OUTRO): a) sim ( ) b) não ( )

## **AVALIAÇÃO DO ESCORE DA ESCALA DE BRADEN Q**

19) Mobilidade

- 1. Completamente imóvel ( )
- 2. Muito limitado ( )
- 3. Levemente limitado ( )
- 4. Nenhuma limitação ( )

20) Atividade

- 1. Acamado ( )
- 2. Restrito à cadeira ( )
- 3. Deambula ocasionalmente ( )
- 4. Todas as crianças que são jovens demais para deambular ou que deambulam frequentemente ( )

21) Percepção Sensorial

1. Completamente limitada ( )
  2. Muito limitada ( )
  3. Levemente limitada ( )
  4. Nenhuma alteração( )
- 22) Umidade
- a) Constantemente úmida ( )
  - b) Frequentemente úmida ( )
  - c) Ocasionalmente úmida ( )
  - d) Raramente úmida ( )
- 23) Fricção e cisalhamento
1. Problema importante ( )
  2. Problema ( )
  3. Problema potencial ( )
  4. Nenhum problema aparente ( )
- 24) Nutrição
1. Muito pobre ( )
  2. Inadequada ( )
  3. Adequada ( )
  4. Excelente ( )
- 25) Perfusão Tissular e oxigenação
1. Extremamente comprometida ( )
  2. Comprometida ( )
  3. Adequada ( )
  4. Excelente ( )
- 26) escore total BRADEN Q: \_\_\_\_\_

### **III) CASOS NOVOS DE UP**

- 27) Apresentou úlcera por pressão durante a coleta: a) sim ( ) b) não ( )  
Se sim, quantas: \_\_\_\_\_
- 28) Localização anatômica:  
a) UP1: \_\_\_\_\_ b) UP2: \_\_\_\_\_ c) UP3: \_\_\_\_\_ d) UP4: \_\_\_\_\_
- 29) Estágio: 1. Estágio I 2. Estágio II 3. estágio III 4. Estágio IV  
UP1 ( ) UP2 ( ) UP3 ( ) UP4 ( )
- 30) Tempo 1. < 1 semana 2. 2 a 3 semanas 3. 4 semanas 4. Outro \_\_\_\_\_  
UP1 ( ) UP2 ( ) UP3 ( ) UP4 ( )

### **IV) MEDIDAS UTILIZADAS PARA PREVENÇÃO DE UP**

- 31) Mudança de decúbito 2/2 horas: a) sim ( ) b) não ( )
- 32) Utiliza lençol móvel: a) sim ( ) b) não ( )
- 33) Travesseiro ou almofada para alívio dos calcâneos: a) sim ( ) b) não ( )
- 34) Utiliza óleo de AGE no corpo da criança: a) sim ( ) b) não ( )
- 35) Utiliza hidratante no corpo da criança: a) sim ( ) b) não ( )
- 36) Tipo de colchão



APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DA PESQUISA -  
ENFERMEIRA

**Título da Pesquisa:** Aplicação da escala de Braden Q: o cuidar em enfermagem na prevenção de úlceras por pressão em pediatria

**Pesquisadoras:** Enfermeira Erlyne C.Brandão (aluna PPGEnf); Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Cristine A. C. de Jesus (orientadora)

**INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DA PESQUISA – ENFERMEIRA**

**1. Nome Completo (iniciais):** \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**2. Idade (anos):** \_\_\_\_\_

**3. Sexo:** a) ( ) feminino      b) ( ) masculino

**4. Nível de escolaridade:**

a) Graduação ( ) b) Especialização ( ) c) Residência ( ) d) Mestrado ( ) e)  
Doutorado ( )

**5. Tempo de atuação profissional (anos):** \_\_\_\_\_

**6. Tempo de atuação profissional na UTI pediátrica do HRAS (anos):** \_\_\_\_\_

**7. Trabalha em outra Instituição de Saúde? Há quanto tempo? Apontar a área de atuação e tempo.**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**8. Você conhece alguma escala que envolve a prevenção de úlcera por pressão (UP)?**

( ) Não

( ) Sim. Citar:

\_\_\_\_\_

**9. Você conhece a Escala de Braden Q?**

( ) Não

( ) Sim, se SIM, cite 2 parâmetros da escala mencionada:

\_\_\_\_\_

**10. Utiliza a Escala de Braden Q na sua prática assistencial? Comente. Se utiliza, há quanto tempo?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



---

---

**11. Você acredita que é importante o uso de uma escala na prevenção de UP na rotina assistencial de uma UTI pediátrica?**

( ) Não

( ) Sim, se SIM, cite alguns motivos que você acredita porque a utilização de uma escala desse tipo pode ser importante na assistência:

1. \_\_\_\_\_
  2. \_\_\_\_\_
  3. \_\_\_\_\_
  4. \_\_\_\_\_
- 
- 

**12. Quais medidas você utiliza na sua prática como meio de prevenir UP?**

---

---

---

---

---

**13. Você acha que a inclusão da Escala de Braden Q na prática pode contribuir com o processo de enfermagem? Justifique.**

---

---

---

---

**14. Você aplica o processo de enfermagem nesse setor? Quais etapas são realizadas?**

---

---

---

---

---

**15. Quais facilidades você aponta para a aplicação do Processo de Enfermagem?**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

---

---

---

---

**16. Quais dificuldades você aponta para a aplicação do Processo de Enfermagem?**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

APÊNDICE C - E-mail confirmando submissão na Revista Eletrônica de Enfermagem  
**[REE] Agradecimento pela submissão**

---

De: Revista Eletrônica de Enfermagem (revfen@fen.ufg.br)

Enviada: terça-feira, 27 de agosto de 2013 20:35:47

Para: Você Eralayne Camapum Brandão (mina\_ecb@msn.com)

Você Eralayne Camapum Brandão,

Agradecemos a submissão do trabalho "Conhecimento das enfermeiras sobre a Escala de Braden Q e o Processo de Enfermagem" para a revista Revista Eletrônica de Enfermagem. Acompanhe o progresso da sua submissão por meio da interface de administração do sistema, disponível em:

URL da submissão:

<http://revistas.ufg.br/index.php/fen/author/submission/26154>

Login: erlaynecamapum

Em caso de dúvidas, entre em contato via e-mail.

Agradecemos mais uma vez considerar nossa revista como meio de compartilhar seu trabalho.

Revista Eletrônica de Enfermagem

Revista Eletrônica de Enfermagem