

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

**Protocolo de Prevenção e Tratamento de Úlceras
de Pressão no Serviço de Cardiologia Pediátrica do
Hospital de Santa Marta**

Maria do Céu dos Santos Oliveira Mendonça

2012



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

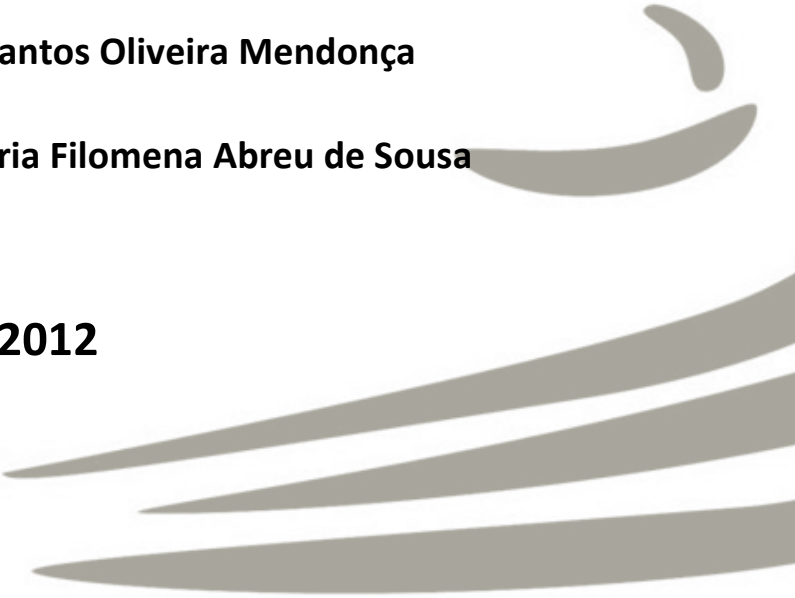
Protocolo de Prevenção e Tratamento de Úlceras de Pressão no Serviço de Cardiologia Pediátrica do Hospital de Santa Marta

Relatório de Estágio

Maria do Céu dos Santos Oliveira Mendonça

Orientadora: Prof^a Maria Filomena Abreu de Sousa

2012



Quando os meninos são as personagens principais dos cuidados,
atenções e sonhos de todos nós, o filme é de amor e o final feliz
Maria João Carvalho (2006)

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, pelo exemplo de vida e pelo apoio constante.

Aos meus sogros, muito obrigado por tudo.

Ao meu marido, pelo incansável incentivo e apoio que sempre demonstrou e sem o qual não teria sido possível a realização deste trabalho.

Aos meus filhos, Tiago e Mariana, pelo carinho demonstrado e pelos momentos em que não pude estar presente.

À Prof^a Filomena Sousa, pela orientação e apoio demonstrado ao longo deste percurso.

Ao Enf.^o Mário Duque, chefe do Serviço de Cardiologia Pediátrica do Hospital de Santa Marta, pelo incentivo e apoio para a realização deste projecto.

RESUMO

O desenvolvimento de úlceras de pressão na população pediátrica, é uma realidade actual e um acontecimento deveras traumático para a criança/jovem e família. A plena tomada de consciência pelos enfermeiros que cuidam de crianças, deste acontecimento é um facto recente, e consequentemente, o reconhecimento de ser uma área de intervenção primordial pelos enfermeiros que prestam cuidados à criança/família.

Nos últimos anos têm surgido estudos internacionais que demonstram que as úlceras de pressão podem acontecer em crianças hospitalizadas, e em especial em crianças criticamente doentes. Actualmente, em Portugal, a avaliação da criança/jovem hospitalizada de risco, através da Escala de Braden Q constitui uma directriz da Direcção Geral de Saúde. A consciencialização por parte da equipa de enfermagem do Serviço de Cardiologia Pediátrica do Hospital de Santa Marta, à qual pertenço, da realidade, de que as crianças e jovens que permanecem longos períodos na cama estão em risco de desenvolver úlcera de pressão, levou à necessidade de intervir nesta área. O cuidar da criança/jovem e família em risco de desenvolvimento de úlcera de pressão ou com úlcera de pressão, implica um cuidado holístico, tendo por base os princípios subjacentes à filosofia dos cuidados de enfermagem pediátrica, como a parceria de cuidados, os cuidados centrados na família e os cuidados não traumáticos. Intervir na prevenção de úlceras de pressão no cliente pediátrico, é respeitar o supremo interesse da criança e agir de acordo com os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem da Ordem dos Enfermeiros.

Assim, no âmbito do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialização de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica, propus-me desenvolver um projecto de intervenção com o objectivo de implementar de um Protocolo de Avaliação, Prevenção e Tratamento de Úlceras de Pressão neste serviço. No decurso do estágio, desenvolvido no último trimestre deste curso, em diferentes contextos de prestação de cuidados de enfermagem à criança, onde tive oportunidade de desenvolver competências de enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica, foi foco especial de atenção os aspectos relacionados com a avaliação, prevenção e tratamento das úlceras de pressão. Neste percurso formativo a Teoria dos Sistemas desenvolvida por Betty Neuman, ajudou-me na compreensão do cliente pediátrico com ou com risco de desenvolver úlcera de pressão.

Palavras chave: Úlcera de pressão, Escala de Braden Q, Protocolo de intervenção, Criança.

ABSTRACT

The development of pressure ulcers in the pediatric population is a current reality and an event quite traumatic for the child / youth and family. The full awareness from nurses who care for children, of this event is a recent fact, and therefore the recognition of being a major area of intervention by nurses who provide care to children / family.

In recent years there have been international studies, which showed that pressure, ulcers can occur in hospitalized children, especially in critically ill children. Currently, in Portugal, the evaluation of the child / youth hospitalized at risk through the Braden Q Scale is a guideline of the Health Directorate General. The awareness on the part of the nursing team of the Pediatric Cardiology from Santa Marta's Hospital, to which I belong, of this reality that children and young people who stay long periods in bed are at risk of developing pressure ulcers, led the need for intervention in this area. Caring for children / young people and families at risk of developing pressure ulcers or already with pressure ulcers, requires a holistic care, based on the principles pediatric nursing care philosophy, as the partnership of care, the centered care in family and nontraumatic care. Intervening in the prevention of pressure ulcers in the pediatric client, is to respect the supreme interests of the child and act according to the quality standards of nursing care of the Order of Nurses.

So, in the 2nd Master's Degree in Nursing Speciality in Child and Pediatric Health, proposed me to develop a project with the aim is to implement a Protocol for Prevention and Treatment of Pressure Ulcers in my work service. During the stage developed in the last quarter of this course, in different contexts of health care, I developed skills of nurse specialist in child and pediatric health, with special focus in the aspects related to the prevention and treatment of pressure ulcers. In this training path the Systems Theory developed by Betty Neuman, helped me in understanding the pediatric client with or at risk of developing pressure ulcers.

Key-words: Pressure ulcers, Braden Scale Q, protocol assistance, Child.

ÍNDICE	Pág.
1. INTRODUÇÃO	9
2. PERTINÊNCIA DO TEMA	13
3. CUIDAR A CRIANÇA HOSPITALIZADA.....	17
3.1. A essência da enfermagem pediátrica	20
4. CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA.....	25
4.1. Perspectiva Histórica do Tratamento de Feridas.....	25
4.2. Realidade das Úlceras de Pressão em Contexto Pediátrico	25
4.3. Definição de úlcera de pressão	35
4.4. Composição da pele.....	36
4.5. Desenvolvimento de um sistema internacional de classificação das úlceras de pressão	37
4.6. Escala de Braden Q	38
5. DESENVOLVIMENTO DO PROJECTO DE APRENDIZAGEM	41
5.1. Hospital de D. Estefânia.....	41
5.2. Hospital de Santa Maria	51
5.3. Centro de Saúde de Benfica	56
5.4. Hospital de Santa Marta.....	58
6. ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS	63
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS E PROJECTOS FUTUROS	69
8. BIBLIOGRAFIA.....	73

APÊNDICES

- Apêndice I -** Questionário para levantamento das necessidades da equipa de enfermagem do Serviço de Cardiologia Pediátrica do Hospital de Santa Marta
- Apêndice II -** Cronograma de estágios do 3º semestre
- Apêndice III -** Perspectiva histórica sobre o tratamento de feridas
- Apêndice IV -** Composição da pele
- Apêndice V -** Sistema de classificação das úlceras de pressão segundo NPUAP/EPUAP (2009)
- Apêndice VI -** Hospital de D. Estefânia – passado, presente e futuro
- Apêndice VII -** Tabela de indicadores do projecto de úlceras de pressão do serviço de ortopedia do Hospital de D. Estefânia
- Apêndice VIII -** Projectos desenvolvidos no serviço de ortopedia do Hospital de D. Estefânia
- Apêndice IX -** Hospital de Santa Maria – 50 anos de história
- Apêndice X -** Documento “Avaliação, prevenção e tratamento de úlceras de pressão na criança e no jovem”
- Apêndice XI -** Acção de Formação apresentada à equipa de enfermagem do Serviço de Cardiologia Pediátrica do Hospital de Santa Marta

ANEXOS

- Anexo I -** Escala de Braden Q
- Anexo II -** Instrumento de avaliação da integridade cutânea

LISTA DE ABREVIATURAS

APTF – Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas

CHLC – Centro Hospitalar Lisboa Central

DGS – Direcção Geral de Saúde

EPUAP – European Pressure Ulcer Advisory Panel

EESIP – Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica

GAIF – Grupo Associativo de Investigação em Feridas

IMC – Índice de Massa Corporal

NPUAP – National Pressure Ulcer Advisory Panel

NSRAS – Neonatal Skin Risk Assessment Scale

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SNG – Sonda Nasogástrica

SOPed – Serviço de Observação de Pediatria

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UMAD – Unidade Móvel de Atendimento Domiciliário

1. INTRODUÇÃO

A experiência profissional é uma mais valia que vamos construindo ao longo do nosso percurso profissional. Assim como a maturidade pessoal e profissional faz-nos despertar e tomar consciência de novas realidades que como enfermeiros temos que enfrentar no dia a dia, também impele-nos para a procura de estratégias eficazes que nos permitam ultrapassar esses obstáculos e resolver problemas reais. Foi da minha vivência diária de cuidar de crianças debilitadas, com úlcera de pressão ou com risco de a desenvolver, que surge a minha preocupação de lhes prestar cuidados de enfermagem adequados. Esta preocupação também foi sentida pela equipa de enfermagem do Serviço de Cardiologia Pediátrica, como foi revelado nos meus contactos diários. Com o intuito de ter informação mais precisa sobre as preocupações dos colegas relacionadas com esta temática, foi efectuado um questionário aos colegas do serviço. Este questionário teve, mais precisamente, o objectivo de compreender as necessidades e dificuldades vivenciadas pelos enfermeiros da equipa, sobre as úlceras de pressão. A equipa de enfermagem reconhece a importância de ter mais conhecimentos sobre esta temática, para a promoção da melhoria de cuidados a prestar ao cliente pediátrico. No entanto também reconhece a necessidade de formação de modo a actuar de forma mais coerente. Este questionário, assim como as respostas obtidas encontram-se disponíveis no Apêndice I.

Constituindo as úlceras de pressão uma temática fundamental para os cuidados de enfermagem, e sendo uma área de intervenção primordial para os enfermeiros, no âmbito da Pediatria, os estudos internacionais revelam que é ainda necessário aprofundar a investigação científica nesta área temática, que permitam implementar intervenções eficazes que previnam úlceras de pressão no cliente pediátrico. McCord et al (2004), refere-nos que a causa das úlceras de pressão em crianças é provavelmente multifactorial, tornando estes pacientes mais difíceis de estudar, no sentido da investigação científica comprovada, isto porque, são poucos os estudos que identificam os factores de risco para o desenvolvimento de úlceras de pressão na idade pediátrica. Assim a criança/jovem e família em risco de desenvolvimento de úlcera, constitui o alvo primordial dos cuidados de enfermagem.

O meu interesse por esta área temática, advém da vivência da minha prática diária, profundo respeito por estas crianças/jovens/famílias, e pela preocupação do cumprimento dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem da Ordem dos Enfermeiros. Com o

intuito de actuar de forma dinâmica, na prevenção e tratamento de úlceras de pressão em crianças/jovens em risco e de compreender quais os factores de stress, sofrimento e ansiedade que estas crianças/jovens/famílias vivenciam durante a hospitalização.

Neste âmbito, surge durante o 2º Curso de Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialização de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica, o projecto “Implementação de Protocolo de Prevenção e Tratamento de Úlceras de Pressão no Serviço de Cardiologia Pediátrica do Hospital de Santa Marta” que foi desenvolvido durante o estágio.

Durante este percurso, e com o objectivo de adquirir contributos para o desenvolvimento do projecto pessoal, selecionei alguns locais de estágio que me pareceram pertinentes, na contribuição significativa de mais valias para o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista e implementação do protocolo de prevenção e tratamento de úlceras de pressão no serviço onde desempenho funções. O cronograma do estágios está disponível no Apêndice II.

Encarando a Metodologia do projecto, como um percurso individual, enriquecido pelas experiências pessoais, este foi guiado pelo objectivo principal que será a implementação do Protocolo de Prevenção e Tratamento de Úlceras de Pressão no Serviço de Cardiologia Pediátrica do Hospital de Santa Marta. Ao longo deste percurso procurei sempre adquirir e desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais, que me permitam cuidar de forma holística da criança/jovem e sua família, com especificamente atenção na área temática das úlceras de pressão em contexto pediátrico. A Teoria dos Sistemas de Betty Neuman ajudou-me na identificação e compreensão dos *stressores*, que as crianças/jovens/famílias em risco de desenvolverem ou com úlceras de pressão vivenciam durante a hospitalização. Como nos refere Jean Watson (2002), a enfermagem é uma ciência humana e uma arte, e deve dar resposta às verdades ocultas, deve preocupar-se com o desenvolvimento de novos conhecimentos relacionados com o comportamento humano na saúde e na doença, e em fazer novas descobertas em como estar numa relação profissional de cuidar, para servir a sociedade. O culminar deste percurso formativo terá sempre como finalidade, desenvolver competências de EESIP, no âmbito da prevenção, gestão de cuidados e formação à equipa de enfermagem, no cuidado holístico à criança/jovem e sua família.

Este relatório pretende traduzir o percurso formativo efectuado, e a troca de experiências com colegas; efectuando-se simultaneamente uma análise reflexiva sobre a

prática diária de cuidados, sobre as vivências que foram surgindo ao longo desta caminhada, que contribuíram para o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista.

Assim este Relatório começa por uma abordagem à pertinência do tema, seguindo-se uma contextualização teórica e o aprofundar da realidade das úlceras de pressão em contexto pediátrico. Para contextualizar a problemática que deu origem ao projecto formativo foi feita uma revisão da literatura, sobre a prevalência e incidência de úlceras de pressão no utente pediátrico, assim como os factores de risco mais predisponentes para desenvolvimento destas lesões e quais as medidas de prevenção eficazes para prevenir úlceras de pressão na população pediátrica. Depois referenciam-se os locais de estágio, que fizeram parte deste importante percurso, e a análise sobre as competências adquiridas de EESIP. Por fim faz-se uma reflexão sobre a aprendizagem, com vista a atingir as competências de EESIP.

2. PERTINÊNCIA DO TEMA

A temática referente às úlceras de pressão na população pediátrica, revela-se actualmente como área de intervenção fundamental para os enfermeiros que cuidam de crianças/jovens e famílias; em consequência da tomada de consciência que se tem vindo a verificar pelos enfermeiros de que a população pediátrica se encontra em risco de desenvolvimento de úlcera de pressão, perante situações clínicas graves, ou seja, que pela sua situação de saúde estão em risco de terem ou têm úlcera de pressão. Da análise reflectida, sobre a prática senti muitas vezes, que os enfermeiros, têm dificuldade em caracterizar estas lesões e em actuar de forma eficiente e de acordo com as directrizes científicas actuais.

Assim, esta temática das úlceras de pressão na população pediátrica, foi motivo de reflexão pessoal, ao longo do percurso efectuado durante o 2º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. O enfermeiro especialista, de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2010) é “O enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção.” Assim, ao longo do curso, fruto de reflexão profunda, motivada pelo cuidar diário de crianças, jovens e famílias, procurei encontrar o significado de enfermeiro especialista. Sem dúvida que o cuidar em enfermagem pediátrica, tem que ser manifestado através de uma verdadeira parceria de cuidados com a família e a prestação de cuidados não traumáticos. Encarando a enfermagem como ciência e como arte, no cuidar do outro de forma holística, a temática das úlceras de pressão na população pediátrica, assume-se como um imperativo da realidade actual.

Após reflexão profunda, e tendo sempre presente o supremo interesse da criança, acreditei que a implementação de um Protocolo de Prevenção e Tratamento de Úlceras de Pressão, no serviço onde exerço funções, iria contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados. Deste modo nasceu o projecto de implementação do protocolo referido, de forma a ir de encontro à excelência de cuidados a prestar à criança/jovem e família internadas no Serviço de Cardiologia pediátrica do Hospital de Santa Marta.

O emergir do projecto referido nasceu do reconhecimento da intervenção da equipa de enfermagem na área da prevenção e tratamento das úlceras de pressão em contexto

pediátrico. Este projecto terá como critério o procurar a excelência dos cuidados de enfermagem, como preconizado pelos padrões de qualidade da Ordem dos Enfermeiros; e como cuidados de enfermagem pediátricos o supremo interesse da criança e sua família. Ainda de salientar, que no dia 19 de Maio de 2011, a Direcção Geral de Saúde publicou a “Orientação nº 017/2011 - **Escala de Braden: versão adulto e pediátrica (Braden Q)**”, na qual é referenciada e apresentada a norma de aplicação da Escala de Braden e Braden Q, em todos os serviços de internamento hospitalares, serviços de urgência, unidades de cuidados intensivos, cuidados domiciliários e unidades de cuidados continuados e paliativos, sendo actualmente considerada uma acção integrada no projecto de qualidade em Portugal.

Ainda, segundo as directrizes actuais da Direcção Geral de Saúde, existem períodos recomendados de avaliação e re-avaliação do risco de desenvolvimento de úlcera de pressão, através da utilização da Escala de Braden Q. Para internamentos hospitalares, recomenda-se a avaliação de 48 em 48 horas; em serviços de urgência e unidades de cuidados intensivos de 24 em 24 horas; unidades de cuidados continuados e paliativos, de 48 em 48 horas; em cuidados domiciliários, semanalmente; em doentes que não permaneçam mais de 48 horas no serviço, apenas se existir alguma intercorrência.

De acordo com a Direcção Geral de Saúde (2011: pág. 2), “as úlceras de pressão são um problema de saúde pública e um indicador da qualidade dos cuidados prestados. Causam sofrimento e diminuição da qualidade de vida dos doentes (...). Constituem um problema recorrente em Portugal. Estima-se que cerca de 95% das úlceras de pressão são evitáveis através da identificação precoce do grau de risco. (...) a avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão é fundamental no planeamento e implementação de medidas para a sua prevenção e tratamento. O registo e a caracterização das úlceras de pressão são fundamentais para a monitorização adequada dos cuidados prestados aos doentes, uma vez que permitem estabelecer correctamente medidas de tratamento e melhorias nos cuidados aos doentes”. A Direcção Geral de Saúde (circular 017/2011), está em consonância com a opinião da NPUAP e EPUAP (2009), quando refere que “o conhecimento da etiologia e factores de risco associados ao desenvolvimento de úlceras de pressão são a chave para o sucesso das estratégias de prevenção”. Estes pilares da actuação dos enfermeiros que diariamente cuidam de crianças e jovens, vão de encontro às directrizes dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, estabelecidos pela Ordem dos Enfermeiros (2001). Assim, como está descrito no documento referido

acima, um dos enunciados refere-se à prevenção de complicações. Deste modo “na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro previne complicações para a saúde dos clientes” (Ordem dos Enfermeiros, 2001; pág. 12). Alguns dos elementos constantes neste enunciado, vão de encontro à actuação do enfermeiro na prevenção de úlceras de pressão, nomeadamente em contexto pediátrico. Assim, o enfermeiro, no cuidado à criança/jovem e sua família, toma como directrizes de actuação, “a identificação, tão rápida quanto possível, dos problemas potenciais do cliente, relativamente aos quais o enfermeiro tem competência (de acordo com o seu mandato social) para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para evitar esses mesmos problemas ou minimizar-lhes os efeitos indesejáveis” (Ordem dos Enfermeiros, 2001: pág. 13). O enfermeiro no cuidado diário à criança/jovem e sua família, em risco de desenvolver úlcera de pressão ou com úlcera de pressão, deve ainda utilizar “o rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem;” (Ordem dos Enfermeiros, 2001: pág. 13).

Deste modo e englobado, na política de melhoria de cuidados do grupo hospitalar CHLC (Centro Hospitalar Lisboa Central), tornou-se então objectivo uniformizar a actuação na prevenção e tratamento de úlceras de pressão, através da implementação de protocolo de intervenção. É entendido por este grupo hospitalar, como um indicador de sucesso, a inexistência de úlceras de pressão. Deste modo, é importante que no CHLC se uniformizem os procedimentos de forma a garantir a monitorização da eficácia das medidas preventivas e de tratamento implementadas em cada doente, possibilitando a monitorização e avaliação do projecto de melhoria de qualidade dos cuidados nesta área de intervenção. O Serviço de cardiologia Pediátrica do Hospital de Santa Marta recebe crianças com cardiopatia congénita e/ou adquirida. Estas crianças encontram-se muitas vezes com situação clínica grave e com instabilidade hemodinâmica, e apresentam muitas vezes alteração da perfusão tecidular, devido a patologias complexas cardíacas, por exemplo, cardiopatias congénitas complexas cianóticas. Devido à situação clínica têm de permanecer muitas vezes, durante longos dias no leito, por exemplo, crianças com diagnóstico clínico de Febre Reumática em fase aguda, crianças com insuficiência cardíaca descompensada e crianças sujeitas a procedimentos invasivos, como drenagens torácicas e cateteres venosos centrais. Este serviço recebe ainda crianças vindas da unidade de cuidados intensivos de cirurgia cardio-torácica, que foram submetidas a cirurgia cardíaca, muitas vezes com pós-operatórios complexos, incluindo sedação

profunda e bastante tempo de ventilação mecânica assistida. Dado que até ao momento actual, não existia implementado um protocolo de actuação para prevenção e tratamento de úlceras de pressão na população pediátrica, no serviço de cardiologia pediátrica, tornou-se objectivo tornar este procedimento uma realidade.

De facto, actualmente os enfermeiros, estão a tomar consciência da realidade de que crianças e jovens desenvolvem úlcera de pressão. No entanto, esta tomada de consciência, é ainda relativamente recente, e por isso existe uma necessidade de formação nesta área, assim como o desenvolver de competências técnicas e relacionais, dado que, nesta área temática particular, a necessidade de fundamentação científica, é absolutamente necessária para o enfermeiro agir com responsabilidade e competência. Assim, a importância de um aprofundamento de conhecimentos sobre tais lesões é vital para uma melhor identificação do problema, para uma tomada de decisão consciente e instituição de práticas actualizadas e cientificamente comprovadas, para ser possível prevenir e efectuar tratamento adequado e eficaz das úlceras de pressão na população pediátrica. Da análise da literatura que consultei, cheguei à conclusão, que a instituição de protocolos, é um factor determinante para a prevenção das úlceras de pressão e diminuição da sua incidência. Para Quigley & Curley (1996) a avaliação do risco da criança/jovem em desenvolver úlcera de pressão, é um factor essencial no cuidado pediátrico. Seguindo esta linha de pensamento, estas autoras, defendem ainda que, uma implementação efectiva de um protocolo de prevenção de úlceras de pressão, requer uma identificação atempada das crianças/jovens em risco. Todos os pacientes com risco de lesão da pele, e que pela sua condição clínica estão sujeitos a imobilização devem ter uma avaliação de risco na admissão da criança/jovem e a cada 24 horas.

Rodrigues (2009), citando Hibbs (1988); refere que uma úlcera de pressão deve sempre ser considerada como susceptível de ser prevenida, e não ser encarada como uma complicação efectiva de uma doença ou debilidade, pois a pesquisa bibliográfica diz-nos que se poderão prevenir 95% das úlceras de pressão. Acredito que a área temática da prevenção e tratamento de úlceras de pressão em pediatria, requer por parte do enfermeiro, conhecimentos técnicos, científicos, humanos e éticos.

3. CUIDAR A CRIANÇA HOSPITALIZADA

A implementação do Protocolo de Prevenção e Tratamento de Úlceras de Pressão, no Serviço de Cardiologia Pediátrica do Hospital de Santa Marta; a actuação do EESIP, insere-se numa temática mais ampla que é o cuidar em enfermagem. Deste modo, considero importante uma abordagem ao conceito de cuidar e à essência da enfermagem pediátrica.

Cuidar, é como nos diz Collière (2003: pág. 1), a primeira arte da vida, “(...) verdadeira criação que, desde o dar à luz até à morte, participa no mistério da vida que se procura, do desabrochar da vida, da vida que luta, da vida que se apaga, da vida que ressurge, da vida que se afunda...”. Collière (2003: pág. 1) afirma que é uma “arte que precede todas as outras, sem a qual não seria possível existir, está na origem de todos os conhecimentos e na matriz de todas as culturas”.

Diogo (2010), cita Watson (2002, 2005), para realçar que a Teoria do Cuidar Humano de Watson, assenta de forma significativa no envolvimento pessoal, social, moral e espiritual dos enfermeiros e o comprometimento para com o próprio e para com os outros humanos. Diogo (2010), concorda com a Teoria do Cuidar Humano de Watson, quando enaltece que a arte de cuidar, é uma actividade essencialmente humana.

Watson (2002: pág. 60), faz-nos reflectir sobre a verdadeira natureza do cuidar ao afirmar que “o ideal e valor do cuidar é claramente, não apenas qualquer coisa, mas um ponto de partida, um local, uma atitude, que terá de se tornar um desejo, uma intenção, um compromisso e um julgamento consciente que se manifesta em actos concretos. O cuidar, como um ideal moral, transcende também o acto, ultrapassando o acto específico de um enfermeiro individualmente e produz actos colectivos da profissão de enfermagem que tem consequências importantes para o ser humano”. Deste modo, podemos entender a enfermagem como ciência e como arte, no estar disponível para o outro, no sentido de que “a enfermagem é uma profissão que cuida, a sua capacidade para manter o ideal e a ideologia do cuidar, na prática, afectará o desenvolvimento humano da civilização e determinará o contributo da enfermagem para a sociedade” (Watson, 2002: pág. 62).

Ainda segundo Jean Watson (2002: pág. 55), “a enfermagem como ciência humana e do cuidar está sempre ameaçada e frágil. Porque o cuidar requer envolvimento pessoal, social, moral e espiritual do enfermeiro e o comprometimento para com o próprio e para com os outros humanos (...)”. Esta mesma autora defende que, “cuidar é o ideal moral da enfermagem, pelo que o seu objectivo é proteger, melhorar e preservar a dignidade

humana. Cuidar envolve valores, vontade, um compromisso para o cuidar, conhecimentos, acções carinhosas e suas consequências” Jean Watson (2002: pág. 55).

Como defende Jean Watson (2002: pág. 55), “cuidar é o ideal moral da enfermagem, pelo que o seu objectivo é proteger, melhorar e preservar a dignidade humana. Cuidar envolve valores, vontade, um compromisso para o cuidar, conhecimentos, acções carinhosas e suas consequências”.

Watson (2002: pág. 28), afirma que “à medida que a enfermagem progride, vai quebrando os laços da dependência com o tradicional médico-científico e dedica-se a desenvolver a sua própria herança científica”. Esta afirmação de Jean Watson, vai de encontro, à essência fundamental da enfermagem, ou seja, à capacidade que o enfermeiro deve possuir para cuidar do outro de forma holística. Para este cuidado holístico, é preciso que o enfermeiro desenvolva competências profissionais e pessoais, e esteja disponível para compreender o outro e compreender-se a si próprio enquanto pessoa e ser humano; muito especialmente enquanto ser humano que cuida de outros seres humanos. Em contexto pediátrico é fundamental que o enfermeiro esteja disponível para a criança/jovem e sua família, prestando cuidados de enfermagem personalizados e holísticos.

Segundo Neuman (1995), a enfermagem diz respeito à totalidade da pessoa. Tomey e Alligood (2002), citam Neuman (1982), para dar ênfase à importância da enfermagem perante o ser humano, ou seja, o cliente. Esta teórica afirma que a enfermagem é uma “profissão única na medida em que está relacionada com todas as variáveis que afectam a resposta do indivíduo ao stress (Neuman, 1982; citado por Tomey e Alligood, 2002: pág. 340).

Neuman utiliza o termo totalidade, em vez do termo holístico, no sentido de dar enfoque importante à totalidade da pessoa. Para Betty Neuman, o termo totalidade da pessoa, deve ser tido como referência, quando cuidamos de alguém, seja esse alguém; a criança, jovem, adulto, família ou comunidade. Na perspectiva de Betty Neuman, o cliente é um sistema aberto, em permanente contacto com o meio ambiente e em interacção recíproca e constante com este. O cliente é caracterizado por uma dimensão multifactorial, como sejam as variáveis fisiológicas, psicológicas, sócio-culturais, de desenvolvimento e espirituais.

Neuman (1995), afirma ainda que cada cliente ou sistemas de cliente, que pode ser o indivíduo, família, grupo ou comunidade é único, e tem características inatas. Sendo

cada cliente, um sistema dinâmico, em interacção constante (troca de energia) com o meio ambiente. Assim, enquanto sistema, o ser humano está em constante e de forma dinâmica, a efectuar troca de energia com o ambiente.

No pensamento de Honoré (2004: pág. 17), cuidar significa “uma maneira de se ocupar de alguém, tendo em consideração o que é necessário para que ele realmente exista segundo a sua própria natureza, ou seja, segundo as suas necessidades, os seus desejos, os seus projectos”. Ainda segundo Hesbeen (2001), cuidar significa ir ao encontro do outro, com o objectivo de “criar laços de confiança” (Hesbeen, 2001: pág.23). Hesbeen (2001: pág. 25) defende ainda que, “quando houve um verdadeiro encontro e se criaram laços de confiança, o prestador de cuidados pode então iniciar a segunda etapa da sua intervenção que é a de caminhar com o outro. Isto significa acompanhar a pessoa no seu caminho, naquele que ela planeia seguir, ou esclarecê-la nas dúvidas que sinta, quando confrontada com várias hipóteses possíveis”. Hesbeen (2000: pág. 67) dá-nos uma definição sobre o que são cuidados de enfermagem, quando defende que “os cuidados de enfermagem são a atenção prestada por uma enfermeira ou por um enfermeiro a uma pessoa ou aos seus familiares com vista a ajudá-los na sua situação. Englobando tudo o que os profissionais de saúde fazem, dentro das suas competências, para prestar cuidados às pessoas. Pela sua natureza permitem sempre fazer, alguma coisa a fim de retribuir para o seu bem-estar, qualquer que seja o seu estado”. Hesbeen (2000: pág. 47) reforça ainda, o que se poderá considerar a essência da enfermagem, quando afirma que “quando se atingem os limites de intervenção dos outros prestadores de cuidados, as enfermeiras e os enfermeiros terão sempre a possibilidade de fazer mais alguma coisa por alguém, de o ajudar, de contribuir para o seu bem-estar, para a sua serenidade, mesmo nas situações mais desesperadas”. A enfermagem demonstra a sua plenitude através de “as pequenas coisas que constituem os cuidados de enfermagem” (Hesbeen, 2000: pág. 47). Assim Hesbeen (2000: pág. 47), elucida-nos ainda sobre o que são estas pequenas coisas, quando afirma “todas essas pequenas coisas da vida, aquelas que, para uma determinada pessoa, dão sentido à vida e são importantes. A atenção a essas pequenas coisas revela a preocupação do profissional com o outro, na sua existência”. Deste modo, é possível afirmar que a prestação de cuidados de enfermagem holísticos, requer competências técnicas e relacionais do enfermeiro, devido à extrema complexidade que é cuidar na globalidade do utente e sua família; em contexto pediátrico, será obviamente o utente pediátrico e sua família. Cuidar de alguém, implica

estar disponível para o outro, ter um profundo conhecimento do cliente e sua família; no sentido de ir ao encontro do outro e capacitá-lo para continuar ou desenvolver o seu projecto de vida. Tendo por base, estes conceitos de cuidar, que constituem a essência da enfermagem actual, e simultaneamente representam a evolução da enfermagem enquanto profissão e enquanto disciplina, é importante reflectirmos como estes conceitos poderão guiar a nossa prática diária, enquanto enfermeiros, que cuidam de crianças, jovens e famílias.

3.1. A essência da enfermagem pediátrica

A enfermagem pediátrica assenta em dois pilares fundamentais, para melhor cuidar e para caminhar para a excelência de cuidados de enfermagem prestados às crianças/jovens e suas famílias. Estes pilares podem definir-se como sendo os cuidados não traumáticos e encarar a família, como verdadeira parceira dos cuidados a prestar aos utentes pediátricos.

É na valorização de pequenos gestos e partilha diária entre a criança/jovem/família e enfermeiro, que se desenvolve uma verdadeira parceria de cuidados, no sentido de verdadeiramente cuidar das crianças/jovens e famílias. Segundo Relvas (1996), actualmente a família é considerada uma referência, quando nos centralizamos nos cuidados pediátricos, sendo consensual o seu pleno enquadramento num sistema de saúde que se quer mais humanizado e capaz de dar respostas eficientes, e em tempo útil a situações que variam de simples a bastante complexas. Nesta linha de pensamento, Mano (2002: pág. 53), afirma que “a família não só exerce o papel principal sobre o desenvolvimento e suporte efectivo da criança, como também é a mediadora entre ela e o mundo externo”. Cada família adquire um determinado comportamento e reage de forma distinta, perante a doença de um filho. Tal reacção, provavelmente tem origem na sua própria organização enquanto unidade familiar, e na forma de surgimento da doença e gravidade desta. Simultaneamente todas as crenças, valores e padrões de vida têm uma importância extrema, na forma da família encarar a doença e a hospitalização de um filho. O enfermeiro, só pode verdadeiramente cuidar da criança/jovem e família se tiver disponibilidade para “saber ouvir os pais, esclarecer dúvidas, aceitar responder várias vezes às mesmas perguntas sem formular juízos de valor, procurando que exista uniformidade na informação, permite aos pais e à criança ultrapassar muitos medos e aumentar a confiança na equipa” (Jorge, 2004: pág. 89).

A filosofia e a essência de enfermagem pediátrica, tem que reconhecer e valorizar, a extrema importância que a família desempenha, no pleno desenvolvimento de uma criança, e tem que respeitar o conhecimento que a família tem da própria criança, a sua experiência para cuidar dela e a enorme influência que esta pode vir a ter, no processo de recuperação da criança. No entanto, para que exista uma verdadeira parceria de cuidados, é necessário que exista um processo de negociação com os pais. Segundo Jorge (2004), quando existe negociação de cuidados, os pais têm o sentimento de pertença à equipa, sentem-se mais confiantes quanto às suas capacidades de cuidar da criança, conseguem tomar decisões partilhadas, o que é facilitador da manutenção dos laços familiares; sendo todos estes factos extremamente importantes para o seu ajustamento psicológico e social durante a hospitalização do seu filho. Mano (2002), cita Casey (1993), para realçar que os cuidados devem ser prestados em forma de protecção, estímulo e amor; deste modo, os pais serão os melhores cuidadores da criança, porque simultaneamente são quem melhor a conhece. Jorge corrobora esta opinião, na medida em que afirma que “conhecer individualmente a criança é fundamental e, esse conhecimento, só os pais o têm” (Jorge, 2004: pág. 13). Ainda segundo Mano (2002), quando a hospitalização de uma criança é necessária, a diade criança/família deve encontrar um ambiente terapêutico, que mantenha o mais possível o ambiente da família, os papéis familiares e promover de forma inequívoca, o melhor interesse da criança. O internamento de um filho, é sempre uma situação geradora de angústia e insegurança para a família e influencia fortemente “a sua capacidade para agir social, emocional e fisicamente” (Mano, 2002: pág. 53; citando Casey, 1993). Segundo Tavares (2011), hoje em dia, é impensável imaginar a hospitalização da criança, sem a presença dos pais. Actualmente está contemplado na carta da criança hospitalizada, no artigo 2º que “uma criança hospitalizada tem direito a ter os pais ou seus substitutos, junto dela, dia e noite, qualquer que seja a sua idade ou o seu estado.”. Está ainda consagrado no artigo 5º que “as crianças e os pais têm o direito a serem informados para que possam participar em todas as decisões relativas aos cuidados de saúde (...)”. A presença da família junto da criança/jovem durante o processo de hospitalização, é um factor determinante para atenuar o medo e a incerteza do utente pediátrico, isto porque, como nos refere Cavaco (2006: pág. 56) “desde o momento em que o internamento de uma criança se impõe, a presença dos pais é uma necessidade vital.” Seguindo esta forma de encarar a família, Cavaco (2006: pág. 56), reforça ainda o benefício para a criança/jovem, da presença dos

pais ou familiar significativo através da afirmação que “são as vozes do acordar ou do adormecer, o sorriso doce da mãe ou do pai, o olhar que fala sem dizer palavras, e tantos outros pequenos pormenores que irão sem dúvida permitir que a criança hospitalizada não sinta que tudo é novo, hostil ou até agressivo. É nesta perspectiva que a presença dos pais não pode ser vista como uma opção mas sim como uma necessidade”.

Quando pensamos em criança/jovem e família, pensamos obviamente num sistema aberto em interacção constante com o meio ambiente. Mas, simultaneamente a esta interacção constante, desenvolve-se o conceito actual de família, em que cada membro com a sua personalidade e características individuais, interage com os outros membros, contribuindo para o desenvolvimento da unidade familiar e para o fortalecimento da mesma. A família constitui só por si, um sistema aberto, cujos membros interagem entre si e com todo o ambiente circundante; assim como a sua dinâmica interna, é influenciada pelos vários factores externos, internos e interpessoais. Este paradigma de factores intervenientes na dinâmica familiar, e a forma de a família se ajustar à hospitalização de um filho, faz-nos reflectir no Modelo de Sistemas de Betty Neuman, cujo modelo se baseia na Teoria Geral dos Sistemas e reflecte a natureza dos organismos vivos enquanto sistemas abertos. Da reflexão feita através da literatura, posso considerar que a Teoria Geral dos Sistemas afirma que todos os elementos de uma organização complexa estão em interacção. Em contexto pediátrico, a diade criança/família é à luz da teoria de Betty Neuman, um sistema que reage às interacções com o meio ambiente, e adquire capacidades para reagir a factores *stressores*. Segundo Wong (1999), um processo de hospitalização, representa um impacto significativo na história de vida de uma criança/jovem e família e constitui frequentemente a primeira crise com que a criança tem que se deparar. Para Neuman (2011), os sistemas abertos estão sujeitos a factores *stressores*. Estes *stressores* têm a capacidade de afectar a estabilidade do sistema. Os *stressores* podem ter um efeito negativo ou positivo. Os efeitos vão depender em larga medida da percepção do cliente e da capacidade para gerir os efeitos dos *stressores*.

Betty Neuman (2011), classifica ainda os factores *stressores* da seguinte forma:

- *stressores* intrapessoais: são forças ambientais internas que ocorrem dentro dos limites do cliente (ex: respostas condicionadas ou respostas auto-imunes);
- *stressores* interpessoais: são forças externas de interacção do ambiente que ocorrem fora dos limites do cliente (como sistema), mas dentro de uma faixa proximal (ex: forças que ocorrem entre um ou mais indivíduos, como as expectativas de função);

- *stressores* extrapessoais: são forças externas de interacção do ambiente que ocorrem fora dos limites do cliente (como sistema), mas dentro de uma faixa distante (ex: políticas, sociais ou circunstâncias financeiras).

As cinco variáveis do cliente (fisiológicas, psicológicas, sócio-culturais, de desenvolvimento e espirituais), juntamente com a linha de defesa flexível protegem o cliente da estabilidade causada pelos *stressores*. De acordo com Martins e Silvino (2010), a doença e a hospitalização são *stressores* aos quais as crianças/jovens são submetidas, e como ainda são limitados, e por vezes vulneráveis, os sistemas de defesa para esta situação, particularmente agressiva, leva a que as suas reacções sejam muitas vezes imprevisíveis. Estes autores defendem ainda que, a forma de a criança/jovem reagir à hospitalização, depende da sua idade, de experiências anteriores, da situação emocional e do apoio da família e da equipa multidisciplinar. Aqui a enfermagem assume um papel crucial, pelo tempo de permanência junto da criança/jovem/família e pela aplicação dos princípios da filosofia dos cuidados de enfermagem pediátricos. A partir do modelo teórico de Neuman, o enfermeiro ao cuidar da criança/jovem e família deve identificar os *stressores* que afectam o cliente pediátrico e família e também classificá-los como: intrapessoais, interpessoais e/ou extrapessoais. Ainda segundo Martins e Silvino (2010), uma vez identificados os *stressores*, deve-se planejar as intervenções de enfermagem, a partir de um estabelecimento de prioridades. É preciso que o enfermeiro tenha a capacidade de manter a linha flexível da criança/jovem/família durante o processo de hospitalização. Algumas intervenções e atitudes passam pelo uso da brincadeira terapêutica, pelos cuidados não traumáticos e muito especialmente pela filosofia dos cuidados centrados na família e por uma verdadeira parceria de cuidados com esta. Para Neuman (2011), a família é a estrutura central da sociedade. As práticas sociais da família, os seus comportamentos e tradições têm um impacto, não só em cada membro da família, mas também na comunidade como um todo. A forma como cada família interage com a comunidade cultural, transmite-se através das suas relações sociais. A família como unidade e estrutura básica da sociedade, sofre uma agressão perante a hospitalização de um filho. O seu papel social fica afectado, isto porque, “o seu papel habitual de protectores desaparece aos seus olhos e aos da criança, perante a necessidade de aceitar as decisões dos profissionais detentores do saber e que naquele momento, parecem ter o controlo de toda a situação” (Jorge, 2004: pág. 13). Esta autora, vai ao encontro da Teoria de Betty Neuman, ao afirmar que a família é “uma complexa

rede de interacções” (...). O comportamento de um membro da família afecta o dos outros e o da família enquanto sistema; reciprocamente, as mudanças verificadas no sistema familiar afectam o comportamento individual de cada um dos seus membros” (Jorge, 2004: pág. 17).

Não nos podemos referir à essência da enfermagem pediátrica, sem referir os cuidados não traumáticos. Segundo Wong (1999), os cuidados não traumáticos podem definir-se como sendo a prestação de cuidados terapêuticos, através de procedimentos ou intervenções que eliminem, ou pelo menos diminuam o desconforto psicológico e físico da criança e família, tendo como objectivo primordial, não causar dano. Deste modo, podemos referir que segundo Wong (1999), o cuidado não traumático preocupa-se com quem, o quê, quando, onde, porquê e como efectuar qualquer procedimento na criança, diminuindo ou prevenindo o stress psicológico e físico.

Para se atingir este objectivo crucial para a enfermagem pediátrica, que são os cuidados de enfermagem não traumáticos, o enfermeiro tem que seguir princípios básicos de actuação, como sejam: prevenir ou minimizar a separação da criança da sua família, incentivar a sensação de controle da situação de acordo com o estadio de desenvolvimento da criança, prevenir eventuais lesões corporais e obviamente controlar a dor pediátrica. O enfermeiro para verdadeiramente cuidar da criança e família tem que estar disponível para efectuar sempre a preparação psicológica da criança, antes de efectuar qualquer procedimento, muito especialmente, procedimentos que possam ser dolorosos. Além da preparação psicológica, certamente fundamental e indiscutível, existem procedimentos físicos que podem ser efectuados e que por exemplo, no controle da dor são fundamentais. Estou a pensar em procedimentos tais como, proporcionar uma posição confortável para a criança durante o procedimento; permitir a presença dos pais, de modo a transmitir um sentimento de segurança; e em procedimentos dolorosos, administração de analgesia adequada ao procedimento. É ainda essencial para a humanização dos cuidados de enfermagem pediátricos, garantir a privacidade da criança ou jovem, promover o brincar durante a hospitalização, incentivar a expressão de sentimentos da criança/jovem e família e respeitar as diferenças culturais.

Podemos assim concluir que para cuidar de forma efectiva, da criança/jovem e família, é preciso respeitar a sua singularidade, enquanto pessoa e enquanto sistema em interacção constante entre si e entre o meio circundante. É preciso compreender o outro na sua plenitude, para prestar cuidados de enfermagem holísticos e humanizados.

4. CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

4.1. Perspectiva Histórica do Tratamento de Feridas

Segundo Dantas (2003), o significado da palavra ferida ultrapassa em muito a simples definição da perda da integridade cutânea. Assim como a preocupação com o tratamento de feridas existe desde os primórdios da humanidade. No Apêndice III encontra-se disponível de forma mais detalhada, a evolução histórica do tratamento de feridas, ao longo das décadas. Actualmente está implícito no cuidar do cliente com ferida, que a abordagem não se pode nunca centralizar apenas na lesão ou ferida, mas no cliente como um todo. Assim, o enfermeiro quando cuida da criança/jovem e família em risco de desenvolvimento de úlcera de pressão ou com úlcera de pressão, tem de ir ao encontro do outro e dos seus projectos de vida.

4.2. Realidade das Úlceras de Pressão em Contexto Pediátrico

A prevenção de úlceras de pressão é encarada por uma grande parte dos profissionais de saúde, como sendo uma responsabilidade maioritariamente de enfermagem, embora outros profissionais de saúde possam estar envolvidos nesta temática. Ainda de salientar no pensamento de Dealey (2001), que as evidências científicas têm demonstrado que as úlceras de pressão não são apenas da responsabilidade da classe de enfermagem, mas sim da responsabilidade de toda uma equipa de saúde. Desde Florence Nightingale, que as úlceras de pressão têm sido vistas com uma conotação negativa, para os cuidados de enfermagem, sendo associadas a uma falha ou assistência inadequada no cuidar de enfermagem. Actualmente, devido ao impacto significativo que têm para o cliente e sua família, pelo enorme sofrimento, pelo desgaste emocional para a criança/jovem família, pela vivência da dor; e também, não podendo deixar de referenciar, pelos enormes custos económicos que acarretam, é consensual que a existência de úlceras de pressão, é um problema de saúde pública. Segundo Jorge Oliveira (2011), citando Lyder (2004), na sua comunicação na conferência internacional sobre enfermagem geriátrica, refere que tradicionalmente, a responsabilidade do desenvolvimento e respectivo tratamento das úlceras de pressão têm sido atribuídas aos enfermeiros. Dado que em 1859 Florence Nightingale afirma que “se surge uma escara de decúbito, geralmente não é culpa da doença mas antes dos cuidados de enfermagem”. Esta sombra da antiguidade, transmitiu-se num sentimento generalizado de

culpa que tem vindo a acompanhar a enfermagem ao longo das décadas, e talvez por isso, a responsabilidade no tratamento destas lesões, tem sido quase integralmente depositada nos enfermeiros. Mas se este “sentimento de culpa” tem acompanhado a enfermagem ao longo das décadas, o encarar da realidade das úlceras de pressão na população pediátrica, é um fenómeno recente por parte dos enfermeiros que cuidam no seu dia a dia de crianças/jovens e famílias. No entanto, e de acordo com Noonan, Quigley e Curley (2011), actualmente, para os enfermeiros que cuidam de crianças e jovens e suas famílias, a prevenção de úlceras de pressão é um importante fenómeno de preocupação. De facto, as úlceras de pressão podem acontecer em crianças hospitalizadas, e em particular em crianças gravemente doentes ou que apresentem um risco elevado devido a factores como a diminuição da mobilidade ou da sensibilidade (Samaniego, 2003; Zollo et al, 1996; citados por Cristina Miguéns e Pedro Ferreira, 2009). No que se refere à temática das úlceras de pressão na idade pediátrica, os estudos efectuados em Portugal, assim como artigos publicados, são extremamente raros. No entanto, Trindade et al (2010), publicaram um artigo que efectua uma análise sobre os factores de risco de desenvolvimento de úlcera de pressão, em crianças internadas na unidade de cuidados de intensivos do Hospital de Pediátrico de Coimbra. Esta enfermeira e os seus colegas, chegaram à conclusão, de que entre os factores de risco conhecidos de desenvolvimento de úlcera de pressão, a imobilidade e as forças de fricção eram as principais causas de surgimento de úlceras de pressão nas crianças internadas na Unidade. As conclusões deste estudo levaram a que fosse elaborado um protocolo de prevenção e tratamento; assim como que se tivesse feito investimento em material de prevenção e tratamento, sensibilização e formação da equipa de enfermagem. Estas autoras chegaram à conclusão de que esta actuação, permitiu diminuir o número de crianças com úlcera de pressão na unidade.

Para melhor fundamentar e aprofundar esta temática, tive necessidade de fazer uma pesquisa bibliográfica, que foi realizada através de uma base de dados on-line. As características da pesquisa foram as seguintes: base de dados electrónica observada EBSCO (CINAHL plus with full text). Foram consultados trabalhos publicados, tendo em conta o intervalo entre 2005 e 2011 e foram usadas as seguintes palavras chave “children”, “nursing”, “pressure ulcer”. Com esta pesquisa bibliográfica, pretendeu-se compreender melhor e de forma mais aprofundada a perspectiva da temática das úlceras de pressão na população pediátrica na actualidade e para tal foram analisados 6 artigos.

De forma mais objectiva, pretendeu-se compreender a incidência das úlceras de pressão na população pediátrica, assim como os factores de risco de desenvolvimento de úlceras de pressão. No estudo efectuado por Christine Schindler et al (2007), os autores chegaram à conclusão de que a incidência global de úlceras de pressão foi de 18%. Tratou-se de um estudo prospectivo com 373 crianças internadas em unidades de cuidados intensivos. O objectivo do estudo foi determinar a incidência de úlceras de pressão em crianças gravemente doentes e comparar as características das crianças que sofreram úlceras de pressão, com as que não sofreram. Como conclusões do estudo, à que salientar vários itens:

- a integridade cutânea é um resultado sensível para os cuidados de enfermagem;
- as crianças que tiveram úlceras de pressão eram mais jovens (2 anos ou menos), tinham estadias mais longas e necessitavam de suporte ventilatório;
- as crianças com úlceras de pressão tinham um risco acrescido de mortalidade;
- manter a integridade da pele em unidades de cuidados intensivos é mais difícil, devido às inúmeras intervenções invasivas;
- os enfermeiros que trabalham em serviços de pediatria continuam a extrapolar a partir da literatura sobre a integridade cutânea para adultos, embora as informações e os métodos não vão de encontro à plena satisfação das necessidades de lactentes e crianças;
- o estudo de prevalência também demonstrou que as crianças sofreram de outros problemas de integridade cutânea, além das úlceras de pressão. Alguns tipos de lesões cutâneas, não relacionadas com pressão sofrida pela criança, incluem dermatite das fraldas, laceração da pele e infiltração de soroterapia ou medicação endo-venosa;
- o impacto potencial da lesão cutânea, tipo úlcera de pressão é grande no custo e sofrimento humano;
- crianças internadas em unidades de cuidados intensivos estão em alto risco de desenvolver rotura da pele, mas a verdadeira incidência desta situação é ainda desconhecida;
- os enfermeiros têm défice de conhecimentos sobre classificação de úlceras de pressão;
- é necessário continuar a investigação e a pesquisa sobre a temática das úlceras de pressão em contexto pediátrico, e sobre o conteúdo de estratégias de prevenção;
- será importante validar a Escala de Braden Q como uma ferramenta de avaliação de risco após cirurgia cardíaca pediátrica. Num subcapítulo mais à frente será feita uma abordagem detalhada sobre os itens constantes na Escala de Braden Q, e qual a sua interpretação.

Num outro estudo, também efectuado por Christine Schindler et al (2011), em que fizeram parte do estudo 5346 crianças internadas em unidades de cuidados intensivos, admitidas entre Março de 2006 e Dezembro de 2007; os autores corroboram a opinião de que crianças gravemente doentes, em termos de instabilidade hemodinâmica, estão em risco de desenvolver úlcera de pressão. Neste estudo nenhuma criança doente foi excluída, porque o objectivo era compreender o desenvolvimento de úlceras de pressão na população pediátrica independentemente do diagnóstico, sexo, raça, idade ou tempo de permanência na unidade de cuidados intensivos. Estes autores alertam para o facto de que a incidência de úlceras de pressão nesta população pediátrica pode variar entre 18% e 27%, e os maiores factores de risco incluem: crianças internadas em unidades de cuidados intensivos; crianças com necessidade de ventilação mecânica; crianças que permaneceram mais de 4 dias na unidade de cuidados intensivos; crianças com necessidade de suporte inotrópico; crianças que sofreram paragem cardíaca, após cirurgia cardio-torácica; crianças submetidas a cirurgia cardíaca, sob circulação extra-corporal. De salientar, que por último, este estudo chegou também à conclusão, de que as intervenções de enfermagem desempenham um papel importante na prevenção de úlceras de pressão e os autores concluíram ainda que as crianças e jovens com patologia cardíaca, estão sujeitos a risco acrescido de desenvolvimento de úlcera de pressão. Os resultados deste estudo, vão de encontro, à absoluta necessidade de se aplicar a Escala de Braden Q à população pediátrica com cardiopatia, e assim determinar o risco de desenvolvimento de úlcera de pressão, e deste modo planear e implementar medidas de prevenção. Assim, reafirma-se o papel crucial do enfermeiro na prevenção de úlceras de pressão na população pediátrica. Esta preocupação fundamental e actual da enfermagem pediátrica, no sentido da prevenção de úlceras de pressão na população pediátrica, vai de encontro ao pensamento de Betty Neuman. Segundo Neuman (2011), a maior preocupação da enfermagem, enquanto componente do modelo é manter a estabilidade do cliente enquanto sistema, através de uma avaliação precisa dos efeitos ou dos possíveis efeitos dos *stressores* ambientais e também através da assistência prestada ao cliente no sentido das adaptações exigidas, para se obter o nível óptimo de bem-estar. Segundo Neuman (2011), a prevenção como intervenção centra-se na assistência prestada ao cliente através do sistema de saúde e também através do cuidador do cliente, no nível primário de prevenção, antes de acontecer uma reacção ao stress. No entanto, Neuman (2011), refere que a modalidade de intervenção permite vários níveis de intervenção, porque podem ser necessárias várias

intervenções simultaneamente, no sentido de actuar na prevenção como intervenção, de acordo com as condições do cliente. Neuman preconiza três níveis de intervenção: (1) primária, (2) secundária e (3) terciária. Segundo Neuman (2011), a intervenção primária como intervenção; é usada para a prevenção primária, para a manutenção do bem-estar, ou seja, para proteger a linha de defesa normal do cliente como sistema ou manter o estado de bem-estar, através de fortalecimento da linha de defesa flexível. O objectivo é promover o bem-estar do cliente, através da prevenção do stress e da redução dos factores de risco. Este facto inclui uma variedade de estratégias para a promoção da saúde. Ainda segundo Neuman (2011), a intervenção pode começar em qualquer momento em que o *stressor* é identificado ou se torna potencialmente suspeito de provocar dano. A prevenção primária é uma intervenção que é feita quando o grau de risco ou perigo é conhecido, mas a reacção do cliente ainda não ocorreu. Segundo Neuman (2011), o cuidador pode escolher a opção de reduzir a possibilidade do *stressor* se tornar mais viável ou então encontrar alguma forma, para tentar reforçar a linha de defesa flexível, no sentido de defender o cliente do efeito *stressor*, no sentido de diminuir a possibilidade de reacção. No entanto, e partindo do princípio que esta intervenção primária não foi possível realizar ou falhou, e então ocorreu uma reacção; surge a prevenção secundária como intervenção ou tratamento necessário após o surgimento e a existência de sintomas de stress. A prevenção secundária como modalidade de intervenção, é usada para a obtenção do bem-estar do cliente, ou seja, para proteger a estrutura básica (cliente) através do fortalecimento das linhas internas de resistência. O objectivo é providenciar o correcto e apropriado tratamento dos sintomas para atingir o nível óptimo de estabilidade do cliente como sistema ou para conservar o bem-estar ou energia do cliente. O tratamento pode começar em qualquer momento, após o começo dos sintomas, maximizar a existência dos recursos internos e externos do cliente, deve ser efectuado na tentativa de estabilizar o sistema, através do fortalecimento das linhas internas de resistência, reduzindo assim a reacção. Mas, se a prevenção secundária falhar, como intervenção, na tentativa de reconstituição do cliente como sistema, vai existir uma falência da estrutura básica de suporte. A reconstituição é identificada como o início do tratamento, é a energia que é determinada como necessária para diminuir o grau de reacção. A completa reconstituição do cliente pode fazer progredir para além do que era anteriormente determinado pela linha normal de defesa ou pelo nível usual de bem-estar. Esta reconstituição pode estabilizar o sistema num nível mais baixo ou pode fazer com que volte ao nível anterior antes de acontecer a doença. A prevenção

terciária como modalidade de intervenção pretende a manutenção do bem-estar, ou seja, para proteger a reconstituição do sistema de cliente ou para retornar ao estado de bem-estar anterior ao tratamento. O objectivo é manter o nível máximo possível de bem-estar através do apoio às forças existentes e conservando a energia do sistema do cliente. A prevenção terciária como intervenção pode começar em qualquer momento da reconstituição do cliente após o tratamento, ou seja, quando acontece algum nível de estabilidade do sistema. A reconstituição neste estadio está dependente do sucesso da mobilização dos recursos do cliente para prevenir futuras reacções ao stress ou regressões nas reacções. Esta fase representa um estadio dinâmico de reajustamento aos factores *stressores* e a integração de todos os factores necessários para uma utilização optimizada dos recursos do cliente, com o objectivo da estabilização do sistema ou a manutenção do bem-estar. De uma forma mais resumida, e na opinião de Tomey e Alligood (2004), a prevenção terciária acontece após o tratamento activo ou posteriormente à prevenção secundária. O objectivo primordial é fortalecer a resistência aos factores *stressores* para ajudar a prevenir o reaparecimento de reacções ou possíveis regressões. Todo este processo se reconduz de uma forma circular no sentido da prevenção primária. Como exemplo a citar, é o facto de se evitar *stressores* conhecidos por serem prejudiciais ao cliente. Em relação à temática das úlceras de pressão na população pediátrica, são conhecidas através da literatura e dos estudos existentes, quais os factores de risco de desenvolvimento de úlceras de pressão. Segundo a NPUAP (2005), os factores de risco de desenvolvimento de úlcera de pressão citados na literatura sobre cuidados pediátricos em crianças gravemente doentes, são bastante extensos. Fazendo então uma correlação entre o cuidar de enfermagem, na prevenção de úlceras de pressão em crianças e jovens e a Teoria de Betty Neuman, podemos compreender como a actuação de enfermagem ao nível da prevenção, através do conhecimento dos factores de risco e como evitá-los, é fundamental para um cuidar holístico da criança/jovem e sua família, tendo sempre como objectivo essencial o supremo interesse criança e do jovem.

Segundo Schuler et al (2009), as úlceras de pressão são um aspecto e uma questão comum dos cuidados de enfermagem. Estas lesões estão associadas a sofrimento físico e psicológico, um aumento da morbilidade e da mortalidade, assim como custos financeiros elevados das instituições de saúde por todo o mundo. Segundo estes autores os pacientes pediátricos são muitas vezes excluídos dos estudos de prevalência. Este facto pode ser surpreendente, desde que são conhecidos alguns estudos, que nos

mostram a prevalência de úlceras de pressão na população pediátrica entre 0,47-23% (Schluer et al, 2009; citando Willock et al, 2004; Baldwin, 2002; Groeneveld et al, 2004; Melane et al, 2004; Dixon & Ratliff, 2005; Suddaby et al. 2005). As úlceras de pressão são responsáveis pelo aumento da dor, da infecção e do desgaste calórico nos pacientes pediátricos (Schluer et al, 2009; citando Zollo et al, 1996; Schmidt et al, 1998; Cockett, 2001; Curley et al, 2003; Samaniego, 2003).

Há ainda que referir que os pacientes pediátricos são frequentemente comparados com os adultos, em condições de saúde muito diferentes. Não posso deixar de salientar que este facto é referido várias vezes na literatura existente, quando se aborda a temática das úlceras de pressão em crianças e jovens. A percentagem de crianças criticamente doentes e com doença crónica que sobrevivem, tem aumentado drasticamente nos últimos anos, este facto introduz novos desafios para o cuidado de enfermagem, além de representar um aumento no risco de desenvolvimento de úlceras de pressão (Schluer et al, 2009; citando Jones et al, 2001). O estudo conduzido por Schluer et al (2009), em quatro instituições pediátricas na Suíça; em que os únicos critérios de exclusão, foram as crianças internadas em serviços de psiquiatria ou aquelas crianças em que os seus representantes legais não autorizaram a participação no estudo, chegou à conclusão de que:

- a prevalência de úlceras de pressão foi de 27,7% nas 4 instituições pediátricas. Verificou-se uma taxa de prevalência de úlceras de pressão na população pediátrica superior aos estudos até então apresentados, que referiam uma prevalência de úlceras de pressão na população pediátrica entre 0,47%-23%, como referido atrás;
- a prevalência de úlceras de pressão nas crianças classificadas como crianças de risco para desenvolvimento de úlcera de pressão foi de 35% e de 14,5% para as crianças consideradas de baixo risco para desenvolvimento de úlcera de pressão. De referir que foram incluídas no estudo 155 crianças, e que 100 crianças foram consideradas em risco de desenvolvimento de úlcera de pressão, ou seja, das crianças incluídas no estudo temos uma percentagem de 64,5% de crianças em risco de desenvolver úlcera de pressão. O factor considerado para classificar as crianças, como sendo crianças de risco, foi o score atribuído pela Escala de Braden Q;
- Schluer et al (2009); cita Halfens et al (2001), para referir que um dos problemas que pode justificar esta prevalência tão alta de úlceras de pressão na população pediátrica, é o facto de existir dificuldade em diagnosticar a úlcera de pressão de categoria I;

- Schluer et al (2009); cita Curley et al (2003) e Melane et al (2004), para salientar que existe uma necessidade absoluta de se melhorar as medidas de prevenção de desenvolvimento de úlcera de pressão, de acordo com a avaliação do risco; assim como, uma tomada de consciência mais plena dos profissionais de saúde em relação à temática das úlceras de pressão na população pediátrica e ao cuidado inerente a esta população em risco de desenvolver tais lesões;
- Este estudo, foi considerado um 1º passo bastante importante, para o reconhecimento de que existe uma prevalência bastante significativa, em termos percentuais de crianças com úlceras de pressão. No entanto, os autores consideram que é importante, efectuar mais estudos, de modo a se poder validar os resultados até agora conhecidos e se poder generalizar os resultados para a população pediátrica hospitalizada.

Segundo Schluer et al (2009), a importância deste estudo para a prática diária de cuidados, revela que é fundamental para os enfermeiros que cuidam de crianças e jovens estarem aptos a reconhecer os primeiros estadios (categorias, segundo as *guidelines* da EPUAP), das úlceras de pressão. É ainda necessário, serem capazes de reconhecer os factores de risco específicos das crianças para o desenvolvimento de úlceras de pressão. Para evitar as úlceras de pressão, é necessário que a realização de uma correcta avaliação de risco para esta população e a implementação de medidas de prevenção sejam baseadas na evidência científica.

No seu estudo Willock et al (2005), corrobora a opinião de que apesar das dificuldades dos estudos que envolvam mais do que uma instituição hospitalar, é importante que estes sejam realizados de modo a compreender as características das crianças que desenvolvem úlcera de pressão, e simultaneamente para compreender as dificuldades que os enfermeiros encontram na sua prática diária para cuidar de crianças e jovens com úlcera de pressão. Segundo Jane Willock; Denis Anthony e Jim Richardson (2005), as acções desenvolvidas pelos enfermeiros, podem ter um impacto significativo na prevenção de lesões tão nefastas, como sejam as úlceras de pressão na população pediátrica.

Podemos verificar que Butler (2006), partilha da opinião dos autores anteriores quando afirma que as úlceras de pressão são consideradas pelos profissionais de saúde, como sendo um problema da população adulta, apesar das pesquisas actuais nos evidenciarem que as úlceras de pressão ocorrem na população pediátrica. A literatura sobre o cuidado na avaliação da integridade cutânea pediátrica tem sido baseada na

pesquisa dos adultos sobre esta temática, na tentativa de encontrar as especiais necessidades da população pediátrica.

Butler (2006); cita Bryant (2000), para referir que a pele é um órgão que forma uma barreira contra as bactérias, produtos químicos e simultaneamente mantém a homeostasia interna do organismo. O maior órgão do corpo humano recebe um terço do sangue da circulação corporal. Butler (2006), refere ainda que é essencial conhecer os mecanismos de desenvolvimento das úlceras de pressão, assim como ter acesso a documentação sobre avaliação, prevenção e tratamento destas lesões. Butler (2006), salienta ainda que se pode considerar que existe uma limitação de informação actual, sobre a identificação dos factores de risco associados à interrupção da integridade cutânea na idade pediátrica, comparativamente com a literatura existente para a idade adulta. Contudo, os factores de risco associados à população adulta incluem: imobilidade, défice neurológico, má perfusão periférica, défice de oxigenação, má nutrição, presença de infecção, humidade da pele, estados de acidose do organismo, terapêutica com vasopressina, cirurgia, hipovolémia e peso corporal. Segundo esta autora, pode ser assumido que muitos destes factores, afectam a população pediátrica, contudo e simultaneamente temos que considerar que a pesquisa científica é limitada para esta temática, das úlceras de pressão na idade pediátrica.

Butler (2006), refere que a relação entre a idade e a formação de úlceras de pressão tem a ver, primeiramente, com a desproporção do tamanho da cabeça, comparativamente com o resto do corpo. Em crianças com idade inferior a 36 meses, a cabeça constitui a maior área do total do peso corporal e da superfície corporal. Quando as crianças estão deitadas em posição dorsal, a região occipital torna-se o ponto primário de pressão. O movimento vigoroso da cabeça de um lado para o outro, resultante muitas vezes de estados de agitação, aumenta consideravelmente as forças de fricção aplicadas sobre a cabeça. Butler (2006), refere ainda que o tempo de ventilação mecânica assistida desempenha um papel significativo no desenvolvimento de úlceras de pressão por várias razões. Em primeiro lugar, o objectivo primordial da ventilação mecânica é proteger a via aérea da criança. Este acontecimento implica muitas vezes a restrição, e mesmo a imobilização da cabeça da criança. O uso da sedação e dos agentes terapêuticos curarizantes desempenham também um papel importante na redução dos movimentos espontâneos do organismo humano. A menos que se altere decúbitos frequentemente na criança, a cabeça está sujeita a longos períodos de pressão. No entanto, a autora

reconhece que crianças gravemente instáveis, em termos hemodinâmicos e com instabilidade no processo de ventilação mecânica ou sujeitos a técnicas altamente diferenciadas e invasivas como seja ECMO (Extra corporal Membrane Oxygenation) é difícil proporcionar a alternância de decúbitos. Butler (2006); cita Pallija et al (1999), para referir o estudo efectuado com crianças de espinha bífida e lesões na medula durante um período de 4 anos, no children's Hospital Medical Center of Akron, em Ohio. Estes pesquisadores identificaram 11 factores de risco para situações de lesão ou rotura da pele em crianças: (1) urticária, (2) obesidade, (3) edema, (4) trauma, (5) incisões cirúrgicas, (6) paralesia, (7) áreas de insensibilidade, (8) imobilidade, (9) má nutrição, (10) incontinência e (11) défice de desenvolvimento cognitivo. Butler (2006) refere que as pesquisas actuais demonstram que as crianças diferem dos adultos nas áreas anatómicas de desenvolvimento de úlcera de pressão. Butler (2006); cita Neidig et al (1989), para referir que nas crianças as áreas afectadas são a região occipital (principalmente em crianças com idade inferior a 36 meses), região sagrada (em crianças a partir da idade pré-escolar), lobos das orelhas e região das calcâneos. Para finalizar, Butler (2006), refere que os enfermeiros se devem familiarizar e estar aptos a utilizar ferramentas de avaliação de risco de desenvolvimento de úlcera de pressão, como sendo a Escala de Braden Q, e utilizá-la na sua prática diária. Esta autora refere ainda que, os enfermeiros têm que tomar consciência de que as úlceras de pressão existem na população pediátrica.

Da reflexão pessoal, após a leitura destes artigos posso afirmar, e tendo por base a minha experiência pessoal e profissional que as úlceras de pressão na população pediátrica revelam-se como um problema actual e pertinente. Esta temática requer por parte dos enfermeiros, investimento pessoal e pesquisa científica. Acredito que em termos científicos e conceitos actuais sobre medidas de prevenção e tratamento, os enfermeiros que cuidam de crianças e jovens em risco de desenvolver úlcera de pressão, têm ainda um caminho a percorrer no sentido da plena actualização de conceitos científicos. Da minha análise pessoal, acredito que é necessário que os enfermeiros tomem consciência deste problema, pois só identificando os problemas e reconhecendo as dificuldades e obstáculos, poderemos verdadeiramente enfrentar este grave problema, e encontrar soluções que permitam melhor cuidar da criança/jovem em risco de desenvolvimento de úlcera de pressão ou com úlcera de pressão.

4.3. Definição de úlcera de pressão

De referir que o conceito de úlcera de pressão evoluiu ao longo dos tempos, à medida que a investigação científica avança nesta área. Aqui darei algumas definições, que demonstram a evolução do conceito. O conhecimento epidemiológico das úlceras de pressão, a sua incidência, a sua prevalência, distribuição e somatório dos factores que controlam ou influenciam a sua presença ou ausência, é um primeiro passo extremamente importante que vai de encontro ao desafio da prevenção das úlceras de pressão (Merriam-Webster, 1994; citado por Morison, 2004). Segundo Morison (2004), não é a culpa ou negação que ajudarão a prevenir úlceras de pressão.

As úlceras de pressão, são lesões complexas da pele e estruturas subjacentes e variam consideravelmente em tamanho e gravidade. O principal factor causal é a aplicação localizada de pressão numa área de pele não adaptável à magnitude dessas forças externas, embora a sua patologia e etiologia sejam complexas (Morison, 2004).

Parish et al, 1983; citado por Morison, (2004: pág. 17) define as úlceras de pressão como “uma lesão em qualquer superfície da pele que ocorre em resultado da pressão e inclui hiperemia reactiva bem como flictemas, ruptura ou necrose tecidular”.

Segundo Dealey (2006: pág. 140), uma úlcera de pressão é “... uma lesão localizada, causada pela interrupção do fornecimento sanguíneo à zona, geralmente em resultado de pressão, torção ou deslizamento, ou fricção, ou uma combinação de qualquer destas”.

E na sequência desta linha de pensamento, segundo a EPUAP (European Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009) e a NPUAP (National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009: pág.7), uma úlcera de pressão é “Lesão localizada na pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea, em resultado da pressão ou de uma combinação entre esta e forças de torção”(...).

É ainda possível encontrar definição de úlcera de pressão segundo CIPE (versão 2.0), “Úlcera de pressão com as características específicas: dano, inflamação ou ferida da pele ou estruturas subjacentes com resultado da compressão tecidular e perfusão inadequada”.

Assim, posso concluir que as úlceras de pressão se traduzem num dano significativo para a integridade cutânea, resultante de pressão exercida sobre uma determinada área corporal. As úlceras de pressão, representam um problema real e com consequências altamente nefastas para o doente e sua família. Em contexto pediátrico, as

úlceras de pressão têm consequências negativas e um impacto emocional significativo para a criança/jovem e sua família (Curley e Quigley, 2003; citados por Cristina Minguéns e Pedro Ferreira, 2009).

Perante lesões tão graves, como sejam as úlceras de pressão, era absolutamente fundamental que existisse critérios credenciados e universais de avaliação de risco de desenvolvimento de úlcera de pressão, assim como um sistema de classificação de úlceras de pressão. Assim, a EPUAP e a NPUAP criaram um sistema internacional para se classificar as úlceras de pressão, de modo a uniformizar procedimentos na avaliação da úlcera de pressão. Em contexto pediátrico, a Escala de Braden Q é uma ferramenta valiosa para se avaliar o risco de uma criança ou jovem desenvolver úlcera de pressão.

4.4. Composição da pele

Os tecidos envolvidos no desenvolvimento de úlceras de pressão são a pele, tecido adiposo subcutâneo, fáscia profunda, músculo e osso. A pele em particular, e muito especialmente, desempenha um papel extremamente importante, para o risco de desenvolvimento de úlcera de pressão, quando ocorre a descontinuidade da integridade cutânea, pondo deste modo, em risco as funções básicas de protecção da pele. É descrita na literatura, como o órgão mais extenso do corpo humano, e é uma estrutura dinâmica na qual a substituição e modificação celular em resposta às necessidades locais, é um processo contínuo ao longo da vida. As suas funções principais incluem: protecção, termo regulação, excreção de água e electrólitos, metabolismo da vitamina D, percepção sensitiva, além de representar a imagem corporal.

No que se refere à função de protecção, temos ainda que considerar que a pele humana serve de hospedeiro a microrganismos, na sua flora residente, que aparentemente são inofensivos, mas que se tornam patogénicos quando conseguem penetrar através da barreira, que é a pele. Pode-se então, afirmar que a pele constitui a primeira barreira de protecção contra a infecção, e que quando surge uma rotura dessa barreira, através de uma ferida, o risco de infecção aumenta. No que se refere à composição da pele, em termos estruturais, este tópico encontra-se disponível no Apêndice IV, apenas a título de relembrar conceitos teóricos.

4.5. Desenvolvimento de um sistema internacional de classificação das úlceras de pressão

Dado os avanços científicos verificados, essencialmente nestes últimos 20 anos, constatou-se que como parte integrante de uma avaliação completa de uma úlcera de pressão, um factor importante é a classificação da úlcera de pressão. Segundo Baranoski & Ayello (2010), a classificação das úlceras de pressão, não é mais do que um sistema para descrever o nível de tecidos destruídos. Permite aos profissionais de saúde utilizarem uma linguagem comum para indicar a situação clínica da úlcera de pressão.

Assim, devido à necessidade de se estabelecer “*guidelines*” – linhas orientadoras para os profissionais de saúde, surgiram as recomendações estabelecidas pela European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) e a American National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), com o objectivo de desenvolver recomendações baseadas na evidência científica para a prevenção e tratamento das úlceras de pressão. Assim, no guia de consulta rápida sobre prevenção de úlceras de pressão (2009), elaborado pela EPUAP e pela NPUAP; traduzido pela Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas (APTF), podemos encontrar a classificação internacional de úlcera de pressão.

Estas duas instituições, a EPUAP e a NPUAP, ao desenvolverem as *guidelines* internacionais de prevenção e tratamento de úlceras de pressão, consideraram que era o momento ideal para desenvolver um sistema de classificação comum, que pudesse ser usado pela comunidade internacional. Assim foi considerado, que as classificações por graus os estadios implicavam uma progressão do I ao III ou IV, quando isso não é sempre o que acontece. Sem sucesso, tentou-se encontrar uma palavra comum para descrever grau ou estadio. Então, foi sugerido utilizar a palavra “categoria”, como termo neutro para substituir “estadio” ou “grau”.

Acordaram-se então, 4 níveis de lesão, e de acordo com a EPUAP (2009), as úlceras de pressão são classificadas da seguinte forma:

Categoria I: Eritema não branqueável

Categoria II: Perda parcial da espessura da pele

Categoria III: Perda total da espessura da pele

Categoria IV: Perda total da espessura dos tecidos

No Apêndice V está discriminado de forma pormenorizada as categorias das úlceras de pressão segundo a NPUAP/EPUAP (2009).

De salientar que, e na opinião de Ferreira et al (2007), antes do aparecimento de uma úlcera de pressão, a zona sujeita a pressão fica pálida devido à compressão dos vasos sanguíneos. Na observação da pele é fundamental dar ênfase ao primeiro sinal de alerta para o desenvolvimento de úlcera de pressão, que segundo a EPUAP e NPUAP (2009), é o eritema não branqueável.

O PUCLAS é uma pequena aplicação desenvolvida pela EPUAP que visa familiarizar os enfermeiros com o sistema de classificação das úlceras de pressão. Segundo o PUCLAS, o eritema não branqueável (considerado úlcera de pressão de categoria I), deve ser distinguido do eritema branqueável, que é um rubor que desaparece algum tempo após o doente ser mudado de posição ou área avermelhada que fica temporariamente branca ou pálida quando é aplicada pressão com a extremidade do dedo.

4.6. Escala de Braden Q

A Escala de Braden Q, é uma escala de avaliação de risco para ocorrência de úlcera na população pediátrica. Quigley & Curley (1996), desenvolveram a Escala de Braden Q, com o objectivo de avaliar crianças/jovens em risco de desenvolver úlcera de pressão, podendo deste modo, através da avaliação do risco desenvolver medidas preventivas de actuação, para a população pediátrica de risco. A Escala de Braden Q, é uma escala baseada na Escala de Braden para adultos e modificada para a população pediátrica por Quigley & Curley.

A Escala de Braden Q foi validada para a população pediátrica portuguesa, através de um estudo realizado em 2005, no Hospital Pediátrico de Coimbra. Este estudo incluiu uma amostra de 263 crianças hospitalizadas entre Fevereiro e Maio do ano referido, com idades compreendidas entre os 21 dias de vida e os 18 anos; foram abrangidas crianças internadas, nas Unidades de Cirurgia, Medicina, Ortopedia/Neurocirurgia e Unidade de Cuidados Intensivos. Para além da idade, estas crianças incluídas no estudo, tinham de ter um período mínimo de permanência no hospital de, pelo menos, 24 horas, não apresentar úlceras de pressão ou doença cardíaca congénita e não serem de pré-termo. Todos estes critérios são semelhantes aos utilizados pelas autoras da escala nos estudos originais. De facto, uma permanência da criança inferior a 24 horas, apenas iria permitir uma única avaliação que não seria conclusiva. Por outro lado, a exclusão das crianças com patologia cardíaca deveu-se ao impacto da hipoxémia crónica no aparecimento das

úlceras de pressão ainda não ser clara e poder ser diferente da restante população pediátrica (Curley e Quigley, 2003; citadas por Cristina Minguéns e Pedro Ferreira, 2009).

Dado o facto de inicialmente a Escala de Braden Q não ter sido utilizada na população pediátrica com cardiopatia, tive oportunidade de assistir à conferência que a Enfª Cristina Minguéns deu no Hospital de D. Estefânia, no dia 06 de Julho de 2011, sobre a utilização da Escala de Braden Q. Com o objectivo de esclarecer se a Escala de Braden Q poderia ser utilizada na população pediátrica com cardiopatia; no final da conferência tive oportunidade de efectuar uma troca de ideias e opiniões com a Enfª Cristina Minguéns. Na sua opinião a Escala de Braden Q, pode e deve ser utilizada nesta população pediátrica, para avaliar o risco de desenvolvimento de úlcera de pressão. Apenas acresce o factor da hipoxémia poder ser considerado um factor de risco acrescido para o desenvolvimento de úlcera de pressão, devido ao facto de estar descrito na literatura, que a hipoxémia pode ser um factor a considerar no atraso da cicatrização de feridas. Segundo as directrizes da Direcção Geral de Saúde, apenas devem ser excluídos da aplicação da Escala de Braden, doentes com patologia mental e portadores de patologia em que esteja implícito o risco de auto mutilação.

De salientar que Neidig (1989), referenciada por Quigley & Curley(1996), no seu artigo “Risk factors associated with pressure ulcer in the pediatric patient following open-heart surgery”, diz-nos que efectuou um estudo com 59 crianças, que foram submetidas a cirurgia cardíaca sobre circulação extra-corporal. Destas crianças, em 16,9% foram encontradas úlceras de pressão na região occipital durante o período pós-operatório. Foram identificados 4 factores de risco: idade, tipo de doença cardíaca congénita, tempo de entubação endo-traqueal e tempo de permanência na unidade de cuidados intensivos pediátricos. Foi aplicado um Protocolo de Prevenção de Forças de Cisalhamento, aplicadas na região occipital no pós-operatório e houve um acentuado declínio da incidência de úlceras de pressão, que registou um valor de 4,8%. De referir que actualmente, na nomenclatura dos termos usados para classificar forças mecânicas externas, potencialmente causadoras de úlceras de pressão, não se usa a designação de forças de cisalhamento, mas sim forças de torção e deslizamento.

A Escala de Braden Q, consiste em 7 sub-escalas: mobilidade, actividade, percepção sensorial, humidade, forças de fricção e deslizamento, nutrição e perfusão tecidual e oxigenação. O valor total da escala varia entre 7 e 28 (scores atribuídos). De referir que scores baixos indicam-nos alto risco de desenvolver úlcera de pressão e

scores altos, baixo risco de desenvolver úlcera de pressão. As 7 sub-escalas variam entre 1 e 4, sendo o menor valor, o menos favorável, ou seja, o de maior risco. Deste modo, o valor total da pontuação, de todos os itens da escala, é categorizado em 2 níveis de risco: alto risco, score inferior a 22 (alto risco < 22) e baixo risco, score igual ou superior a 22 (baixo risco ≥ 22). Recomenda-se que cada uma das 7 sub-escalas, sejam analisadas individualmente, com o objectivo de implementar intervenções de prevenção para cada uma. A aplicação da Escala de Braden Q, deve ser sempre combinada com uma avaliação da pele e da sua integridade. Esta escala está validada para a população pediátrica portuguesa. Está apta a ser utilizada em crianças a partir dos 21 dias de vida até aos 18 anos. A idade dos 21 dias de vida, tem somente a ver com a maturidade cutânea do recém-nascido. No Anexo II, está disponível o instrumento de avaliação da integridade cutânea, disponível no site do GAIF (Grupo Associativo de Investigação em Feridas). A Escala de Braden Q, encontra-se disponível no Anexo I, para consulta das sub-escalas e do que cada uma representa.

Na utilização da Escala de Braden Q, estão implícitos os momentos de avaliação e consequente aplicação da escala. Deste modo, segundo a EPUAP (2009), preferencialmente o doente deve ser avaliado no momento da admissão ou nas primeiras 8 horas após a admissão na Unidade Hospitalar. Posteriormente com a frequência necessária à evolução do estado geral e clínico da criança/jovem; não podemos esquecer que as condições físicas e psicológicas do doente se podem alterar durante o internamento.

5. DESENVOLVIMENTO DO PROJECTO DE APRENDIZAGEM

De modo a dar resposta aos objectivos traçados para a consecução do projecto, referenciados inicialmente, foram seleccionados alguns campos de estágio, que me pareceram pertinentes para o desenvolvimento de competências de EESIP e a aquisição de contributos para a implementação do Protocolo de Prevenção e Tratamento de úlceras de Pressão no Serviço de Cardiologia Pediátrica. De seguida será feita uma análise reflexiva, de modo a compreender a importância de cada campo de estágio para a concretização dos objectivos.

5.1. Hospital de D. Estefânia

Nesta instituição hospitalar, elegi alguns serviços para efectuar estágios, dado que este hospital pelas suas características, tem um grande número de serviços, onde me possibilitariam o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista. No Apêndice VI podemos encontrar uma descrição da instituição hospitalar referida, considerada como unidade de referência na assistência prestada ao cliente pediátrico e sua família. Por outro lado, neste hospital existe já implementado na maioria dos serviços, avaliação de crianças de risco e implementação das respectivas medidas e procedimentos de prevenção, para as úlceras de pressão, o que seria importante para a aquisição de contributos de colegas que já têm experiência da implementação da Escala de Braden Q. Assim, a seguir será feita uma reflexão sobre a importância que cada campo de estágio teve no meu desenvolvimento pessoal e profissional. Para cada local de estágio de estágio defini objectivos que considereei serem adequados para a aquisição de competências de enfermeiro especialista. Para o sucesso do estágio procurei em cada local de estágio, conhecer a dinâmica de funcionamento dos serviços

Serviço de Ortopedia e Neurocirurgia

O Serviço de Ortopedia e Neurocirurgia recebe crianças maioritariamente com patologias ortopédicas; de entre as patologias mais frequentemente encontradas no serviço, temos: fracturas, Osteomielites, Luxação Congénita da Anca e Doença de Perthes, ou seja, patologias que implicam imobilidade e forças de fricção e deslizamento. Como referido anteriormente, são factores de risco para desenvolvimento de úlcera de pressão. Deste modo, uma equipa de enfermagem com experiência em cuidar de

crianças e jovens de risco para desenvolvimento de úlcera de pressão, permitiu-me alargar horizontes nesta área temática, de modo a alcançar objectivos de forma coerente e pertinente.

Deste modo, os objectivos traçados para este local de estágio, foram os seguintes:

- Aprofundar conhecimentos sobre a temática das úlceras de pressão em contexto pediátrico;
- Identificar factores de risco da criança/jovem desenvolver úlcera de pressão;
- Identificar medidas de prevenção da criança/jovem desenvolver úlcera de pressão;
- Compreender a atribuição de scores na Escala de Braden Q;
- Compreender a criança/jovem/família como uma unidade holística e dinâmica.

Acredito que, só encarando o problema das úlceras de pressão em contexto pediátrico, de forma frontal e coerente, o enfermeiro actuará no sentido da excelência de cuidados de enfermagem pediátricos e respeitará os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Este serviço, pareceu-me de especial importância para a aquisição de contributos pessoais para a realização do projecto. Dado que, neste serviço existem duas enfermeiras que são dinamizadoras, sobre a temática de prevenção e tratamento de úlceras de pressão em pediatria. Uma enfermeira actua essencialmente como dinamizadora na prevenção de úlceras de pressão em contexto pediátrico. Outra enfermeira, como dinamizadora actua a nível de tratamento de zonas de pressão ou úlceras de pressão na criança/jovem. No entanto, toda a equipa de enfermagem está motivada para esta temática. Foi possível verificar que todas as crianças/jovens, com internamento programado superior a 48 horas, têm avaliação feita através da Escala de Braden Q. Todos os meses, na primeira terça-feira de cada mês, são elaborados os indicadores de qualidade, referentes a esta temática, e às crianças avaliadas. Deste modo, fazem parte dos indicadores do projecto das úlceras de pressão a taxa de avaliação de risco, a taxa de efectividade diagnóstica, a taxa de prevalência, a taxa de incidência e a taxa de eficácia do plano de prevenção. Para melhor compreensão dos itens inerentes a estas taxas, no Apêndice VII encontra-se disponível a tabela para observação. De forma a respeitar princípios éticos de utilização de documentos utilizados por uma instituição hospitalar, pedi autorização à enfermeira responsável por este projecto no serviço, para colocar a tabela em anexo; obviamente foram apagados os dados constantes na tabela.

No cuidado diário à criança/jovem, existe preocupação evidente com a maximização do bem estar, com a vigilância da integridade cutânea, e com a utilização de medidas de conforto e de prevenção de úlceras de pressão. Todas as crianças sujeitas a zonas de pressão, pela sua condição clínica, requerem da parte dos enfermeiros, uma atenção especial. Todas as zonas sujeitas a pressão são protegidas com pensos hidrocoloides; incentivo à mudança de posição de acordo com a situação clínica e a utilização de almofadas para alívio das zonas de pressão. Simultaneamente a opinião da criança/jovem em relação ao seu bem estar, é sempre fonte de informação pertinente, para os cuidados de enfermagem no contexto das úlceras de pressão em pediatria. Todos estes registos e avaliações estão padronizadas pela CIPE, na versão Beta 2 e são criteriosamente registadas pelos enfermeiros. Só enfrentando esta realidade, das úlceras de pressão nas crianças/jovens de forma criteriosa e verdadeira, e encarando a criança/família como um todo, de forma a conhecer as suas necessidades afectadas ou potencialmente afectadas, poderemos realmente cuidar de forma holística das nossas crianças/jovens e suas famílias.

Efectuando uma análise reflexiva, do contributo do modelo de Betty Neuman para o cuidado à criança/jovem em risco de desenvolvimento de úlcera de pressão, posso referir que a utilização da Escala de Braden Q como ferramenta de avaliação de risco, permite a avaliação e identificação de factores *stressores* para a criança/jovem. Neste contexto os itens constantes na Escala de Braden Q, serão factores *stressores* potenciais para o desenvolvimento da úlcera de pressão.

Durante o estágio neste serviço, tive a oportunidade de cuidar de crianças/jovens e famílias internadas neste serviço, que me permitiram desenvolver competências de EESIP. Acredito que durante este tempo, que estagiei no serviço de ortopedia, houve uma troca de experiências pessoais e profissionais e uma partilha de saberes. Tive a oportunidade de aplicar a Escala de Braden Q a várias crianças; e simultaneamente partilhar opiniões com as colegas sobre os scores a atribuir. Foi ainda possível efectuar a vigilância da integridade cutânea, em zonas de risco de desenvolvimento de úlcera de pressão, a que estas crianças e jovens estão sujeitas, devido essencialmente à imobilidade, provocada por tracções cutâneas e talas gessadas; existem ainda outros factores de risco associados como sejam as forças de fricção e deslizamento, dado que estas crianças estão sujeitas a períodos muito longos no leito ou em cadeira de rodas. Esta equipa de enfermagem está bastante consciente dos factores de risco de desenvolvimento de úlcera de pressão na população pediátrica, e actua de forma eficaz

na prevenção de tais lesões. A actuação desta equipa e a eficácia na prevenção de úlceras de pressão, deve-se, na minha opinião ao conhecimento dos factores de risco e à forma de os prevenir. Este facto, vai de encontro ao que nos diz a literatura, como descrito no capítulo anterior, em que o desempenho do enfermeiro é fundamental para prevenir úlceras de pressão na população pediátrica. Mas, também é essencial uma formação eficaz sobre esta temática, de forma a prestar cuidados de enfermagem mais humanos e cientificamente competentes.

Durante a permanência no serviço, foi possível verificar que todos os procedimentos dolorosos, por exemplo, execução de pensos são feitos na presença dos pais. No decorrer do estágio, foi possível participar e colaborar com a equipa de enfermagem na execução de alguns pensos particularmente dolorosos, pelo contexto técnico e clínico. Estive presente e procurei transmitir à criança e família que estava ali para ajudar e apoiar no que fosse possível. Por vezes é possível iniciar uma aproximação à criança e família, com gestos simples e simbólicos, como dar a mão ou manifestações de carinho. Acredito que é na transmissão de carinho e afecto, que se pode construir uma relação de ajuda verdadeira e honesta. Neste serviço, a par do procedimento técnico, existe um cuidar com muito afecto por parte da equipa de enfermagem. Gestos de carinho e afecto são visíveis por parte da equipa de enfermagem. O carinho, incentivo e reforço positivo está sempre presente no cuidado diário à criança/jovem e família. Diogo (2010), revela que, apesar de os enfermeiros “provocarem” dor quando efectuam alguns procedimentos técnicos, conseguem também conquistar as crianças; isto só é possível através da transmissão de afecto e amor. De facto, durante procedimentos dolorosos, os enfermeiros procuram ser afectivos e meigos, no sentido de confortar a crianças. Mas, sem dúvida, que os enfermeiros dão especial importância a uma abordagem à criança/família noutros momentos, com o objectivo de dar carinho, colo ou brincadeira. Estas estratégias ajudam a superar momentos dolorosos, devido a procedimentos que causam dor. Acredito que é na prestação de um cuidado de enfermagem personalizado e humanizado, sensível às reais necessidades, angústias e medos da criança e sua família, que conseguimos diminuir o trauma e o stress da hospitalização. Neste serviço existem 3 projectos extremamente pertinentes para o cuidar de enfermagem pediátrica, como sejam: visitas domiciliárias a crianças com Doenças de Perthes; articulação de cuidados à criança/família com fixador externo; a criança com Osteogénese Imperfeita, crescer com

solidez... passo-a-passo. No Apêndice VIII, estão descritos estes projectos de forma mais detalhada.

Este estágio contribuiu em muito, para o meu desenvolvimento de competências de EESIP. No contacto diário com as crianças/jovens e famílias internadas neste serviço, desenvolvi novas aprendizagens e uma forma de encarar a enfermagem de um modo mais humano e mais centrado no cliente pediátrico e sua família. Assim, neste serviço desenvolvi competências de EESIP no sentido de que o enfermeiro especialista “implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem”. Foi ainda possível desenvolver competências no âmbito de que o EESIP “diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afectar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança/jovem”. No âmbito das competências de EESIP, o enfermeiro especialista “faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança, optimizando as respostas”.

Neste estágio, a partilha de saberes e de experiências, com a equipa de enfermagem foi um facto deveras positivo, para compreender o papel de destaque que o enfermeiro pode assumir na prevenção e tratamento de úlceras de pressão em contexto pediátrico. Mas fundamentalmente para compreender a criança/jovem e família como um todo, em que o papel do enfermeiro é crucial para o seu equilíbrio enquanto célula fundamental da sociedade. Deste modo, este local de estágio, assumiu-se como decisivo e fundamental, para o enriquecimento da minha experiência pessoal e profissional.

Unidade de cuidados intensivos Neonatais (UCIN)

A UCIN do Hospital de D. Estefânia é considerada uma Unidade Médico-cirúrgica. Segundo Neto et al (2010), ao longo das últimas décadas, a patologia cirúrgica tornou-se uma das mais importantes da UCIN do Hospital de D. Estefânia, tornando deste modo, esta unidade, um centro de referência para a patologia cirúrgica neonatal.

As crianças internadas nesta unidade, têm muitas vezes pós-operatórios com várias complicações hemodinâmicas e infecciosas, e requerem maioritariamente bastante tempo de ventilação mecânica invasiva. Deste modo, não posso deixar de referir que se tornam em crianças com alto risco de desenvolvimento de úlcera de pressão. Assim, este campo de estágio revelou-se como bastante enriquecedor para atingir etapas importantes para a implementação do Protocolo de Prevenção e tratamento de úlceras de pressão.

Para tal, os objectivos definidos para este local de estágio, foram os seguintes:

- Compreender o recém-nascido/família como uma unidade holística e dinâmica;
- Compreender como a equipa de enfermagem promove a vinculação do recém-nascido doente e família;
- Identificar factores de risco do recém-nascido jovem desenvolver úlcera de pressão;
- Identificar medidas de prevenção do recém-nascido desenvolver úlcera de pressão;
- Aprofundar conhecimentos sobre a temática das úlceras de pressão em contexto Neonatal.

A permanência neste serviço, foi essencial para a aquisição de competências de EESIP, no âmbito do acompanhamento do recém-nascido prematuro e sua família. A reflexão sobre esta temática, está descrita de forma mais pormenorizada no Apêndice VI:

No que se refere à temática das úlceras de pressão na população pediátrica, e mais especificamente no recém-nascido em risco de desenvolver úlcera de pressão, a equipa de enfermagem desenvolve várias estratégias, nomeadamente: mudanças de decúbito, tendo obviamente atenção o estado clínico da criança, protecção com colchões de gel, almofadas de gel e rolos de gel, que servem de protecção e também como medida de conforto, dado a necessidade de segurança do recém-nascido, servindo como intervenção para conter o recém-nascido dentro da incubadora. Na face do recém-nascido é sempre colocada uma pequena porção de placa fina de hidrocolóide, antes de se fixar adesivos da SNG ou sonda de oxigénio. É feita com regularidade vigilância da integridade cutânea da pele do recém-nascido. Um momento de excelência, para realizar esta observação, é durante o momento da higiene. Existe uma atenção especial com a hidratação da pele do recém-nascido, com aplicação, se possível de produtos hidratantes. Existe também um protocolo estabelecido na UCIN, quando um recém-nascido tem um estoma. Com preenchimento da folha de avaliação de estomas que comporta vários itens: tipo de estoma, forma, tamanho, localização, características do estoma, pele circundante, mudança de placa.

Durante a permanência na UCIN, foi possível aceder à Escala de NSRAS (Escala de avaliação de risco de UPP no recém-nascido), adaptada de Huffines B., Lodgson M. C. The Neonatal Skin Risk Assessment Scale for Predicting Skin Breakdown in Neonates, que foi traduzida pela equipa da UCIN. No entanto, neste momento, esta escala não está validada para Portugal e portanto, tem como directrizes não poder ser aplicada em recém-

nascidos. A Escala de NSRAS não está validada, porque não passou pelo processo de validação estruturado, que passou a Escala de Braden Q, ou seja, tradução por um tradutor credenciado em tradução de linguagem técnica, contra-tradução e posteriormente estudo em população de recém-nascidos. Devido ao empenho inicial na tradução da Escala de NSRAS, foi possível verificar alguma tristeza, com este facto na equipa, principalmente nos elementos dinamizadores no serviço para a prevenção de úlcera de pressão no recém-nascido.

Fazendo uma análise reflexiva da importância deste campo de estágio para a minha aprendizagem, reconheço que foi extremamente importante. Apesar, de na UCIN não estar a ser utilizada a Escala de NSRAS, pelo facto de não ter estudo efectuado de validação para Portugal, foi um contributo significativo, observar o cuidado da equipa de enfermagem, com a prevenção da integridade cutânea do recém-nascido.

A par do cuidado holístico prestado ao recém-nascido e sua família, a prevenção de lesões tão graves, como as úlceras de pressão, são uma preocupação constante desta equipa de enfermagem. Indo de encontro ao que nos diz a literatura, a criança internada em unidades de cuidados intensivos, e sujeita a vários factores de risco, como imobilidade e tempo prolongado de ventilação mecânica invasiva, assume-se como uma criança de alto risco para desenvolvimento de úlcera de pressão. Se a este acontecimento associarmos o facto de ser um recém-nascido, com pele mais frágil, então só um cuidado global e eficaz e uma equipa de enfermagem atenta a esta temática, será capaz de prevenir úlceras de pressão num recém-nascido hemodinamicamente instável e com bastante tempo de permanência numa unidade de cuidados intensivos.

O contacto diário com estas crianças e famílias permitiu o desenvolvimento de competências de EESIP. Na prestação de cuidados a estas crianças tão especiais e suas famílias, foi possível reflectir sobre a extrema importância que o enfermeiro pode desempenhar no superar de uma crise tão acentuada para a família, como seja o nascimento de um filho prematuro; assim como no restabelecimento do equilíbrio emocional da família profundamente afectado. Deste modo este local de estágio permitiu-me desenvolver competências no sentido de que o EESIP “promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (R.N.) doente ou com necessidades especiais”. No âmbito do cuidado ao recém-nascido gravemente doente o EESIP “reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados”.

Unidade de cuidados intensivos Pediátricos (UCIP)

A UCIP do Hospital D. Estefânia tem como missão principal a assistência diferenciada, na área de cuidados intensivos a crianças e adolescentes com patologia médica e/ou cirúrgica desde 1 mês de idade até aos 18 anos. Como já referenciado no capítulo anterior, as crianças e jovens internados em unidades de cuidados intensivos, assumem-se como clientes de especial risco para desenvolvimento de úlcera de pressão. Dado que esta unidade se encontra inserida num hospital que há algum tempo se encontra a aplicar a Escala de Braden Q e a avaliar crianças de risco, pareceu-me bastante pertinente a realização de um estágio, de modo a adquirir contributos importantes, através da experiência e dos conhecimentos dos colegas.

Os objectivos traçados para este local de estágio, são em tudo semelhantes aos objectivos traçados para o serviço de ortopedia, deste mesmo hospital. Só que agora num cenário, de especial risco para desenvolvimento de úlcera de pressão em contexto pediátrico, segundo os estudos actuais internacionais. Nesta unidade o projecto de prevenção e tratamento de úlceras de pressão faz parte dos projectos de melhoria contínua do serviço. Tal como referido para o serviço de ortopedia deste hospital, aqui também na 1ª terça-feira de cada mês são realizados os indicadores de qualidade referentes à temática das úlceras de pressão. A folha de registo destes indicadores contém os seguintes itens: nº de doentes internados, nº de doentes com avaliação da Escala de Braden Q, nº de doentes com score de baixo risco, nº de doentes com score de alto risco, nº de doentes com úlcera de pressão anterior ao internamento, proveniência da criança/jovem, nº de doentes com úlcera de pressão, nº de doentes com mais do que uma úlcera de pressão, nº de doentes de baixo risco e com úlcera de pressão, nº de doentes de alto risco e com úlcera de pressão. Nestes dois últimos itens, classifica-se a úlcera de pressão quanto à categoria. A partir destes dados, os colegas dinamizadoras no serviço para a temática da prevenção e tratamento das úlceras de pressão estão a realizar os seguintes indicadores: taxa de avaliação de risco, taxa de efectividade diagnóstica e a taxa de prevalência. Nesta unidade, existe ainda uma instrução de trabalho, no que se refere à prevenção e tratamento de úlceras de pressão em contexto pediátrico. De salientar, alguns itens bastante pertinentes para um cuidado holístico à criança/jovem em risco de desenvolvimento de úlcera de pressão:

- todos os doentes com internamento previsível superior a 48 horas, têm avaliação de risco com a periodicidade recomendada no procedimento TRC 110 (procedimento

multisectorial do centro Hospitalar de Lisboa Central sobre prevenção e tratamento das úlceras de pressão). De salientar que a periodicidade recomendada por este procedimento sectorial, não está de acordo com as directrizes actuais da DGS sobre a periodicidade de avaliação da criança e do jovem, para o risco de desenvolvimento de úlcera de pressão.

As directrizes do procedimento sectorial apenas recomenda que crianças avaliadas com alto risco, tenham avaliação pela Escala de Braden Q de 48/48 horas. Assim como crianças avaliadas com baixo risco, tenham avaliação através da Escala de Braden Q de 7/7 dias e em SOS. Do que observei nos locais de estágio, inseridos no Hospital de D. Estefânia, reconheço que a equipa de enfermagem procede à avaliação da criança e do jovem de acordo com o procedimento sectorial. Nas trocas de impressão e da reflexão conjunta com os colegas, compreendemos que este facto se deve essencialmente, há necessidade que ainda persiste de motivar toda uma equipa de enfermagem para esta temática, e para o pleno reconhecimento desta realidade, do risco de desenvolvimento de úlcera de pressão na população pediátrica, e da necessidade absoluta de uma intervenção de enfermagem holística e simultaneamente baseada na evidência científica, para cuidar destas crianças e jovens de forma global e humanizada. Fazem ainda parte da instrução de trabalho os seguintes itens:

- para os doentes de alto risco, será elaborado um plano de cuidados para a prevenção das úlceras de pressão;
- as crianças e jovens com score de alto risco e/ou com úlcera de pressão, deverão ter uma dieta personalizada;
- as crianças e jovens com úlcera de pressão, têm uma avaliação da ferida na totalidade dos itens constantes na folha de avaliação da ferida (categoria da úlcera, dimensões, cor e tipo de tecido, quantidade e tipo de exsudado, presença de odor, presença de dor);
- o tratamento das úlceras de pressão deve ser efectuado de acordo com a periodicidade e especificações constantes do resumo das características do medicamento. Existe um registo para cada tratamento efectuado. Da partilha de experiências com os colegas, chegamos à conclusão que a maioria dos serviços de pediatria, utiliza a proposta de actuação para o tratamento das úlceras de pressão emanada pelo centro hospitalar de Lisboa Central. Está ainda registado na instrução de trabalho desta unidade que se existir qualquer alteração do tratamento instituído deve ser fundamentado e documentado nos registos de enfermagem.

De realçar que este serviço, é considerado segundo a literatura internacional, como sendo um serviço de risco para as crianças/jovens aí internadas desenvolverem úlcera de pressão, dado ser uma unidade de cuidados intensivos que recebe doentes criticamente instáveis, do ponto de vista hemodinâmico e com tempos prolongados de ventilação mecânica invasiva. Este facto foi já referenciado de forma mais detalhada, no subcapítulo referente à realidade das úlceras de pressão em contexto pediátrico, no âmbito de que os estudos internacionais demonstraram que crianças internadas em unidades de cuidados intensivos estão em risco real de desenvolvimento de úlceras de pressão.

Dado esta realidade, e com o objectivo fundamental de promover o desenvolvimento de competências da equipa de enfermagem, na prevenção e tratamento de úlceras de pressão, as enfermeiras dinamizadoras do serviço sobre esta temática, além de efectuarem formação à equipa de enfermagem, elaboraram um dossier com informação pertinente. Neste dossier é possível encontrar, a instrução de trabalho referenciada, lista de material de alívio de pressão, fichas farmacológicas dos produtos de tratamento e artigos pertinentes sobre esta área temática. Ainda de referir que em cada unidade existe uma folha de registo de úlceras de pressão. Esta folha inclui os seguintes itens: Escala de Braden Q e categoria da úlcera de pressão. Em relação à úlcera de pressão há a considerar os seguintes itens na caracterização da úlcera; localização, dimensão (comprimento, largura, profundidade), características do tecido (cor, tipo-granulação, epitelização, necrótico), aspecto do tecido peri-lesão, características do exsudado da ferida, presença de odor, presença de dor.

Durante a permanência nesta unidade, pude verificar, que se encontram internadas crianças e jovens de risco muito acrescido para desenvolvimento de úlceras de pressão. Mas também tive oportunidade de cuidar em colaboração com a equipa de enfermagem, de crianças com doença de mau prognóstico, que me permitiu desenvolver competências de EESIP, num contexto de cuidados de enfermagem extremamente complexos, mas bastante enriquecedor em termos de crescimento pessoal e profissional. Os pais de uma criança com doença potencialmente fatal, são confrontados com sentimentos de desespero profundo e de sofrimento emocional intenso, representa um choque da realidade brutal e cruel. A morte de uma criança assume-se como profundamente injusta, pois acontece dentro do ciclo biológico que não foi contemplado para este acontecimento. É o fim de uma vida, que não chegou a ser vivida. A doença pediátrica de mau prognóstico e potencialmente fatal, assume-se como uma das vivências mais traumáticas

que uma família pode vivenciar, assim como uma crise emocional deveras marcante, que obviamente afectará todos os membros da família. Acredito que nesta situação marcada pelo sofrimento humano intenso e quando a medicina afirma que mais nada tem para oferecer; a enfermagem pode desempenhar um papel fundamental no cuidar desta criança e no apoio fornecido aos pais. Segundo Diogo (2006), o enfermeiro confronta-se diariamente com a inevitável experiência humana, de sentir e de lidar com as emoções vividas das situações de cuidados.

Além dos contributos mais específicos que obtive neste local de estágio, para o meu projecto, dado que a maioria das crianças e jovens estavam sujeitas a imobilidade, por vezes hipotonia total e longas horas de ventilação mecânica; foi possível desenvolver competências essenciais em termos pessoais, no sentido de só conhecendo os nossos próprios limites e os nossos sentimentos pessoais perante situações clínicas graves e de mau prognóstico, poderemos de alguma estar capacitados para verdadeiramente ajudar crianças e famílias.

Deste modo, posso concluir que este local de estágio se revestiu de extrema importância, para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, no sentido de adquirir competências de EESIP. Nomeadamente as que permitem ao enfermeiro especialista “reconhecer situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados”; “fazer a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança optimizando as respostas”; “responder às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados”; “promover a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade”.

5.2. Hospital de Santa Maria

No Hospital de Santa Maria selecionei inicialmente, dois serviços para efectuar estágio, a Urgência Pediátrica e a Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP). Posteriormente, selecionei ainda o serviço de Cirurgia Pediátrica, pelo facto de ter tido conhecimento que se encontravam hospitalizadas neste serviço, crianças e jovens com potencial risco para desenvolvimento de úlcera de pressão. No Apêndice IX, encontra-se uma breve abordagem histórica do Hospital de Santa Maria, assim como uma breve abordagem reflexiva às experiências vivenciadas em contexto de estágio.

Urgência Pediátrica e Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

Estes 2 serviços são constituídos por uma equipa multidisciplinar, em que a equipa de enfermagem é rotativa entre a Urgência Pediátrica e a UCIP, assim como estes dois serviços têm a mesma enfermeira chefe.

Em relação à Urgência Pediátrica, em 1960 houve a abertura da Urgência Pediátrica em instalações provisórias e em 1963 verificou-se a autonomia deste serviço em relação à Urgência Central. Actualmente a Urgência Pediátrica engloba 3 sectores: triagem, sala de tratamentos e serviço de observação de pediatria (SOPed). Existe ainda neste serviço a sala de reanimação e a sala de aerossóis. Actualmente está em curso o projecto de existir na urgência a sala de ortopedia e a sala de pequena cirurgia.

Dadas as funções de enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica, emanadas pela Ordem dos Enfermeiros (2009), em que o EESIP “cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade”; é na triagem que é mais pertinente a presença de um enfermeiro especialista, com o objectivo de detectar tão precocemente quanto possível situações clínicas graves ou potencialmente graves ao mesmo tempo que efectua o primeiro contacto e o acolhimento da criança/jovem e família no serviço de urgência pediátrica.

O objectivo essencial do SOPed é a estabilização clínica da criança/jovem ou eventualmente o esclarecimento do diagnóstico clínico. É possível ainda encontrar crianças e jovens com situações clínicas que implicam grau de risco de desenvolvimento de úlcera de pressão. A referir jovens com diagnóstico clínico de Fibrose Quística, que por agudização do seu quadro respiratório requerem internamento. Estes jovens tornam-se de especial risco para desenvolvimento de úlcera de pressão, devido à diminuição da mobilidade e por insuficiência respiratória com baixas saturações de O₂. À luz da Teoria de Betty Neuman, acredito que a admissão de um filho no Serviço de Urgência, é um acontecimento extremamente stressante. Serão certamente vários os potenciais *stressores*, capazes de alterar o estado de equilíbrio da criança/jovem e família. A intervenção de um enfermeiro revela-se como fundamental para recuperar o estado anterior à situação de urgência e simultaneamente fortalecer a manutenção do equilíbrio. Para os pais, a perspectiva de hospitalização de um filho, revela-se como profundamente ameaçadora para o seu equilíbrio emocional, visto o seu papel parental ficar bastante alterado.

Dada a realidade do serviço de urgência pediátrica, considereei pertinente o estabelecimento dos seguintes objectivos:

- compreender a criança/jovem/família como unidade holística e dinâmica;

- compreender a actuação da equipa de enfermagem perante a criança/jovem em situações de particular exigência técnica e humana;
- detectar factores de risco da criança/jovem desenvolver úlcera de pressão;
- identificar medidas de prevenção da criança/jovem desenvolver úlcera de pressão;
- sensibilizar a equipa de enfermagem para a vantagem da utilização da Escala de Braden Q.

Ainda de referir que, considereei bastante importante a sensibilização da equipa de enfermagem para a utilização da Escala de Braden Q, dado que nos serviços de pediatria deste hospital não se utiliza esta escala para determinar o risco de desenvolvimento de úlcera de pressão.

Das trocas de ideias com os colegas e da reflexão conjunta, acredito que é uma temática que preocupa esta equipa de enfermagem. Até porque, se em contexto de urgência pediátrica, o número de crianças com risco efectivo de desenvolvimento de úlcera de pressão não é muito significativo, segundo a opinião dos colegas, esta realidade muda radicalmente quando estamos a considerar as crianças e jovens internadas na UCIP. Do que foi possível verificar, esta equipa de enfermagem, de uma forma empírica aplica medidas de prevenção de desenvolvimento de úlcera de pressão na criança e no jovem. Está deveras atenta à integridade cutânea, assim como à hidratação da pele e massagem. Dentro da situação clínica da criança e do jovem, faz alternância de decúbitos e usa ajuda para realizar esta actuação, no sentido de levantar a criança ou jovem e não arrastar, de modo a prevenir forças de fricção e deslizamento, o que está de acordo com as directrizes actuais da NPUAP. A preocupação desta equipa de enfermagem, com esta temática, é visível no seu cuidado diário com a criança/jovem. Das trocas de opiniões com os colegas pude verificar que existia uma necessidade de informações actualizada sobre esta realidade. Assim, elaborei um documento intitulado “Avaliação, prevenção e tratamento de úlceras de pressão na criança e no jovem”, que deixei disponível para esta equipa de enfermagem e que é possível consultar no Apêndice X.

Os objectivos traçados, sobre esta área temática, durante o estágio na UCIP, vão de encontro aos objectivos estabelecidos para o serviço de urgência pediátrica.

Acredito que esta actuação vai de encontro às competências comuns do enfermeiro especialista, emanadas pela Ordem dos Enfermeiros (2010), em que o enfermeiro especialista “actua como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática cuidativa, visando ganhos em saúde dos cidadãos”.

A UCIP do Hospital de Santa Maria recebe crianças e jovens de especial complexidade clínica. Para cuidar de forma holística destas crianças e suas famílias, é preciso compreender a família e estabelecer uma verdadeira relação empática, de modo a compreender o outro nas suas vivências, angústias, medos e receios. São sentimentos frequentes dos pais, que têm um filho internado numa unidade de cuidados intensivos. Segundo Gomes, Trindade e Fidalgo (2009), perante a hospitalização de um filho numa UCIP, a família é confrontada com novas exigências, alterações das suas rotinas e readaptações diversas, susceptíveis de desencadear um maior ou menor grau de stress familiar, necessitando a família de ajuda externa para se proteger de uma mudança não planeada.

Neste âmbito, a missão da UCIP, assim como alguns projectos realizados nesta unidade, encontram-se descritos de forma mais detalhada no Apêndice IX.

Durante este estágio nesta unidade, encontrei uma equipa de enfermagem motivada e interessada em melhorar continuamente a prestação de cuidados ao utente pediátrico e sua família. Foram várias as vivências que partilhei com os colegas e com as crianças e famílias internadas nesta unidade, que permitiram uma reflexão profunda sobre o cuidar em enfermagem pediátrica. Acredito que este estágio se revestiu de um enorme contributo para a aquisição de competências de EESIP. Em relação ao projecto pessoal, esta equipa de enfermagem demonstrou preocupação com a temática das úlceras de pressão em contexto pediátrico. Espero ter conseguido sensibilizar para a utilização da Escala de Braden Q, dado ter encontrado uma equipa de enfermagem preocupada em melhorar continuamente a sua prestação de cuidados. Dado o contexto de estágio ser uma UCIP, foi possível cuidar de crianças com doença grave, potencialmente fatal e em situações de agudização grave de doença crónica. Foi extremamente enriquecedor, para o desenvolvimento pessoal de competências de EESIP. Perante situações de doença crónica grave é competência do EESIP desenvolver “ensino, instrução e treino especializado e individual às crianças/jovens e famílias facilitando desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença”. No cuidado de enfermagem a prestar à criança/jovem e família em situação de especial complexidade, o EESIP “procura evidência científica para responder e encaminhar as crianças com doenças raras”, sendo ainda fundamental que o EESIP reconheça a necessidade para a família de referenciar “crianças com incapacidades e doença crónica para instituições de suporte e para cuidados de especialidade, se necessário”.

Serviço de cirurgia pediátrica

Este serviço recebe crianças do foro da Neurocirurgia, Ortopedia, Politraumatizados quando já estão hemodinamicamente estáveis e crianças com patologia da Cirurgia Geral. Dado as características especiais de algumas destas crianças, estas tornam-se em crianças de risco para desenvolvimento de úlcera de pressão. A equipa de enfermagem está atenta a esta temática, e efectua regularmente vigilância da integridade cutânea, mudanças de decúbito, massagens e material de alívio de pressão.

Os objectivos estabelecidos para este serviço vão de encontro aos objectivos anteriormente estabelecidos para os outros 2 serviços (Urgência Pediátrica e UCIP). Assim, foi notório que a imobilidade e as forças de fricção e deslizamento, eram dos maiores riscos que estas crianças estavam sujeitas. Encontrei, como referido uma equipa de enfermagem preocupada e empenhada em prevenir lesões tão graves como as úlceras de pressão. Como referido, para o estágio anterior, tentei sensibilizar esta equipa para a utilização da Escala de Braden Q, dado ser uma ferramenta importante para documentar o risco de uma criança/jovem desenvolver úlcera de pressão.

Durante este meu estágio, tive oportunidade de prestar cuidados de enfermagem a uma jovem de 16 anos. Esta jovem e família viviam uma situação profundamente dramática. A Maria (obviamente nome fictício), tinha feito uma tentativa de suicídio, do qual tinha resultado um traumatismo crânio-encefálico extremamente grave. Após 3 semanas de internamento na UCIP, esta jovem apenas apresentava respiração espontânea, pois encontrava-se em estado vegetativo. Bicho e Barreira no seu artigo publicado na Revista Enformação, citam Cruz (2004) para descrever o estado vegetativo como aquela pessoa que tem algum grau de consciência, tem autonomia respiratória, mas não manifesta características de personalidade (vontade, linguagem, decisão, etc). Esta jovem, apresentava 3 úlceras de pressão na região occipital e uma hipotonia total. Diariamente esta jovem precisava de cuidados especializados na área da prevenção de mais úlceras de pressão e cuidados específicos na área de tratamento destas mesmas lesões. Esta equipa de enfermagem estava atenta às mudanças de decúbito, alívio de zonas de pressão com almofadas, e foi ainda colocado colchão de pressão alternada. Esta jovem apresentava ainda incontinência de fezes e urina, e este era outro motivo de preocupação para a integridade cutânea, e assim era frequente ser efectuada higiene em SOS. Eram feitas também massagens na pele, durante o banho diário; e obviamente os pensos das úlceras de pressão eram executados de acordo com o produto aplicado. No

entanto o cuidar desta jovem e sua família, profundamente devastada pela dor, requeria um cuidado holístico e humanizado no apoio a esta família. Acredito que consegui estabelecer uma relação de ajuda com esta mãe, que era a pessoa que mais frequentemente acompanhava a Maria, no sentido desta confiar em mim para falar sobre este assunto. Eram frequentes os comentários na passagem de turno das colegas “a mãe não quer falar”, “não sabemos exactamente o que aconteceu”. Num dia, ao entrar no quarto a mãe olhou para mim e exclamou “e agora enfermeira, como vai ser?”. Senti que esta mãe precisava de falar com alguém, e naquele momento, ela via em mim essa pessoa. Não posso dizer que foi fácil, escutar aquele relato tão dramático e angustiante. Mas o cuidar de enfermagem, implica estar disponível para ouvir o outro e aceitá-lo na sua vivência e nas suas crenças. Diogo (2006), cita Hesbeen (2004: pág. 13), para referir que cuidar consiste em “ajudar uma pessoa a encontrar o modo de vida com significado, numa determinada situação em que se encontra, e qualquer que seja o estado do seu corpo”. As palavras desta mãe eram de profundo desespero, e as lágrimas eram a sua forma de protesto. Mas, senti que prestei alguma ajuda ao fazer compreender a esta mãe, que estávamos ali para ajudar e para fazer tudo o que fosse possível pela Maria. Não podemos esquecer que estes pais também, se encontram profundamente debilitados e precisam incondicionalmente de apoio e suporte para enfrentar esta crise. Neste contexto o EESIP “promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade”.

Sendo, como nos diz Lazure (1994), a enfermagem uma profissão de ajuda, é neste contexto de profundo sofrimento humano, que o papel de enfermagem se revela de extrema importância e atinge a sua plenitude.

Pela reflexão feita, posso concluir que este local de estágio contribuiu de forma significativa para o meu desenvolvimento enquanto pessoa e enfermeira.

5.3. Centro de Saúde de Benfica

Para o centro de saúde estabeleci como objectivos:

- compreender o papel do enfermeiro nas consultas de enfermagem de desenvolvimento infantil;
- sensibilizar a equipa de enfermagem para a temática das úlceras de pressão em contexto pediátrico;

- sensibilizar a equipa de enfermagem para a vantagem da utilização da Escala de Braden Q, em contexto de cuidados continuados pediátricos.

No centro de saúde, foi possível efectuar a observação participativa nas consultas de enfermagem de saúde infantil, e também no primeiro contacto do recém-nascido e família com a enfermeira, aquando da realização do teste de Guthrie. Nesta consulta em particular a enfermeira está atenta à relação precoce e à criação de laços com o recém-nascido, às competências parentais, relação com outros irmãos; está disponível para esclarecer dúvidas em relação à amamentação, sono e repouso, perda fisiológica de peso do recém-nascido, prevenção de acidentes, cuidados com a pele do recém-nascido, coto umbilical, icterícia do recém-nascido e eliminação vesical e intestinal. É ainda feita observação do recém-nascido, que inclui peso, comprimento, perímetro cefálico, avaliação de reflexos e avaliação das fontanelas. Todos estes dados recolhidos e observados são registados no processo clínico e no boletim individual de saúde da criança. Esta 1ª consulta reveste-se de extrema importância, dado ser o momento ideal de promoção de saúde do recém-nascido.

Como podemos encontrar no documento emitido pela Direcção Geral de Saúde “Saúde Infantil e Juvenil – programa – tipo de actuação”, é função do profissional de saúde que em todas as consultas de desenvolvimento infantil se deve avaliar as preocupações dos pais ou do próprio, no que diz respeito à saúde; intercorrências desde a consulta anterior; a dinâmica do crescimento e desenvolvimento; entre outros itens igualmente importantes e pertinentes.

Existe outro aspecto bastante pertinente a referenciar no decorrer deste estágio. Foi possível agendar uma reunião com as enfermeiras responsáveis da UMAD (Unidade Móvel de Apoio Domiciliário) do Hospital de Santa Maria, no sentido de se estabelecer uma interligação mais coerente e eficaz entre o centro de saúde e o hospital, no que respeita a crianças com necessidades especiais. Espero sinceramente, que esta reunião dê frutos no futuro, para contribuir para a autonomia da criança/família com doença crónica ou com necessidades especiais no domicílio. Do que pude verificar, da parte da equipa de enfermagem do centro de saúde, existe vontade e empenho em levar este projecto a bom porto. O mesmo sentimento se verifica nas enfermeiras que fazem parte da UMAD. Certamente existe um caminho importante a percorrer, para os pais destas crianças sentirem a equipa de enfermagem do centro de saúde como uma referência. Acredito que se este projecto tiver sucesso, será certamente uma mais valia para as crianças e famílias que vivenciam diariamente a angústia de cuidar globalmente de uma

criança com necessidades especiais. Seria ideal que esta primeira reunião fosse a semente lançada para dar frutos, com vista a prestar cuidados de enfermagem pediátricos mais humanos e mais personalizados.

Este estágio revestiu-se de extrema importância para a minha aprendizagem e aquisição de competências de EESIP, no sentido de que o enfermeiro especialista “promove o crescimento e o desenvolvimento infantil” e “estabelece e mantém redes de recursos comunitários de suporte à criança/família com necessidades de cuidados”; “trabalha em parceria com agentes da comunidade no sentido da melhoria da acessibilidade da criança/jovem aos cuidados de saúde”.

Para finalizar, e antes de analisar o estágio de contexto de trabalho, posso concluir que todos os estágios se revestiram de extrema importância para a aquisição de contributos para a realização do projecto pessoal; e simultaneamente permitiram o crescimento pessoal e profissional, com vista à aquisição de competências de EESIP. Em todos os estágios, mantive o objectivo de observar a actuação do EESIP, com vista a compreender a sua prestação de cuidados de enfermagem especializados e holísticos à criança e família. No capítulo a seguir, será feita de forma mais detalhada uma análise reflexiva das competências de enfermeiro especialista e das competências de EESIP.

5.4. Hospital de Santa Marta

No âmbito do estágio em contexto onde trabalho, este revelou-se extremamente enriquecedor, do ponto de vista da aquisição de competências referentes ao cuidado da criança/jovem em risco de desenvolvimento de úlcera de pressão ou com úlcera de pressão. Este serviço como referido na pertinência do tema, recebe crianças com cardiopatia congénita e/ou adquirida. Muitas vezes estas cardiopatias têm como consequência a má perfusão periférica e baixas de saturações de O₂. Muitas das crianças com cardiopatias congénitas graves vivem com saturações de O₂ abaixo de 85%. Estas crianças estão ainda sujeitas a cirurgias cardíacas, efectuadas sob circulação extracorporeal, muitas vezes com pós-operatórios longos e complexos do ponto de vista hemodinâmico. Assim estas crianças e jovens apresentam-se muitas vezes com elevado risco de desenvolvimento de úlcera de pressão, e só uma intervenção de enfermagem atenta e eficaz poderá prevenir tais lesões. Como documentado anteriormente estes utentes pediátricos estão sujeitos a longos períodos de imobilidade, alteração da perfusão sensorial devido a períodos de sedação; forças de fricção e deslizamento e como já

referido, alterações por vezes graves, da perfusão tecidular e oxigenação. Assim, no contexto da melhoria contínua de cuidados de enfermagem a prestar a estes clientes pediátricos e sua família, fez todo o sentido a implementação de um Protocolo de Prevenção e Tratamento de Úlceras de Pressão.

Segundo o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, aprovadas pela Ordem dos Enfermeiros (2010), “seja qual for a área de especialidade, todos os enfermeiros especialistas partilham de um grupo de domínios consideradas competências comuns – a actuação do enfermeiro especialista inclui competências aplicáveis em ambientes de cuidados de saúde primários, secundários e terciários, em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde. Também envolve as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de decodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática de enfermagem”.

Ainda segundo o Regulamento das Competências Específicas do EESIP, publicado no Diário da República, 2ª série – Nº 35 de 18 de Fevereiro de 2011, podemos encontrar referido no Preâmbulo que “o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem utiliza um modelo conceptual centrado na criança e família encarando sempre este binómio como beneficiário dos seus cuidados. (...) O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontra (em hospitais, cuidados continuados, centros de saúde, escola, comunidade, casa, ...), para promover o mais elevado estado de saúde possível, prestar cuidados à criança saudável ou doente e proporciona educação para a saúde assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa”. No Preâmbulo do referido documento, é citado Kelly et al (2007), para referir que “A performance como especialista traduz-se na prestação de cuidados de nível avançado, com segurança, competência e satisfação da criança e suas famílias, procurando responder globalmente ao “mundo” da criança bem como trabalhar no sentido de remover barreiras e incorporar instrumentos de custo efectivo e gestão da segurança do cliente”.

Ainda segundo o Código Deontológico do Enfermeiro, no Artigo 88º, podemos encontrar que o “enfermeiro procura, em todo o acto profissional, a excelência do exercício”. Assim como no comentário a este artigo, encontramos a reflexão que vai de encontro à filosofia da procura constante da melhoria de cuidados, “considerando a

excelência do exercício não como uma meta absoluta, mas como um caminhar permanente, (...)” (Código Deontológico do Enfermeiro, 2008; pág. 135).

Nesta perspectiva, concordo com a opinião de Hesbeen quando refere que o respeito verdadeiro pelos profissionais de enfermagem e pelos utentes a quem prestam cuidados, não pode ser considerado utopia. É absolutamente essencial que existam condições adequadas a um verdadeiro cuidar (Hesbeen, 2001). Como refere este autor “o ritmo a que bate o coração da enfermagem é, ainda, irregular” (Hesbeen, 2001: pág. 11). No entanto “as coisas estão a mudar (...) deixou de haver indiferença” (Hesbeen, 2001: pág. 13). Neste âmbito Hesbeen (2001), refere que a qualidade dos cuidados considerada na perspectiva da saúde, e não apenas nos actos para combater ou prevenir a doença, é uma possibilidade acessível, no sentido da qual podemos progredir. Ainda de salientar que este autor dá-nos uma definição de qualidade, no sentido de que “uma prática de cuidados de qualidade é aquela que faz sentido para a situação que a pessoa doente está a viver e que tem como perspectiva, que ela, bem como os que a rodeiam alcancem a saúde. Ela requer uma atenção particular para com as pessoas, criada pela preocupação com o respeito por elas. Ela procede da utilização coerente e complementar dos diversos recursos de que a equipa de profissionais dispõe e constitui a prova dos talentos destes profissionais. Ela inscreve-se num contexto político, económico e organizacional com orientações, meios e limites pertinentes e claramente identificados” (Hesbeen, 2001: pág. 52). Neste sentido, emergiu o projecto de implementação do Protocolo de Prevenção e Tratamento de Úlceras de Pressão no Serviço de Cardiologia Pediátrica. Durante este percurso de aquisição de competências de EESIP, este projecto insere-se na dinâmica da procura constante de melhores cuidados de enfermagem a prestar à criança/família. A procura pessoal de aquisição de competências, leva à reflexão profunda sobre a prática diária de cuidados, de modo a que a nossa prestação enquanto enfermeiros que cuidam de crianças/jovens e famílias, se torne mais humana e mais centralizada no cliente.

Numa época em que todos os focos de atenção parecem estar centrados nos resultados obtidos, e na utilização mais adequada e correcta dos recursos disponíveis; é urgente que se façam emergir os valores humanos essenciais da profissão de enfermagem, para deste modo, ser possível efectivamente prestar cuidados de enfermagem de excelência. Acredito sinceramente que a temática das úlceras de pressão na população pediátrica se integra plenamente neste contexto, da prestação de cuidados de enfermagem de qualidade. Nesta linha de pensamento, a aquisição de competências

técnicas e relacionais é fundamental, para o enfermeiro estar capacitado para prestar cuidados de enfermagem de elevada qualidade. No pensamento de Benner (2001), um enfermeiro competente é aquele que, perante situações imprevisíveis, que fazem parte do seu exercício profissional, é capaz de tomar decisões e resolver a situação, porque tem consciência do que é capaz de fazer. Neste âmbito, de implementação do projecto pessoal foram definidos objectivos para tornar realidade a existência do protocolo referido. Acredito que, a chave fundamental para o sucesso de qualquer projecto estará dependente do empenho efectivo da equipa e da identificação desta com o projecto. Deste modo, os objectivos específicos de implementação do projecto são:

- Aprofundar conhecimentos no âmbito da prevenção e tratamento de úlceras de pressão em contexto pediátrico;
- Uniformizar procedimentos de avaliação de risco da criança/jovem desenvolver úlcera de pressão;
- Uniformizar procedimentos de prevenção de úlceras de pressão às crianças/jovens internadas no Serviço de Cardiologia Pediátrica do Hospital de Santa Marta;
- Definir a prevalência e incidência de úlceras de pressão nas crianças/jovens internadas no Serviço de Cardiologia Pediátrica do Hospital de Santa Marta;
- Motivar a equipa de enfermagem para esta problemática;
- Efectuar formação à equipa de enfermagem, sobre esta temática;
- Capacitar a família para efectuar procedimentos de prevenção da criança/jovem desenvolver úlcera de pressão.

Assim, após pesquisa bibliográfica actual e baseada na evidência científica produzida recentemente, sobre úlceras de pressão em contexto pediátrico; iniciou-se a avaliação de crianças e jovens internadas no Serviço de Cardiologia Pediátrica, através da Escala de Braden Q.

De salientar, que os esclarecimentos de dúvidas efectuados pela enfermeira Cristina Minguéns, que participou no estudo nacional para validação da Escala de Braden Q, foram fundamentais para melhor compreender as sub escalas da Escala de Braden Q e para efectuar uma atribuição de scores mais coerente e mais fidedigna.

Neste âmbito, tornou-se uma realidade neste serviço a avaliação das crianças e jovens com internamento programado superior a 48 horas.

Pessoalmente, senti também dificuldade em interiorizar conceitos científicos actuais, por exemplo, na temática do tratamento. Actualmente, existe uma panóplia de

produtos terapêuticos para tratamento de úlceras de pressão, e a evolução científica nesta temática avança a uma velocidade estonteante. No sentido de compreender a aplicação de produtos de tratamento das úlceras de pressão, recorri a sites credenciados sobre tratamento de feridas como o GAIF (Grupo Associativo de Investigação em Feridas), e de especial importância para o meu desenvolvimento profissional nesta temática foi o apoio fornecido por colegas pertencentes a comissões hospitalares de feridas. Assim, agradeço os esclarecimentos e a transmissão de conhecimentos e de experiência profissional no que se refere ao tratamento de feridas, à enfermeira Helena Duque do Hospital Curry Cabral e à enfermeira Ester Malcato do Hospital de Santa Maria. A sua disponibilidade foi marcante para o meu desenvolvimento profissional nesta área temática e para a consecução do projecto de uma forma mais coerente.

No decorrer da implementação do projecto foi ainda feita uma formação à equipa de enfermagem, para apresentação do Protocolo a implementar no serviço, como efectivar a sua implementação (Apêndice XI). Esta formação incluiu, além da fundamentação teórica, exemplos de casos práticos, para atribuição de scores na Escala de Braden Q. Foi ainda feito para ser consultado pelos enfermeiros do serviço um dossier com informação que considero pertinente sobre esta área temática, assim como o documento já referido “Avaliação, Prevenção e Tratamento de Úlceras de Pressão na Criança e no Jovem”. Estamos actualmente, em fase de elaboração de indicadores referentes à incidência e prevalência e úlceras de pressão no serviço.

Acredito que já foi dado um passo bastante importante no cuidado a estas crianças/jovens e famílias; no entanto esta tomada de consciência só abre caminho a novos horizontes a alcançar quando abordamos a temática das úlceras de pressão na população pediátrica.

6. ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

Ao longo deste percurso efectuado, foram várias as vivências que experienciei e que me permitiram olhar para a enfermagem pediátrica, de uma forma mais reflexiva.

Sinto que os vários locais de estágio permitiram tomar consciência, de uma forma mais coerente, de encarar a enfermagem como uma ciência e uma arte para cuidar do outro de forma holística e personalizada, sendo o outro, em contexto pediátrico a criança/jovem e sua família. Como refere Lucília Nunes (2002), refere que a competência profissional assume características multidimensionais e aquilo que cada um de nós espera, e que considera que os outros valorizam nas suas acções, vai sendo modificado pelas experiências vividas e reflectidas.

Segundo o REPE (Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros), “Enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, sã ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível”. Desta forma, ao longo dos estágios, procurei adquirir as competências de EESIP.

Em relação à competência “E1. Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde”, foi possível desenvolver esta competência, através da interiorização dos cuidados centrados na família, encarando esta actuação de enfermagem como uma verdadeira parceira nos cuidados.

Dos locais de estágio que serviram de pano de fundo a este percurso formativo, compreendi a importância de determinados projectos, para a autonomia da criança e família, e encarando esta como uma verdadeira parceira de cuidados. A importância da comunicação com a criança/jovem e família, explicando sempre todas os procedimentos a realizar de acordo com o estadio de desenvolvimento da criança, e simultaneamente encarar a família como alguém que melhor conhece a criança e melhor cuida dela. Deste modo só é possível respeitar o supremo interesse da criança, quando o enfermeiro reconhece na família alguém com poder efectivo de decisão, e assenta a sua prática diária de cuidados numa negociação com a criança e família. Para a aquisição desta competência, é ainda essencial reconhecer a extrema importância da educação para a saúde e a promoção do bem-estar possível para a criança e família. No caso especial de crianças com doença crónica ou com necessidades especiais, muitas vezes sujeitas a

imobilidade e apresentando hipotonia muscular, é fundamental que o enfermeiro conheça os recursos da comunidade, no sentido do apoio a prestar à família. Neste sentido a interligação entre hospital, centro de saúde e comunidade é essencial para respeitar a criança/família na sua dignidade enquanto pessoa e enquanto unidade familiar.

Seguindo esta linha de pensamento, o EESIP, tem como competência “E2. Cuida da criança/jovem nas situações de especial complexidade”. Partindo deste conceito, temos que compreender as crianças/jovens com cardiopatia, sujeitas a cirurgia cardíaca, crianças acamadas por diagnóstico de Febre Reumática ou Endocardite como crianças de risco para desenvolvimento de úlcera de pressão, em que a actuação de enfermagem eficaz e cientificamente fundamentada pode proporcionar cuidados de enfermagem de elevada qualidade técnica e humana. Deste modo, os cuidados não traumáticos terão que nortear constantemente o dia-a-dia do enfermeiro, só assim fará sentido para respeitar a essência da enfermagem pediátrica. Assim a avaliação da dor e a utilização de escalas de avaliação da dor, adequadas ao estadio de desenvolvimento da criança, terão que ser uma actuação constante do enfermeiro que cuida de crianças e jovens e suas famílias.

Em situação de internamento, o estar disponível para o outro, no sentido do estabelecimento de uma relação empática com a criança e família, deverá ser uma atitude a desempenhar. Neste sentido o suporte emocional a prestar à criança/família é fundamental para superar o stress e a angústia do internamento. É fundamental ter a capacidade de “olhar para si próprio” e conhecer-se profundamente, para ter a capacidade de verdadeiramente ajudar a criança/família, muitas vezes com diagnósticos clínicos graves e de mau prognóstico.

No âmbito das competências a desenvolver no sentido de me tornar EESIP, surge a competência “E3 Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem”. Acredito que o enfermeiro só estará a actuar no supremo interesse da criança, se estiver disponível para tornar a família mais autónoma e mais responsável no cuidado do seu filho. Tal atitude será possível através de uma efectiva negociação com a família, promovendo os cuidados antecipatórios. Em caso de criança com doença crónica ou com necessidades especiais, o papel do enfermeiro é determinante para o fortalecimento da família enquanto unidade, em que os factores de stress afectam cada membro da família e afectam a família enquanto sistema em interacção constante com o meio ambiente.

Muitas destas crianças, devido a inúmeros factores clínicos, como a imobilidade, a diminuição da sensibilidade e as forças de fricção e deslizamento, estão sujeitas a um risco elevado de desenvolvimento de úlcera de pressão. A capacitação da família para enfrentar esta situação e actuar preventivamente, é sem dúvida função do enfermeiro, no cuidar da criança/jovem e família com condições especiais de saúde. Nesta situação ou em situação de internamento, o enfermeiro só conseguirá estabelecer uma relação de confiança com a criança/jovem se adequar a sua linguagem e a sua postura, ao estadio de desenvolvimento da criança. Cuidar da criança/jovem e família implica compreender a criança e família enquanto sistema em mudança ao longo de todo o ciclo vital. Nesta caminhada, de desenvolvimento pessoal e profissional, acompanhada de análise reflexiva sobre as práticas diárias, procurei simultaneamente desenvolver competências comuns de enfermeiro especialista.

Sendo quatro os domínios de competências comuns: responsabilidade, ética e legal, gestão da qualidade, gestão de cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Assim procurei sempre desenvolver competências ao longo deste percurso, que me permitam corresponder aos domínios de competências estabelecidas pela Ordem dos Enfermeiros (2010).

Na área da responsabilidade, ética e legal, procurei sempre a fundamentação científica e o cuidado holístico para prestar cuidados de enfermagem de elevada qualidade à criança, jovem e família. Do mesmo modo, só será possível prestar cuidados de enfermagem de excelência, se respeitarmos profundamente a criança e família na sua dignidade e na sua liberdade escolha. Deste modo, o Código Deontológico dos Enfermeiros, será sempre um instrumento fundamental para guiar a nossa prática cuidadora do utente pediátrico e família, no sentido de respeitar os valores humanos e de cuidar de forma holística, respeitando o outro na sua plenitude e sem efectuar qualquer discriminação social, cultural, económica, étnica e política ideológica, religiosa ou espiritual. Acredito também que as directrizes estabelecidas na carta da criança hospitalizada, são também deveras importantes para um cuidado humano e personalizado. Assim como o supremo interesse da criança, deve ser sempre a nossa meta a atingir, enquanto enfermeiros que diariamente cuidam de crianças e famílias. Dado que, como podemos verificar na convenção sobre os direitos da criança “todas as decisões que digam respeito à criança devem ter plenamente em conta o seu interesse superior”.

No que se refere à competência da gestão da qualidade, acredito que o desenvolvimento deste projecto, inserido na área temática das úlceras de pressão na população pediátrica, vai de encontro aos projectos de melhoria dos cuidados de enfermagem. Actuar na prevenção das lesões tão graves e nefastas, como as úlceras de pressão, principalmente no utente pediátrico vai de encontro às directrizes estabelecidas pela Ordem dos Enfermeiros (2001), no que se refere aos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Como referido na introdução do documento referido “criar sistemas de qualidade em saúde revela-se uma acção prioritária”.

Deste modo avaliar crianças e jovens de risco para desenvolvimento de úlcera de pressão, de modo a desenvolver estratégias de prevenção destas lesões, é sem dúvida, caminhar para a excelência de cuidados de enfermagem pediátricos. No âmbito da competência da gestão de cuidados, é de salientar a importância que pode ter o conhecimento mais profundo sobre uma área temática em constante evolução científica, e em que os enfermeiros pediátricos começam actualmente a tornar consciência. Deste modo, o enfermeiro especialista terá como desempenho importante a introdução de novas actuações de enfermagem, como sejam no âmbito desta temática, a aplicação de Escala de Braden Q em todas as crianças e jovens com internamento programado superior a 48 horas. Ainda de referir, a actuação eficaz na prevenção das úlceras de pressão, e se existir desenvolvimento desta lesão efectuar tratamento adequado e cientificamente comprovado. Assim, conhecendo a criança/família e os riscos de desenvolvimento de úlcera de pressão, assim como as *guidelines* internacionais actuais, o enfermeiro estará mais capacitado para melhor cuidar e para transmitir informação pertinente à restante equipa de enfermagem.

Por fim, no que se refere à competência do desenvolvimento das aprendizagens profissionais é reconhecido ao enfermeiro especialista o empenho em aprofundar conhecimentos científicos comprovados.

De salientar que segundo Nooman Quigley e Curley (2011), a prevenção de úlceras de pressão na criança e no jovem é um fenómeno que preocupar os enfermeiros. Actualmente inúmeras instituições de saúde, controlam a incidência de úlceras de pressão para descrever, em parte, a qualidade do cuidado de enfermagem, na instituição. Estes dados são também usados para servir de referência, em relação à qualidade do cuidado de enfermagem, entre várias instituições de saúde.

No final deste percurso, reconheço que a análise reflexiva sobre a prática diária de cuidados de enfermagem, leva ao desenvolvimento de novas competências que se cruzam entre si. Existiu uma nova forma de pensar e olhar a enfermagem pediátrica, assim como um reconhecimento mais profundo da extrema importância de documentos como o Código Deontológico dos Enfermeiros, o REPE, e os padrões de qualidade da Ordem dos Enfermeiros.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS E PROJECTOS FUTUROS

A criança/jovem em risco de desenvolvimento de úlcera de pressão ou com úlcera de pressão, constitui um verdadeiro desafio para o cuidado holístico da enfermagem. Considerando a enfermagem como uma ciência e uma arte no cuidar do outro, sendo em contexto pediátrico, o outro a criança/jovem e família, a relação de ajuda com o cliente pediátrico assume-se como um pilar fundamental da prestação de cuidados. O cuidado de enfermagem centra a sua acção no cliente e no profundo respeito por este e pelos seus valores culturais e crenças, assim como nos seus projectos de vida.

No final deste percurso, posso considerar que os diferentes campos de estágio constituíram-se como uma mais valia fundamental para a aquisição de contributos, para o desenvolvimento do projecto, e permitiram simultaneamente uma análise reflexiva da acção cuidadora da criança/jovem em risco de desenvolvimento de úlcera de pressão o com úlcera de pressão. Com a elaboração e implementação deste projecto no serviço de cardiologia pediátrica do Hospital de Santa Marta, espero contribuir para a valorização das intervenções de enfermagem, numa área particularmente sensível para a qualidade dos cuidados de enfermagem.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2001), no documento que define os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, afirma que, a qualidade exige reflexão sobre a prática, para definir objectivos do serviço a prestar e delinear estratégias para os atingir. O mesmo documento refere que, os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue. Assim, procura-se, ao longo de todo o ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das actividades de vida, procura-se ainda a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos factores, frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente. Na área da prevenção das úlceras de pressão, no utente pediátrico, a enfermagem pode desenvolver um cuidado fundamental e autónomo. Como nos refere o REPE, no artigo 9º, “consideram-se autónomas as acções realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respectivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem”.

Quando nos referimos a crianças/jovens em risco de desenvolvimento de úlcera de pressão ou com úlcera de pressão, estamos a pensar em crianças criticamente doentes, crianças com doença crónica ou com necessidades especiais. Neste contexto a filosofia dos cuidados centrados na família assume toda a sua plenitude. Assim como a essência da enfermagem pediátrica, no sentido da parceria de cuidados com a família e os cuidados não traumáticos, será sempre o objectivo a atingir, respeitando inteiramente o interesse superior da criança.

Esta caminhada permitiu-me compreender melhor o papel essencial que o enfermeiro pode desempenhar, à luz da teoria de Betty Neuman, no sentido de compreender o ser humano em constante interacção com o ambiente que o rodeia e a sua capacidade de reagir a factores *stressores*, onde a hospitalização de uma criança representa um factor crucial. O modelo teórico de Betty Neuman foi fundamental para compreender a importância que os factores *stressores* podem desempenhar para provocar o desequilíbrio da unidade criança/família. Mas a Teoria de Betty Neuman é também extremamente importante, para seguir uma prática cuidadora centrada no cliente pediátrico e família. Só compreendendo todas as variáveis do sistema (criança/família), em toda a sua plenitude, o EESIP poderá verdadeiramente estabelecer uma relação empática de forma a melhor cuidar. A meta crucial da enfermagem pediátrica é a criança e família, e a intervenção de enfermagem será a estabilização do seu equilíbrio, enquanto unidade fundamental da sociedade. O enfermeiro encontra-se numa posição privilegiada para reconhecer e identificar factores *stressores*, e actuar antecipadamente de forma a prevenir o desequilíbrio do sistema, sendo obviamente o sistema, a criança/jovem e família. Em contexto pediátrico, a família como unidade representa um todo, em que algo que provoque stress num dos membros afectará todos os outros. A hospitalização de uma criança representará sempre um factor de stress para ela própria, e uma crise para a família. Neste âmbito, acredita-se que a forma de a criança/jovem reagir à hospitalização, vai depender da sua idade, de experiências anteriores, da envolvimento emocional e do apoio da família e da equipa multidisciplinar, deste modo, a enfermagem pediátrica assume um papel crucial, pelo tempo de permanência junto da criança/jovem/família e pela filosofia dos cuidados de enfermagem pediátricos. Como nos refere Collière (1999), cuidar é algo muitas vezes invisível, cuidar é crer no outro, é reforçar as suas competências, é permitir-lhe ganhar esperança.

Deste percurso emergiu a certeza de que a área temática das úlceras de pressão em contexto pediátrico, é uma área fundamental para a intervenção holística do enfermeiro. Com o culminar da elaboração deste relatório e após o investimento pessoal e profissional na área das úlceras de pressão no cliente pediátrico, não posso deixar de referir o intuito de efectuar projectos futuros sobre esta temática tão pertinente para a qualidade dos cuidados de enfermagem. Em consequência da pesquisa da literatura feita sobre este assunto, acredito que a continuação da investigação nomeadamente sobre factores de risco de desenvolvimento de úlcera de pressão, e muito especialmente a importância da hipoxémia no atraso da cicatrização de feridas, será uma área crucial a estudar. Na linha de pensamento da enfermagem pediátrica, capacitar a família para cuidar da criança/jovem em risco de desenvolvimento de úlcera de pressão, será também uma acção fundamental para prestar cuidados de enfermagem de excelência a estas crianças e famílias. Neste âmbito, dos projectos futuros, será também objectivo a formulação de indicadores de resultados sobre as crianças avaliadas através da Escala de Braden Q, no serviço de cardiologia pediátrica do Hospital de Santa Marta. Dado ser esta uma área temática, que está a despoletar a tomada de consciência dos enfermeiros. Será também objectivo a elaboração e publicação de artigos científicos, que visem a melhoria dos cuidados de enfermagem a prestar à criança/jovem e família em risco de desenvolver úlcera de pressão ou com úlcera de pressão.

Este percurso foi extremamente importante pelas experiências vivenciadas, pela partilha de sentimentos e emoções com colegas, por momentos de cuidados verdadeiramente enriquecedores para o meu crescimento pessoal e profissional. Na temática específica das úlceras de pressão na população pediátrica, a transmissão da experiência das colegas na atribuição de scores através da Escala de Braden Q, foi deveras importante para adquirir mais valias pessoais de forma a implementar o Protocolo no serviço onde exerço funções de forma mais coerente. Com este percurso foi possível reflectir sobre a prática diária de cuidados à criança/família, de modo a adquirir competências de EESIP.

8. BIBLIOGRAFIA

BARANOSKI, Sharon; AYELLO, Elizabeth (2010) – **O essencial sobre o tratamento de feridas: princípios práticos**. Camarate: Lusodidacta, ISBN 978-972-8930-03-5.

BENNER, Patricia (2001) – **De iniciado a perito**. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN 972-8535-97-X.

BICHO, Ana (2001) – Planear a alta do doente neurocirurgico em situação crónica: o retrato de uma realidade. **Enformação**. p. 10-13.

repositorio.chlc.min-saude.pt/bitstream/10400.17/163/1/Enformação%2010%2013.pdf,
acedido em 15/05/2012.

BRAZELTON (1988) – **O desenvolvimento do apego: uma família em formação**. Portalegre: Editora Artes Médicas. ISBN 155.646.

Butler, C. (2006). Pediatric skin care: guidelines for assessment, prevention, and treatment. *Pediatric Nursing*, 32(5), 443. Retrieved from EBSCOhost.

CABETE, Dulce (2006) – **Tratamento de feridas & Viabilidade Tecidual**. Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde. Setúbal: Miraventos-Artes Gráficas, ISBN 972-8431-29-5.

COLLIÈRRE, Marie-Françoise (2003) – **Cuidar... A primeira arte da vida. 2ª ed.** Loures: Lusociência, ISBN 972-8383-53-3.

CONCELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (2011) – **Classificação Internacional para a prática de Enfermagem (CIPE). Versão 2.0**. Associação Portuguesa de Enfermeiros. ISBN 978-92-95094-35-2.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE ENFERMAGEM GERIÁTRICA, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, 2011 – **Conferência Internacional Sobre Enfermagem Geriátrica**. Publicação anual. Edições Fundação D. Pedro IV.

DEALEY, Carol (1996) – **Cuidando de feridas: um guia para as enfermeiras**. São Paulo: Atheneu, ISBN 978-85-334-1772-4.

Dealey, Carol (2006) – **Tratamento de feridas – Guia para enfermeiros**. Lisboa: Climepsi Editores, ISBN 972-796-204-1.

DIOGO, Paula (2006) – **A vida emocional do enfermeiro – uma perspectiva emotivo-vivencial da prática de cuidados**. Coimbra: Formasau, ISBN 972-8485-70-0.

DIOGO, Paula (2010) – **Metamorfose da experiência emocional no acto de cuidar: o processo de uso terapêutico das emoções em enfermagem pediátrica**. Lisboa. Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Doutor em enfermagem.

DUQUE, Helena et al (2009) – **Manual de Boas Práticas. Úlceras de Pressão: uma abordagem estratégica**. Coimbra: Formasau, ISBN 978-972-8485-98-6.

European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009.

FERREIRA, Pedro et al (2007) – **Risco de desenvolvimento de úlceras de pressão: implementação nacional da Escala de Braden**. Loures: Lusociência, ISBN 978-972-8930-37-0.

GOMES, Cristina; TRINDADE, Graça; FIDALGO, José (2009) – Vivências de pais de crianças internadas na unidade de cuidados intensivos do hospital pediátrico de Coimbra. **Referência**. Coimbra. ISBN 0874.0283. IIª Série, nº 11. (Dezembro de 2009) p. 105-116.

HESBEEN, Walter (2000) – **Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar**. Loures: Lusociência, ISBN 972-8383-11-8.

HESBEEN, Walter (2001) – **Qualidade em enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar**. Loures: Lusociência, ISBN 972-8383-20-7.

HONORÉ, Bernard (2004) – **Cuidar: persistir em conjunto na existência**. Loures: Lusociência, ISBN 972-8383-58-4.

HOSPITAL DE D. ESTEFÂNIA

www.chlc.min-saude.pt/, acedido em 15/05/2012.

HOSPITAL DE SANTA MARIA - [Error! Hyperlink reference not valid.](#)

www.hsm.min-saude.pt/contents/pdfs/Divulgacao/Livro50anos.pdf, acedido em 15/05/2012.

LAZURE, Hélène (1994) – **Viver a relação de ajuda: abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira.** Loures: Lusodidacta, ISBN 972-95399-5-2.

INSTITUTO DE APOIO À CRIANÇA (2001) – **Carta dos direitos da criança hospitalizada.** Lisboa.

www.iacrianca.pt/pt/carta-da-crianca-hospitalizada, acedido em 15/05/2012.

INSTITUTO DE APOIO À CRIANÇA (2006) – **Acolhimento e estadia da criança e do jovem no hospital.** Lisboa: IL, Serviços Gráficos, ISBN 972-8003-23-4.

MORISON, Moya (2004) – **Prevenção e tratamento de úlceras de pressão.** Loures: Lusociência, ISBN 972-8383-68-1.

JORGE, Ana Maria (2004) – **Família e Hospitalização da Criança: (Re)pensar o cuidar em enfermagem.** Loures: Lusociência, ISBN 972-8383-79-7.

JORGE, Sílvia; DANTAS, Sônia (2003) – **Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas.** S. Paulo: Editora Atheneu, ISBN 617.1406.

MARTINS, Tathiana; SILVINO, Zenith (2010) – Um marco conceitual para o cuidado à criança hospitalizada à luz da teoria de Neuman. **Cogitare Enfermagem.** Rio de Janeiro. ISBN 1518-1944. Vol. 15. nº 2 (Abril-Junho 2010) p. 340-344.

MORISON, Moya (2004) – **Prevenção e tratamento de úlceras de pressão.** Loures: Lusociência, ISBN 972-8383-68-1.

MORISON, Moya (2004) – **Prevenção e tratamento de úlceras de pressão.** Loures: Lusociência, ISBN 972-8383-68-1.

MIGUÉNS, Cristina; FERREIRA, Pedro (2009) – **Avaliação do risco de desenvolver úlceras de pressão na população pediátrica.** www.forumenfermagem.org. acedido em 22/04/2011.

NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISOR PANEL (2005) – **White Paper – Pressure ulcers in neonates and children.**

www.npuap.org/documents/WhitePaperPediatricDraft2.pdf. acedido em 15/07/2011.

McCord (2004) – Risk Factors Associated with pressure ulcers in the Pediatric intensive care unit. **Journal of wound, ostomy and continence nursing.** Houston. Vol. 31, nº 4 (July-August 2004). p. 179-183.

NETO et al (2010) – A vertente cirúrgica de uma unidade de cuidados intensivos neonataia – 25 anos de experiência. **Acta Pediátrica Portuguesa.** Lisboa. ISBN 0873-9781. Vol. 41, nº 6 (Dezembro 2010). p. 241-245.

NEUMAN, Betty (1995) – **The Neuman Systems Model.** Third Edition. Stamford: Appleton & Lange, ISBN 0-8385-6701-0.

NEUMAN, Betty; FAWCETT, Jacqueline (2011) – **The Neuman Systems Model.** fifth Edition. United States of America: Pearson Education, ISBN 978-0-13-514277-6.

Noonan, Catherine; Quigley, Sandy; Curley, Martha (2011) – Using the Braden Q Scale to Predict Pressure Ulcer Risk in Pediatric Patients. **Journal of Pediatric Nursing.** ebookbrowse.com/2662using-the-braden-q-scale-to-predict-pressure-ulcer-risk-in-pediatric-patients-pdf-d107571414, acedido em 15/07/2011.

NUNES, Lucília (2002) – “cinco estrelas”: acerca das competências morais no exercício de enfermagem. **Nursing. Lisboa.** ISBN 0871-6196. Nº 171 (Novembro 2002). p. 8-11.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2001) – **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.** Lisboa. Divulgar.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009) – **Caderno Temático: Modelo de desenvolvimento profissional.** Lisboa.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) – **Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.** Lisboa.

PORTUGAL. Direcção Geral de Saúde. Departamento da Qualidade na Saúde (2011) – **Escala de Braden: Versão adulto e pediátrica (Braden Q).** Lisboa: DGS

PORTUGAL. Direcção Geral de Saúde. Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes (2005) – **Saúde Infantil e Juvenil – Programa tipo de actuação (orientações técnicas 12)**. Lisboa. DGS

Quigley & Curley (1996) – Skin Integrity in the Pediatric Population: Preventing and Managing Pressure Ulcers. **JSPN. Vol. 1, No. 1. (April-June 1996)**. p. 7-18.

www.aislec.it/download2010/1337.pdf. acedido a 1 de Julho de 2011.

RELVAS, Ana Paula (1996) – **O ciclo vital da família. Perspectiva sistémica**. Coimbra: Editora Afrontamento, ISBN 978-9723-60-41-39.

RODRIGUES, Alexandre (2009) – **Factores influenciadores dos cuidados de enfermagem na prevenção de úlceras por pressão no serviço domiciliário**. Porto. Dissertação de Mestrado apresentada no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

SAMANIEGO, Irma (2003) – A Sore Spot in Pediatrics: Risk Factors for Pressure Ulcers. **Pediatric Nursing**, Vol. 29, No. 4.

Schindler, C., Mikhailov, T., Fischer, K., Lukasiewicz, G., Kuhn, E., & Duncan, L. (2007). Skin integrity in critically ill and injured children. *American Journal of Critical Care*, 16(6), 568-574. Retrieved from EBSCOhost.

Schindler, C., Mikhailov, T., Kuhn, E., Christopher, J., Conway, P., Ridling, D., & ... Simpson, V. (2011). Protecting fragile skin: nursing interventions to decrease development of pressure ulcers in pediatric intensive care. *American Journal of Critical Care*, 20(1), 26-35. doi:10.4037/ajcc2011754.

Schluer, A., Cignacco, E., Muller, M., & Halfens, R. (2009). The prevalence of pressure ulcers in four paediatric institutions. *Journal of Clinical Nursing*, 18(23), 3244-3252. doi:10.1111/j.1365-2702.2009.02951.x

TAVARES, Patricia (2011) – **Acolher brincando: a brincadeira terapêutica no acolhimento de enfermagem à criança hospitalizada**. Loures: Lusociência, ISBN 978-972-8930-70-7.

TOMEY, A. M., ALLIGOOD, M. R. (2004) – **Teóricas de Enfermagem e a sua Obra – Modelos e Teorias de Enfermagem**. 5ª Edição. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-74-9.

TRINDADE et al (2010) – Úlceras de pressão em pediatria: realidade de uma unidade de cuidados intensivos. **Sinais Vitais**. ISBN 85-224-0859-9. Nº 89. (Março 2010). p. 12-17.

WATSON, Jean (2002) – **A Enfermagem: ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem**. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-33-9.

Willock, J., Askew, C., Bolland, R., Maciver, H., & James, N. (2005). Multicentre research: lessons from the field. *Pediatric Nursing*, 17(10), 31-33. Retrieved from EBSCOhost.

Willock, J., Anthony, D., & Richardson, J. (2008). Inter-rater reliability of Glamorgan Paediatric Pressure Ulcer Risk Assessment Scale. *Paediatric Nursing*, 20(7), 14-19. Retrieved from EBSCOhost.

WONG, Donna L. (1999) – **Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efectiva**. 5ª Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. ISBN 85-277-0506-0.

APÊNDICES

APÊNDICE I



Encontro-me a frequentar o 2º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Neste momento, e no contexto da elaboração do projecto de estágio, tendo como objectivo principal a elaboração de um projecto inovador para o serviço onde exerço funções, é pertinente efectuar um levantamento das necessidades da equipa de enfermagem, em relação à consecução desse objectivo.

O objectivo geral do projecto é a implementação de um Protocolo de Prevenção e Tratamento de Úlceras de Pressão no Serviço de Cardiologia Pediátrica do Hospital de Santa Marta.

Venho assim, solicitar a resposta a simples questões, de modo a compreender quais as reais necessidades da equipa de enfermagem em relação à implementação deste protocolo.

As respostas são anónimas.

Obrigado pela colaboração

Maria do Céu Oliveira Mendonça

Questionário

1- Reconhece a importância da temática das úlceras de pressão em contexto pediátrico?

Sim ____

Não ____

Porquê?

2- É importante utilizar na prática diária, instrumentos de avaliação de risco da criança/jovem desenvolver úlcera de pressão?

Sim ____

Não ____

Porquê?

3- Quando teve conhecimento da existência da Escala de Braden Q?

4- Quais as dificuldades na utilização da Escala de Braden Q?

5- Outras Sugestões, dúvidas.....

Levantamento das Necessidades da Equipa

Universo de 14 enfermeiros – 10 respostas

1- Reconhece a importância da temática das úlceras de pressão em contexto pediátrico? Porquê?

- 10 enfermeiros – sim.

Justificação.

- 6 enfermeiros – melhoria dos cuidados.
- 2 enfermeiros – não se pode extrapolar a partir dos adultos.
- 2 enfermeiros – não justificaram.

2- É importante utilizar na prática diária, instrumentos de avaliação de risco da criança/jovem desenvolver úlcera de pressão? Porquê?

- 10 enfermeiros – sim.

Justificação.

- 5 enfermeiros – uniformizar procedimentos.
- 2 enfermeiros – prevenção de factores de risco.
- 1 enfermeiro – melhoria dos cuidados.
- 2 enfermeiros – não justificaram.

Levantamento das Necessidades da Equipa

3- Quando teve conhecimento da existência da Escala de Braden Q?

- 6 enfermeiros – projecto estágio da colega.
- 1 enfermeiro – circular do Hospital.
- 1 enfermeiro – contexto dos cuidados continuados.
- 1 enfermeiro – admissão de 1 criança transferida da UCI com úlcera de pressão.
- 1 enfermeiro – não respondeu.

4- Quais as dificuldades na utilização da Escala de Braden Q?

- 4 enfermeiros – atribuir scores.
- 2 enfermeiros – atribuir scores e necessidade de formação.
- 3 enfermeiro – necessidade de formação.
- 1 enfermeiro – não respondeu.

APÊNDICE II

Cronograma de estágios do 3º semestre

ANOS	2011														2012									
MESES	OUTUBRO					NOVEMBRO				DEZEMBRO					JANEIRO					FEVEREIRO				MAR
DIAS	3	10	17	24	31	7	14	21	28	5	12	19	26	2	9	16	23	30	6	13	20	27	5	
	7	14	21	28	4	11	18	25	2	9	16	23	30	6	13	20	27	3	10	17	24	2	9	
ESTÁGIO COM RELATÓRIO	ORTOPEDIA - HDE	ORTOPEDIA - HDE	UCIN - HDE	UCIN - HDE	UCI - SANTA MARIA	UCI - SANTA MARIA	URG. PED- SANTA MARIA	URG. PED- SANTA MARIA	CIR. PED - SANTA MARIA	CIR. PED - SANTA MARIA	CIR. PED - SANTA MARIA	FÉRIAS NATAL	FÉRIAS NATAL	C.S. BENFICA	C.S. BENFICA	C.S. BENFICA	UCI - HDE	UCI - HDE	SANTA MARTA	SANTA MARTA	ELABORAÇÃO RELATÓRIO	ELABORAÇÃO RELATÓRIO	ELABORAÇÃO RELATÓRIO	

APÊNDICE III

Perspectiva histórica sobre o tratamento de feridas

Segundo a literatura, a preocupação com o tratamento de feridas, existe desde os primórdios da humanidade. Segundo Dantas (2003), existem evidências de que na pré-história eram utilizadas plantas ou extractos de plantas, como pensos protectores ou como ingredientes humidificadores de feridas abertas; em alguns casos, estas plantas ou extractos poderiam mesmo ser ingeridos, com o objectivo de actuar por via sistémica no organismo humano.

Existem relatos na literatura da existência de úlceras de pressão em múmias, como foi demonstrado, nos anos 60, com a descoberta de uma múmia de uma sacerdotisa egípcia de Amen da XXI Dinastia (2050-1800 AC). Verificou-se que as úlceras de pressão que possuía estavam cuidadosamente cobertas por peças de couro suavemente embalsamadas, provavelmente numa tentativa de recuperar a integridade física (Ferreira et al, 2007).

Ainda segundo Dantas (2003), existem relatos documentados em papiros egípcios, de feridas que eram envolvidas em tiras de linho impregnadas com resina, ou utilização de carne fresca como ingrediente de tratamento (utilizado junto à ferida) e cuja ferida (junto com a carne) era envolta nas tiras de linho. Existem também relatos do uso do Salgueiro como anti-inflamatório para feridas infectadas e da cauterização (aplicação de calor, através de ferro quente) para efectuar hemostase. Há relatos históricos, segundo Dantas (2003), de povos da Mesopotâmia (2000 A.C.), que utilizavam o Salgueiro e o Zimbri para tratamento de feridas. Ainda segundo esta autora, o povo hindu (2000 A.C.), tinha uma panóplia de fármacos registados no Txaraca (1ª obra escrita sobre medicina na Índia), com mais de 500 fórmulas medicamentosas de uso tópico e sistémico. O povo chinês (2800 A.C.), foi o primeiro povo a relatar o uso do mercúrio para tratamento de feridas.

Tal como nos refere ainda Dantas (2003), na história do tratamento de feridas, há ainda que referenciar Hipócrates (300 A.C.), considerado o pai da medicina moderna, que foi o primeiro a sugerir o tratamento de feridas infectadas com pomadas e remoção de material necrosado. Este médico fez uso de ervas medicinais, mel, leite, vinho ou vinagre para a lavagem das feridas e defendia a manutenção do local seco, ou seja, não acreditava que a formação de pus fosse essencial para a cicatrização (teoria que existiu durante séculos).

Segundo Dealey (2006), Galeno destaca-se como a pessoa cujo trabalho se revelou como mais duradouro. Galeno (129-199 D.C.) era cirurgião dos gladiadores em Pérgamo e escreveu muitos livros. Ficou especialmente conhecido pela sua teoria do “pus saudável” (*pus bonum et laudabile*), cuja teoria defendia que o pus é necessário à cicatrização, e portanto, deve ser activamente estimulado.

Segundo Ferreira et al (2007), ainda no século XVI, o cirurgião francês Ambroise Paré (1510-1590), propôs algumas intervenções significativas e importantes, que ainda nos

dias de hoje, são tidas em consideração quando consideramos a temática das úlceras de pressão, como a nutrição saudável, o tratamento de doenças subjacentes, o alívio da pressão, o apoio psicológico, o tratamento cirúrgico e os pensos. Segundo Dantas (2003), este cirurgião aboliu a cauterização de feridas com óleos quentes e substituiu esta técnica, por tratamentos com soluções feitas a partir de gema de ovo, óleo de rosas e solventes. Nesta época acreditava-se que os ferimentos com armas de fogo eram venenosos, e utilizava-se então o óleo quente nos cotos das amputações. Paré ao utilizar a técnica das soluções de gema de ovo, óleo de rosas e solventes verificou que as feridas cicatrizavam melhor e com menos infecções.

Segundo Dealey (2006), na evolução dos pensos para tratamento de feridas ao longo das épocas, há ainda que referenciar o cirurgião alemão Lorenz Heister (1683-1758). Este cirurgião desenvolveu as suas competências a trabalhar como cirurgião militar. Assim, Heister usava pensos de linho mergulhados em álcool ou óleo de terebintina para tratar a hemorragia, ou cobertos com um bálsamo para cicatrizar as feridas. Este cirurgião sugeriu ainda que os bordos das feridas não deveriam ser fechados para permitir a drenagem do pus, e acreditava que todas as ligaduras usadas para o tratamento de feridas deveriam ser feitas de tecido limpo. Ainda segundo Dealey (2006), muitos dos avanços no tratamento de feridas parecem estar associados às feridas das batalhas. Esta autora, cita Helling e Daon (1998), para referir que um dos factos na evolução do tratamento de feridas, foi o desbridamento, provavelmente inventado por Henri François LeDran (1685-1770), para proporcionar alívio da constrição dos tecidos moles que se acreditava ser causada pela inflamação que se seguia às feridas de bala.

Segundo Dealey (2006), no decorrer da Primeira Guerra Mundial, os soldados que se encontravam gravemente feridos, tinham de esperar frequentemente, durante vários dias para serem efectuados os pensos das suas feridas. Assim, a maioria das feridas infectava e gangrenava; como resultado, foram desenvolvidos anti-sépticos para resolver este problema. Especialmente, foram duas as soluções anti-sépticas similares que passaram a ser usadas; Eusol (Edinburgo University Solution of Lime) e o Solutio de Dakin. Nesta época também existiam outros anti-sépticos disponíveis, como o iodo, o ácido fénico e os cloretos de mercúrio e alumínio.

Segundo Ferreira et al (2007), no ano de 1722, um grupo de investigadores europeus descreveu que as úlceras de pressão, tinham como causa uma pressão externa, relacionando estas com uma lesão identificada como gangrena.

Em 1853, pela primeira vez, foram descritas as características clínicas das úlceras de pressão por Fabricios Hilanus. Foi então referido que as causas das úlceras de pressão residiam em factores externos naturais e internos sobrenaturais, para além da interrupção de “Pneuma” (espírito que alguns médicos antigos tinham como causa da vida e das doenças), sangue e nutrientes (Ferreira et al, 2007).

Ainda segundo Ferreira et al (2007), já durante o século XX, com a evolução da ciência e da tecnologia, surgiram as técnicas de reparação cirúrgica, sendo que estes tratamentos,

foram potencializados, com o aparecimento de novos métodos e tecnologias, como a terapia de cicatrização em ambiente húmido. Deste modo, só no final da década de 1950, surgiram os primeiros estudos sobre a cicatrização de feridas em meio húmido, tendo existido então um interesse da comunidade científica nesta temática.

Segundo Jorge Oliveira (2011), na sua comunicação na conferência internacional sobre enfermagem geriátrica, afirma que teorias que foram cegamente seguidas e consideradas válidas durante longos anos, como por exemplo, a cicatrização em meio seco, foram totalmente ultrapassadas após investigação científica comprovada, que mostrou os benefícios e as vantagens em termos de “timing” de cicatrização e em termos de “qualidade” do tecido cicatricial, quando se mantém os níveis adequados de humidade no leito da ferida.

Com a evolução dos conceitos e com o avanço tecnológico houve uma consciência comum da necessidade de prevenir as úlceras de pressão. Estas lesões, pela sua gravidade e pelos enormes custos financeiros e pelas consequências altamente nefastas em termos psicológicos para o utente e sua família, têm necessidade absoluta de se apostar fortemente na prevenção.

Cada vez mais as medidas preventivas, assumem um cuidado essencial ao doente; no caso da pediatria, à criança/família. Na actualidade, actuar na prevenção de úlceras de pressão na criança/jovem, é respeitar critérios de qualidade dos cuidados de enfermagem, e caminhar para a excelência de cuidados à criança/jovem e família.

Deste modo, surgiram as escalas de avaliação de risco de desenvolver úlcera de pressão. Assim, as escalas de avaliação de risco, permitem aos enfermeiros determinar a predisposição do utente para o desenvolvimento de úlcera de pressão.

Em 1962, Dorren Norton desenvolveu a primeira escala de avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão, esta escala foi posteriormente aperfeiçoada em 1975. A maior crítica feita a esta escala, é que foi desenvolvida para grupos de idosos internados em hospitais e lares, e não é fiável a sua aplicação a grupos de indivíduos jovens (Dealey, 1997; citado por Ferreira et al, 2007). No entanto, este facto permitiu, pela primeira vez, avaliar o risco de um doente desenvolver úlcera de pressão, deste modo, tornou-se possível implementar medidas de prevenção, adequadas à situação e ao grau de risco avaliado.

Mais tarde, surgiram outras escalas de avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão, nomeadamente as de Waterlow e de Braden.

Segundo Studart et al (2011), a escala Waterlow foi criada pela enfermeira Judy Waterlow, em 1985, com o objectivo de avaliar os riscos para o desenvolvimento de úlcera de pressão, num estudo efectuado com 650 doentes hospitalizados no Hospital Universitário Musgrove Park, no Reino Unido. A avaliação do doente contém 7 itens principais: relação peso/altura (IMC), avaliação visual da pele em áreas de risco, sexo/idade, continência, mobilidade, apetite e medicação. Existem mais 3 itens que se

traduzem em factores de risco especiais: subnutrição, défice neurológico e doente sujeito a grande cirurgia/trauma. Quanto mais alto o score, maior será o risco de desenvolver úlcera de pressão.

Em 1987 foi elaborada e aplicada a Escala de Braden por Bárbara Braden e Nancy Bergstrom (Ferreira et al. 2007). Segundo este autor, a Escala de Braden já foi submetida a vários estudos e testes.

Esta escala é constituída por 6 sub-escalas: percepção sensorial, humidade, actividade, mobilidade, nutrição, fricção e forças de deslizamento. Todas as sub-escalas têm ponderação de 1 a 4, excepto a última sub-escala (fricção e forças de deslizamento), que tem ponderação atribuída de 1 a 3. Cada sub-escala é operacionalizada por critérios pré-definidos. A ponderação final pode variar entre 6 e 23. Quanto maior for a pontuação, menor o risco de desenvolvimento de úlcera de pressão e vice-versa. É recomendado que com a aplicação desta escala, se deve efectuar uma avaliação e registo do estado da pele, com um instrumento de avaliação da integridade cutânea, devidamente validado.

De acordo com as autoras desta escala, e citadas por Ferreira et al (2007: pág. 32), “a escala de Braden demonstrou, na generalidade dos estudos, menos problemas de predição do que as outras escalas”.

Actualmente, a escala de Braden está validada para Portugal, através de um estudo efectuado em vários hospitais portugueses, em 2003. Os hospitais incluídos no estudo foram: Hospital Distrital da Figueira da Foz, Hospital de Santo António do Porto, Hospital Santo André – Leiria, Hospital S. Teotónio – Viseu, Hospital de Santo António dos Capuchos, Hospital Dr. José Maria Grande – Portalegre, Hospital Infante D. Pedro – Aveiro e Centro Hospitalar da Cova da Beira – Covilhã. Desta forma, foram incluídas no estudo 8 instituições, que representavam as várias realidades demográficas.

Segundo Cristina Minguéns (2011), na sua comunicação na conferência internacional sobre enfermagem geriátrica, afirma que existem hoje em dia, diversas escalas de avaliação de risco do doente desenvolver úlcera de pressão, e que nenhuma só por si é perfeita para todo o tipo de doente ou situação, devendo as escalas serem adaptadas às condições em que são aplicadas. No entanto, actualmente a escala de Braden é a mais utilizada por ter sido submetida a vários estudos e testes de confiabilidade e validade em diferentes populações.

Bárbara Braden é mundialmente conhecida pelo facto de ter desenvolvido a Braden Scale for Predicting Pressure Score Risk (Escala de Braden para a avaliação do risco de úlceras de pressão). Esta escala está actualmente traduzida e é aplicada em vários países, tais como: Japão, China, Coreia, Indonésia, Itália, Alemanha, Portugal, Polónia, Croácia, Finlândia, Noruega, Oceânia, Holanda, França, Estados Unidos da América e Brasil. Esta autora, Bárbara Braden em co-autoria com Nancy Bergstrom, têm-se dedicado a diversos projectos de investigação, com especial enfoque no estudo dos factores etiológicos relacionados com as úlceras de pressão, e obviamente na validação da escala de Braden.

A partir da Escala de Braden, Curley e Quigley (1996) desenvolveram a Escala de Braden Q, que tem por finalidade avaliar o risco para o desenvolvimento de escaras na população pediátrica. Esta escala está validada para Portugal e é utilizada como instrumento de avaliação de risco para a população pediátrica portuguesa. É considerada uma ferramenta essencial para avaliação do grau de risco de uma criança ou jovem desenvolver úlcera de pressão. Tal como a Escala de Braden, a aplicação da Escala de Braden Q, deve ser efectuada em conjunto com um instrumento de avaliação da integridade cutânea. Esta escala permite avaliar o grau de risco através de 2 grandes parâmetros: a intensidade e duração da pressão, e a tolerância da pele e estruturas de apoio. Do 1º parâmetro fazem parte os seguintes itens: mobilidade, actividade, percepção sensorial. Do 2º parâmetro fazem parte os seguintes itens: humidade, forças de fricção e deslizamento, nutrição, perfusão tecidular e oxigenação.

Do ponto de vista histórico, todas as escalas tiveram como objectivo principal, determinar o risco do doente desenvolver úlcera de pressão, e estabelecer prioridades de cuidados e de actuação. No entanto, na actualidade podemos considerar que as escalas de avaliação de risco de desenvolvimento de úlcera de pressão, não têm um valor preditivo e não se podem nunca dissociar da avaliação do estado geral da pele e da avaliação global da cliente. Podemos encarar as escalas de avaliação como instrumentos de referência e orientação para os cuidados de enfermagem prestados ao cliente. As úlceras de pressão, existem desde a antiguidade, e as causas do seu aparecimento mantêm-se presentes até à actualidade, apenas ao longo dos tempos, houve alterações na forma de explicar o seu aparecimento.

APÊNDICE IV

Composição da Pele

Em termos estruturais, é uma estrutura complexa, composta por 3 camadas: epiderme, derme e tecido subcutâneo.

Epiderme

A epiderme consiste basicamente em epitélio escamoso estratificado (queratinócitos) e num número pequeno de melanócitos (para a síntese da melanina), células de Langerhans (células de apresentação antigénica) e células de Merkel (função neuro-endócrina). As células do epitélio escamoso estão dispostas em 4 camadas: o estrato córneo, camada granular, estrato espinhoso e estrato germinativo (ou camada basal). O estrato córneo consiste em células que não têm núcleo ou organelos citoplasmáticos, contêm pouca água. Promovem uma barreira física contra água, bactérias e substâncias químicas. Estas células estão constantemente a descamar e a serem substituídas por células provenientes das camadas mais profundas.

Membrana basal

A membrana basal separa a camada basal da epiderme, da derme profunda e as células basais estão ligadas à membrana por estruturas conhecidas por hemidesmosomas.

Derme

A derme consiste em 2 camadas: a derme papilar e a derme reticular.

Derme papilar: o colagénio é livre e serve de suporte aos nós dos vasos sanguíneos, conhecidos como capilares papilares (nutricional) e fibras nervosas responsáveis pelo toque, dor e temperatura

Derme reticular: consiste em cordões espessos de colagénio que suportam os vasos sanguíneos referenciados como leito vascular subpapilar (ou não nutricional), assim como as glândulas sudoríparas, glândulas sebáceas e folículos pilosos.

Colagénio

É o colagénio e o tecido conjuntivo de elastina que fornecem à pele a sua característica de recuperar após distender (Scales, 1990, citado por Morison, 2004). Este constitui 99% do peso seco da derme. O processo de extensão e retorno por rotação e alinhamento é um aspecto importante nas propriedades do colagénio/matriz de elastina, porque para além de servir de amortecedor das estruturas internas do corpo, também protege os fluidos intersticiais e as células da derme da pressão externa (Kroushop, 1983, citado por Morison, 2004).

Camada subcutânea

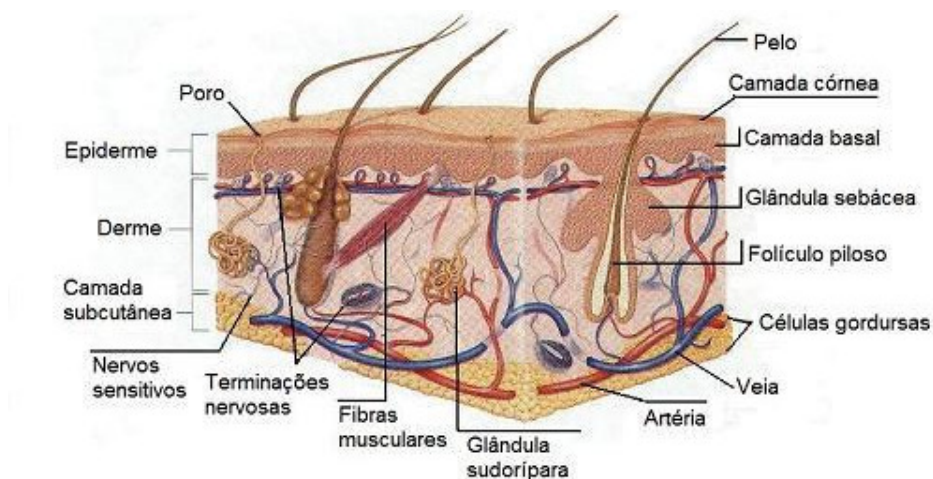
A camada subcutânea separa a derme das estruturas mais profundas da fáscia profunda, músculo e osso. Esta varia em espessura (dependendo da estrutura corporal, sexo e localização no corpo humano), devido à presença de um grande número de células adiposas, que promovem mobilidade à pele e “Almofadamento” para dissipar a pressão.

Fáscia profunda

A Fáscia profunda subjacente é uma membrana densa não elástica, essencialmente avascular, que cobre músculo e grupos de músculo, e sobre proeminências ósseas pode confundir-se com a camada externa do osso. É resistente à pressão e é a última linha de protecção do tecido muscular vulnerável.

Em termos de anatomia da pele, podemos concluir, que a pele é caracterizada por um conjunto de estruturas que conferem protecção contra a rotura mecânica. Os tecidos subjacentes, incluindo as camadas de tecido subcutâneo adiposo e fáscia profunda também contribuem para proteger as estruturas subjacentes à pele. No entanto, apesar destas características de protecção, as úlceras de pressão desenvolvem-se maioritariamente como resultado da rotura da rede vascular de artérias, arteríolas e capilares.

Não podemos esquecer que a pele das crianças é mais fina do que a dos adultos, e as células de todos os extractos encontram-se mais comprimidas. A pele das crianças é mais susceptível a infecções bacterianas.



Fonte: <http://www.medicinageriatrica.com.br>

APÊNDICE V

Sistema de classificação das úlceras de pressão segundo NPUAP/EPUAP (2009)

Categoria I: Eritema não branqueável

Pele intacta com rubor não branqueável numa área localizada, normalmente sobre uma proeminência óssea. Em pele de pigmentação escura pode não ser visível o branqueamento; a sua cor pode ser diferente da pele em redor. A área pode estar dolorosa, dura, mole, mais quente ou mais fria comparativamente ao tecido adjacente. A categoria I pode ser difícil de identificar em indivíduos com tons de pele escuros. Pode ser indicativo de pessoas “em risco”.

Categoria II: perda parcial da espessura da pele

Perda parcial da espessura da derme, que se apresenta como uma ferida superficial (rasa) com leito vermelho – rosa sem esfacelo. Pode também apresentar-se como flictena fechada ou aberta, preenchida por líquido seroso ou sero-hemático. Apresenta-se como uma úlcera brilhante ou seca, sem crosta ou equimose. Esta categoria não deve ser usada para descrever fissuras da pele, queimaduras por abrasão, dermatite associada a incontinência, maceração ou escoriações.

Categoria III: Perda total da espessura da pele

Perda total da espessura tecidular. Pode ser visível o tecido adiposo subcutâneo, mas não estão expostos os ossos, tendões ou músculos. Pode estar presente algum tecido desvitalizado (fibrina húmida), mas não oculta a profundidade dos tecidos lesados. Pode incluir lesão cavitária e encapsulamento. A profundidade de uma úlcera de categoria III varia com a localização anatómica. A asa do nariz, orelhas, região occipital e maléolos não têm tecido subcutâneo (adiposo) e uma úlcera de categoria III pode ser superficial. Em contrapartida, em zonas com tecido adiposo abundante podem desenvolver-se úlceras de pressão de categoria III extremamente profundas. O osso/tendão não são visíveis ou directamente palpáveis.

Categoria IV: Perda total da espessura dos tecidos

Perda total da espessura dos tecidos com exposição óssea, dos tendões ou músculos. Pode estar presente tecido desvitalizado (fibrina húmida) e/ou tecido necrótico. Frequentemente são cavidades e fistulizadas. A profundidade de uma úlcera de pressão de categoria IV varia com a localização anatómica. A asa do nariz, orelhas, região occipital e maléolos não têm tecido subcutâneo (adiposo) e estas úlceras podem ser superficiais. Uma úlcera de categoria IV pode atingir músculo e/ou estruturas de suporte (fascia, tendão ou cápsula articular) tornando a osteomielite e a osteíte prováveis de acontecer. Existe osso/músculo exposto visível ou directamente palpável.

APÊNDICE VI

Hospital de D. Estefânia – passado, presente e futuro

O Hospital de D. Estefânia, é uma unidade hospitalar de referência em pediatria, localizada em Lisboa. Actualmente integra o Centro Hospitalar Lisboa Central EPE (CHLC).

A missão do Hospital consiste em:

- 1) Prestar cuidados de saúde diferenciados e de elevada qualidade à criança e à mulher;
- 2) Assegurar a formação pré-graduada e pós-graduada de acordo com padrões da mais elevada qualidade e promover a investigação;
- 3) Desenvolver formas de ligação do Hospital com a comunidade facilitando a acessibilidade aos seus recursos e o desenvolvimento de complementaridades e parcerias no interesse do doente;
- 4) Intervir na sociedade na promoção e defesa dos direitos da criança e da mulher;
- 5) Participar em redes e projecto internacionais na área da criança e da mulher, nomeadamente nos domínios científicos.

A história do Hospital de D. Estefânia, confunde-se com a história da pediatria em Portugal. Deve a sua construção ao rei D. Pedro V e sua esposa, D. Estefânia de Hohenzollern – Sigmaringen (1837-1859), rainha de Portugal.

O rei D. Pedro V, foi especialmente educado para reinar, sendo um homem culto e inteligente, e tendo casado também com uma princesa culta, delicada e sensível, pertencente à casa Hohenzollern, vinda de Sigmaringen, ducado da Alemanha.

Nesta época, Lisboa tinha cerca de 200.000 habitantes. Era um período de epidemias de cólera e febre amarela, e o casal frequentemente visitava os doentes hospitalizados. Numa dessas visitas ao Hospital de S. José, a rainha ficou bastante impressionada com a promiscuidade, com que na mesma enfermaria eram tratadas crianças e adultos. Deste modo, ofereceu o seu dote de casamento para que fosse criada uma enfermaria só para crianças, e manifestou o desejo de construir um Hospital para crianças pobres e enfermas.

A morte prematura da rainha, não permitiu ver realizado este sonho. Em sua memória, D. Pedro V fundou o Hospital da Bemposta em 1860 e iniciou a sua construção. De referir, que também o rei não viria a conhecer o resultado do seu empenhamento. Falecido em 1861, o seu irmão, o rei D. Luís deu continuidade à obra e inaugurou o Hospital da Bemposta em 1877, a 17 de Julho, dia da morte da rainha. Por sua vez, D. Luís 5 anos antes, cedeu os direitos de propriedade e pertenças do Hospital, ao estado português, em 23 de Junho de 1872. O povo prestaria a sua homenagem à rainha, que tanto admirava e amava, denominando-o definitivamente de Hospital de D. Estefânia.

A sua construção foi primorosamente planeada, dado que, como referido anteriormente, o rei D. Pedro V era um rei moderno, viajado e muito culto. O rei solicitou pareceres sobre

projectos e plantas hospitalares, elaboradas por técnicos competentes e autorizados sobre o assunto e remetidas dos mais variados locais, nomeadamente Londres, Berlim e Paris. O projecto escolhido foi o desenhado por Humbert, arquitecto da casa real inglesa.

O edifício original estava dividido em 4 corpos principais, formando uma cruz e era constituído por 2 pisos de enfermarias, num total de 4 enfermarias, cada uma destinada a 32 camas. Cada enfermaria tinha cerca de 45 metros de comprimento, 12 metros de largura e 6 metros de altura. Existiam 20 janelas por enfermaria, 18 nas paredes laterais e 2 num dos topos, existindo uma janela para cada 2 camas.

A ventilação, medida higiénica tão importante no século XIX, era complementada com a existência de aberturas colocadas na parte inferior e superior das paredes e pela aspiração de duas chaminés em cada enfermaria.

As paredes eram em cimento polido e de cor clara e o pavimento em carvalho bem unido, de modo a poder ser envernizado ou polido, tornando-se impermeável e de fácil limpeza. Esta característica vai de encontro ao que Florence Nightingale afirmava na época “com relação a soalhos, o único verdadeiramente limpo que conheço é o envernizado (...), que pode ser esfregado todas as manhãs com pano seco ou húmido a fim de remover a poeira.” (NIGHTINGALE, 2005, p. 125)

Havia casas de banho com banheiras de mármore, água canalizada e luz a gás de resíduos de petróleo. A preocupação do rigor e da higiene levou a que o primeiro piso fosse construído na sua totalidade sobre abóbadas, a fim de minimizar a humidade e a possibilidade de infecção a partir do solo.

No centro da construção havia um espaçoso claustro, rodeado de 29 arcos de cantaria, no qual foi colocada uma fonte, que ainda hoje se pode ver nos jardins do Hospital.

O médico da Real Câmara, e presidente da Sociedade de Ciências Médicas, Bernardino António Gomes afirmou “esta magnificência não é a do luxo e sumptuosidade, mas sim a magnificência da higiene.”

Florence Nightingale afirma na época, que as enfermarias do Hospital da Bemposta são das mais magníficas da Europa. Florence Nightingale afirma “a haver Hospitais para crianças, deveria ser este o plano a adoptar.” (NIGHTINGALE, 2005, p. 7, in: Notas sobre Florence Nightingale)

O local escolhido para a construção do Hospital, era propriedade da casa real.

Em mais de 300 anos da história da saúde em Portugal, e até à data da inauguração, o Hospital da Bemposta foi a primeira construção Hospitalar construída em Lisboa, planeada especificamente para esse efeito. Deste modo, nasceu o Hospital de D. Estefânia em Lisboa.

Actualmente o Hospital de D. Estefânia, está organizado por departamentos. Dentro do Departamento Urgência e Emergência, encontram-se a Urgência Pediátrica, a UCIP e a UCIN.

A UCIN do Hospital de D. Estefânia foi criada em Abril de 1983 com lotação de 15 camas; sofreu obras de reestruturação e abriu em 23 de Março de 2001, com a lotação de 16 vagas. A UCIN dispõe de 3 salas: uma sala de cuidados intensivos e 2 salas de cuidados intermédios. A capacidade da sala de cuidados intensivos é de 8 incubadoras. As salas de cuidados intermédios têm capacidade para 4 crianças, permanecendo estas em incubadoras ou berços, consoante o seu estado clínico.

Assim, a UCN do Hospital de D. Estefânia presta assistência a crianças com menos de 28 dias de vida. Segundo Brazelton (1988), o nascimento de um filho prematuro é um choque. O cenário altamente sofisticado das unidades de cuidados intensivos neo- natais reforçam a imagem que os pais têm do seu filho como um bebé extremamente frágil.

Foi possível compreender, a importância que a equipa de enfermagem atribui ao acolhimento do bebé e sua família na UCIN. Mostrando-se disponível para escutar e estar disponível para esclarecer dúvidas e compreender o medo e a ansiedade vivida pela família. Para a família, a UCIN apresenta-se como o local que pode salvar a vida do seu filho, mas simultaneamente como profundamente assustadora. Muitos pais sentem-se bastante impotentes perante a avalanche e rapidez de acontecimentos, que não conseguem minimamente controlar nem prever. É essencial desmistificar o ambiente e fornecer informação clara e acessível à compreensão da família. Tendo por pressuposto de que o medo do desconhecido, é sempre superior ao medo daquilo que se conhece. Por isso, o acolhimento é um momento crucial da hospitalização. É o momento de acolher o outro, numa atitude de aceitação e mostrar disponibilidade total para ajudar. Tavares (2001: pág. 31), referencia Vitória (2001), para afirmar que “idealize-se o acolhimento não apenas como o acto inicial de admissão da criança no serviço de pediatria, não é um acto pontual, começa no momento da admissão mas prossegue e consolida-se no dia a dia, aquando dos cuidados de enfermagem, visando ir de encontro do outro para passar do seu estado de estranho ao de companheiro”.

Durante a minha permanência na UCIN, foi possível verificar que a equipa de enfermagem reconhece a importância dos aspectos referidos; pela atenção dada ao outro, pela disponibilidade para escutar medos e receios e pela capacidade de compreender o processo que a família vive quando nasce um bebé prematuro ou quando o seu filho está dependente de cirurgias de alto risco. Segundo Brazelton (1988), o luto depois de um nascimento prematuro é inevitável. Os pais vivem 2 sentimentos ambíguos, frustrantes e de profundo desgaste emocional. Estes pais vivem uma situação de luto, em relação à perda do bebé perfeito, e simultaneamente sentem-se culpados pelos problemas de saúde do bebé. Estes sentimentos dos pais podem ser vividos de forma consciente ou inconsciente. Brazelton (1988), afirma mesmo que é absurdo esperar que

estes pais se apeguem rapidamente ao bebé. Pode ser altamente prejudicial pressioná-los, porque apenas tentarão ir de encontro às expectativas do pessoal de saúde.

Neste contexto, tive a oportunidade de prestar cuidados à criança/família, tendo em especial atenção as questões colocadas pelos pais e incentivando-os a interagir com o seu filho quer seja através do toque e através da transmissão de confiança, procurando promover a parentalidade. “Quer ver o bebé?”, “Quer fazer uma festa?”, “Estamos sempre aqui para ajudar no que for possível?”, “Estamos a fazer o nosso melhor, pelo seu filho.”. Brazelton (1988), afirma que o que os pais querem saber, quando perguntam informações é se “Ele abriu os olhos”, “Quando é que vai comer?”, “Ele sente que está alguém perto dele?”, os pais precisam destas informações, para os ajudar a transformar o seu filho em pessoa.

Para estas famílias, tal como o momento do acolhimento é fundamental, o momento da alta é muitas vezes também vivenciado com muita ansiedade pela família. Na UCIN existe o projecto da alta, em que esta é preparada com alguma antecedência e a equipa colabora com a família, de modo a torná-la mais segura e autónoma nos cuidados ao seu filho. As necessidades humanas básicas estão incluídas no ensino para a alta, como sejam a higiene e conforto, alimentação, eliminação, ambiente e segurança, sono e repouso. Fazem ainda parte do protocolo de preparação para a alta a vigilância de saúde, cuidados específicos como sejam a alimentação por sonda, oxigenoterapia, aspiração de secreções, cuidados a traqueostomias e estomas. O objectivo é sempre proporcionar autonomia aos pais e capacitá-los para cuidar do seu filho, no sentido de ganho de confiança por parte dos pais. Ainda incluído no Protocolo de preparação para a alta do recém-nascido, posteriormente à alta, passado uma semana, é feito um telefonema à família, pelo enfermeiro responsável da criança, para compreender como está a ser a adaptação desta família com o seu bebé.

APÊNDICE VII

Tabela de indicadores do projecto de úlceras de pressão do serviço de ortopedia do Hospital de D. Estefânia

Área PEDIATRIA

Indicadores do Projecto Úlceras por Pressão

Serviço:

Ano: 2011

	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maior	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
A - Avaliação de Risco No dia x do mês n	Doentes existentes no serviço											
	Doentes avaliados											
	Doentes com Baixo Risco											
	Doentes com Alto Risco											
	Taxa de Avaliação de Risco	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
B - Risco/UPP (Prevalência) No dia x do mês n	Doentes com novas UP											
	Doentes com baixo risco com novas UP											
	Doentes com alto risco com novas UP											
	Taxa de Efectividade Diagnóstica	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Total Doentes com uma ou mais UP											
C - Prevalência de UPP No dia x do mês n	Doentes com uma ou mais UP Grau I											
	Doentes com uma ou mais UP Grau II											
	Doentes com uma ou mais UP Grau III											
	Doentes com uma ou mais UP Grau IV											
	Taxa de Prevalência	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
D - Admitidos com UPP Do dia 1 ao dia 31 do mês (n-1)	Total Admitidos com uma ou mais UP											
	Doentes Admitidos com uma ou mais UP Grau I											
	Doentes Admitidos com uma ou mais UP Grau II											
	Doentes Admitidos com uma ou mais UP Grau III											
	Doentes Admitidos com uma ou mais UP Grau IV											
	Doentes Admitidos com UP vindos de casa											
	Doentes Admitidos com UP vindos de lar											
	Doentes Admitidos com UP vindos de outro hospital											
	Doentes Admitidos com UP vindos de outro local											
	Total de Doentes que desenvolveram uma ou mais UP durante este internamento											
E - Incidência UPP Do dia 1 ao dia 31 do mês (n-1)	Doentes que desenvolveram uma ou mais UP na região sagrada											
	Doentes que desenvolveram uma ou mais UP na região isquática											
	Doentes que desenvolveram uma ou mais UP na região trocânteria											
	Doentes que desenvolveram uma ou mais UP na região calcânea											
	Doentes que desenvolveram uma ou mais UP na região malleolar											
	Doentes que desenvolveram uma ou mais UP na região escapular											
	Doentes que desenvolveram uma ou mais UP na região occipital											
	Doentes que desenvolveram uma ou mais UP noutra região											
	Taxa de Incidência	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Total de Doentes com Alto Risco e evidência de implementação do Plano de Prevenção											
F - Resultado No dia x do mês n	Total de Doentes com Alto Risco e evidência de implementação do Plano de Prevenção que não desenvolveram UPP											
	Taxa de eficácia do plano de prevenção	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

APÊNDICE VIII

Projectos desenvolvidos no Serviço de Ortopedia do Hospital de D. Estefânia

No Serviço de Ortopedia do Hospital de D. Estefânia existem 3 projectos pertinentes que foram desenvolvidos e implementados no serviço, e que vão de encontro à filosofia dos cuidados de enfermagem pediátricos. De realçar: visitas domiciliárias a crianças com Doenças de Perthes; articulação de cuidados à criança/família com fixador externo; a criança com Osteogénese Imperfeita, crescer com solidez... passo-a-passo.

Em relação ao projecto de crianças com diagnóstico clínico de Doença de Perthes, este é, na minha opinião, um projecto verdadeiramente impulsionador da autonomia da criança e sua família. O Serviço de Ortopedia do Hospital de D. Estefânia, desenvolveu e implementou, um projecto extremamente importante, para a qualidade de vida da criança com Doença de Perthes e sua família. O projecto é designado por *“A criança com doença de Legg-Calvé-Perthes... cuidar no Hospital ou no domicílio. Qualidade, custos.”*

A realização e documento de base do projecto estão disponíveis no site do Hospital. O projecto é da responsabilidade do Serviço de Ortopedia do Hospital de D. Estefânia e defende que o Hospital Pediátrico do futuro deve apostar no cuidar das crianças no domicílio, inseridas no seu seio familiar. Deste modo, o internamento no Hospital deve durar o menos tempo possível, aumentando a qualidade de vida da criança, e diminuindo os custos emocionais, sociais e económicos para a criança e toda a sua família. Os potenciais destinatários deste projecto, serão as crianças com doença de Legg-Calvé-Perthes e sua família que residam no concelho de Lisboa.

Este projecto tem como objectivo primordial, o ênfase na qualidade de vida da criança/família com doença de Legg-Calvé-Perthes, em tracção cutânea no domicílio, integrando a família como parceiros no cuidar. Este trabalho de parceria com a criança/família, terá certamente como vantagem fundamental a diminuição do trauma emocional que a hospitalização de uma criança provoca. Por outro lado, e no contexto actual, dos serviços de saúde, diminuir o tempo de internamento implica obviamente redução de custos.

Este projecto vai de acordo às directrizes estabelecidas na carta da criança hospitalizada (1988), nomeadamente no 1º artigo “A admissão de uma criança no Hospital só deve ter lugar quando os cuidados necessários à sua doença não possam ser prestados em casa, em consulta externa ou em Hospital de dia”. Ainda segundo o mesmo documento, “A criança, a sua família e todos aqueles que dela cuidam devem ser vistos como um todo, aceitando-os como parceiros em todas as áreas de cuidados de saúde”.

Efectuando uma reflexão sobre as competências do enfermeiro especialista de saúde infantil e pediátrica, acredito que este projecto assenta em pilares fundamentais dessas competências. Deste modo, penso que está implícita neste projecto a primeira competência definida pela Ordem dos Enfermeiros (2009) para o EESIP “E1 assiste a criança/jovem com a família na maximização da sua saúde”. Mais especificamente na

unidade de competência E1.1, onde está definido o seguinte: o enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica “implementa e gere em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem”.

A equipa de enfermagem do Serviço de Ortopedia do Hospital de D. Estefânia iniciou as primeiras visitas domiciliárias em 2005. Durante as visitas domiciliárias, a equipa de enfermagem, tem como objectivos conhecer o meio em que a criança se encontra inserida, e simultaneamente desenvolver as mais diversas vertentes do cuidar de enfermagem neste contexto: observação directa da criança em contexto familiar, avaliação das actividades de vida, mudança dos kits de tracção cutânea dos membros inferiores, observação das características da pele e de eventuais sinais de compromisso neuro-circulatório das extremidades, realização de pensos, educação para a saúde nas mais diversas áreas e ainda encaminhar para especialidades, de acordo com as necessidades detectadas e/ou manifestadas pela criança/família.

Todas estas informações são registadas em folha própria. A 1ª visita domiciliária acontece na 1ª semana após a alta hospitalar. Na 2ª semana, é feito contacto telefónico e na 3ª semana a criança/família vem à consulta médica, mas simultaneamente é feita avaliação pela enfermeira.

Fazendo uma análise dos objectivos traçados, para este local de estágio, no sentido de identificar factores de risco da criança/jovem desenvolver úlcera de pressão; é possível compreender a actuação da equipa de enfermagem na vigilância da integridade cutânea da criança/jovem sujeita a tracção cutânea. Ao efectuar-se uma correcta e minuciosa vigilância da integridade da pele, é possível detectar zonas de risco e/ou zonas de pressão e actuar-se atempadamente na prevenção. Como nos refere a literatura, a pressão prolongada é o maior factor de risco, para desenvolvimento de úlcera de pressão. Estas crianças além deste risco inerente ao tratamento a efectuar, acresce o factor imobilidade devido também à tracção. Outros factores, têm ainda de ser devidamente avaliados, como o estado de nutrição da criança. Faz ainda parte da actuação do enfermeiro durante a visita domiciliária, o ensino e capacitar a família para a prevenção de úlceras de pressão.

Além de todas as vantagens inerentes para a criança/família, este projecto vai de encontro à missão do Hospital de D. Estefânia “prestar cuidados de saúde diferenciados e de elevada qualidade à criança (...)”. A prática de cuidar em enfermagem pediátrica, constrói-se diariamente na relação de ajuda e na empatia estabelecida com a criança/família, ou seja, constrói-se diariamente como ciência e como arte, na compreensão e aceitação do outro, sendo o outro a criança e sua família, sem efectuar juízos de valor e reconhecendo a criança/família como unidade holística que necessita de cuidados únicos, individuais e personalizados.

Em relação ao projecto da articulação de cuidados à criança/família com fixador externo, este projecto é também extremamente importante para a autonomia da criança/família e para a reinserção da criança no seu meio escolar.

Este projecto tem como objectivos essenciais, a promoção da qualidade de vida e o acompanhamento de crianças/jovens e suas famílias com fixador externo após a alta hospitalar. Deste modo, é feita uma articulação de cuidados com o enfermeiro de referência do Centro de Saúde e com o Professor Responsável pela criança/jovem, permitindo que estes se tornem elementos verdadeiramente facilitadores da reintegração da criança e sua família. Durante a permanência no Serviço de Ortopedia, foi possível verificar a preocupação da equipa de enfermagem com o ensino e a capacitação da criança/família para manipular o fixador externo. As crianças/jovens e suas famílias são ensinadas a efectuar a distracção dos anéis do aparelho, assim como todos os cuidados inerentes (higiene, desinfecção, e alerta para sinais de perigo). É feito reforço de que qualquer dúvida que surja, a equipa do serviço estará sempre disponível para esclarecer e orientar. Na minha opinião, este envolvimento conjunto, da criança/jovem, sua família, enfermeiro do Centro de Saúde e Escola, vai de encontro à filosofia do cuidar de enfermagem pediátrica. Com este projecto é possível estimular a confiança e a autonomia da criança/família, prestando cuidados de enfermagem em parceria e em inter-ligação com a comunidade. Neste projecto, acredito que o supremo interesse da criança é a meta a alcançar.

Este projecto vai também de encontro às competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros (2009), para o EESIP. Será sempre objectivo da enfermagem pediátrica “estabelecer e manter redes de recursos comunitários de suporte à criança/família com necessidades especiais”; “apoiar a inclusão de crianças e jovens com necessidade de saúde e educativas especiais”; “trabalhar em parceria com agentes da comunidade no sentido da melhoria da acessibilidade da criança/jovem aos cuidados de saúde”.

Este projecto vai também de encontro à filosofia dos cuidados de enfermagem pediátricos e aos cuidados centrados na família, encarando esta como uma verdadeira parceira nos cuidados de saúde à criança/jovem. O envolvimento da criança/jovem, leva a uma maior autonomia, capacitação e aceitação do seu estado de saúde. Deste modo, estará mais bem preparada, para conseguir ultrapassar os obstáculos e continuar a “ser criança/jovem”, ou seja, continuar a desenvolver-se e a interagir harmoniosamente com os outros e com o seu meio envolvente.

O projecto da criança com Osteogénese Imperfeita, tem como objectivo principal, melhorar a qualidade de vida de crianças, com diagnóstico clínico desta doença crónica grave, que maioritariamente interfere bastante com a qualidade de vida das crianças e jovens e com a capacidade de enfrentar a doença, por parte das famílias. Este projecto, define-se através do protocolo de tratamento com Pamidronato no serviço de ortopedia do Hospital de D. Estefânia.

O Pamidronato é um medicamento que pertence à família farmacológica dos bifosfonatos.

Actualmente, muitos doentes com Osteogénese Imperfeita estão a fazer o tratamento com Pamidronato.

O protocolo estabelecido pelo Shriners Hospital de Montreal, considerado um centro de referência para Osteogénese Imperfeita, preconiza a administração de uma série de três administrações de Pamidronato por ano (isto é, uma de quatro em quatro meses). A administração é feita durante três dias. No caso de crianças pequenas, o tratamento é repetido mais frequentemente (isto é, cada seis semanas), para potenciar os efeitos do fármaco num período de vida em que mudanças a nível de desenvolvimento físico, ocorrem muito rapidamente.

As respostas ao tratamento foram de tal forma encorajadoras, que actualmente o Pamidronato está a ser administrado em portadores de Osteogénese Imperfeita em muitos países do mundo.

Tem-se verificado que a dor diminui significativamente ou tem mesmo desaparecido completamente em muitos doentes.

A sua capacidade de mobilização tem aumentado, o que leva a um aumento na independência da criança/jovem.

A incidência de fracturas tem sido significativamente menor, quando comparada com a incidência antes do tratamento. Finalmente, a densidade mineral dos ossos da coluna lombar tem aumentado, algumas vezes drasticamente em todas as crianças. Absolutamente essencial, a taxa de crescimento nestas crianças não diminui, quando comparada com a taxa antes do tratamento.

A melhoria destas crianças, em termos de densidade e de mobilidade, é definida como muito importante. O tratamento com Pamidronato, embora não curativo, é eficaz na diminuição da dor e da incidência de fracturas, e aumenta a mobilidade e densidade óssea em crianças/jovens com Osteogénese Imperfeita grave, levando claramente a uma melhoria da qualidade de vida.

Em Portugal, o serviço de Ortopedia e Traumatologia do Hospital Garcia de Orta em colaboração com o serviço de pediatria do mesmo hospital foram os percursos da utilização do protocolo de tratamento da Osteogénese Imperfeita com Pamidronato.

Actualmente, o serviço de ortopedia do Hospital de D. Estefânia, tem também protocolo de tratamento de crianças/jovens com Pamidronato.

Este desafio de toda a equipa tem como objectivo fundamental, desenvolver cuidados de qualidade, centrados na criança e na família, contribuindo para a redução de internamentos. Deste modo é possível facilitar o processo de integração familiar, profissional e social da criança/família com melhorias evidentes na sua qualidade de vida.

Em 2008, foram dados os primeiros passos na criação do projecto, que a equipa definiu como “A criança com Osteogénese Imperfeita... crescer com solidez... passo a passo...”

Assim, o tratamento com Pamidronato, tem uma duração de 3 anos consecutivos de acordo com o protocolo do serviço, fazendo-se simultaneamente a avaliação do desenvolvimento da criança com Osteogénese Imperfeita. Existem resultados bastante positivos, quando se efectua a análise dos resultados do projecto:

- o tratamento tem sido efectuado sem interrupções;
- as dores nestas crianças têm diminuído significativamente ou mesmo desaparecido;
- a mobilidade e independência aumentaram no dia-a-dia destas crianças, tornando-as mais autónomas;
- a incidência de fracturas tem sido significativamente reduzida, sendo que, até ao momento somente duas crianças das 14 que estão a ser seguidas no Serviço, apresentaram fracturas após o início do tratamento.

Para a família, o impacto de um filho com doença crónica, é sempre difícil de gerir, e muito especialmente, numa fase mais inicial, precisará sempre da capacidade de empatia do enfermeiro. Esta vivência diária, está explícita no relato de uma mãe *“A doença crónica é algo que não podemos deixar quando queremos... ela domina a nossa vida, é algo com a qual vivemos... o que queremos fazer durante o dia, vem depois da rotina dos tratamentos ou das visitas ao Hospital!”*.

É essencial apoiar a família e ajudá-la a enfrentar o choque inicial da doença, e promover a sua máxima capacitação para cuidar da criança/jovem. É importante que a família reconheça no enfermeiro, alguém que está disposto a ajudar, para que a família consiga enfrentar os desafios de ter um filho com doença crónica, fortalecendo o sentimento de segurança da família.

APÊNDICE IX

Hospital de Santa Maria – 50 anos de história

O Hospital de Santa Maria, iniciou a sua construção em 1940, tendo sido aprovado em 1938 pelo governo Português, o projecto do arquitecto alemão Herman Distel. Em 6 de Novembro de 1952, foi nomeada a comissão instaladora do então considerado o Hospital Escolar de Lisboa, e em 27 de Abril de 1953 é inaugurado solenemente, tendo tido início oficial as actividades escolares e assistenciais em 31 de Dezembro de 1954. No Diário de Notícias da época pode-se ler “uma obra grandiosa feita com dinheiro do povo e para o povo”, “o Hospital Escolar de Lisboa que hoje se inaugura, é uma das maiores realizações do estado Português em todos os tempos”. Em 19 de Agosto de 2004, o Hospital de Santa Maria foi designado Hospital Universitário. Actualmente o Hospital de Santa Maria é um Hospital Central Universitário de referência nas vertentes assistencial, de ensino e investigação. Segundo o documento oficial das comemorações dos 50 anos da existência desta unidade hospitalar, os valores centrais partilhados pelos profissionais do Hospital de Santa Maria são:

- princípios éticos, de respeito pela dignidade humana e responsabilidade social;
- excelência dos serviços prestados à comunidade;
- competências científicas e técnicas.

Segundo Dinis da Gama (2004), no documento oficial das comemorações dos 50 anos da existência deste hospital, podemos concluir que a edificação desta unidade hospitalar se verificou numa época em que ocorreram grandes transformações nos conceitos sobre as missões que cabem desempenhar aos hospitais, no sentido de servir a comunidade, num crescendo de amplitude, profundidade e complexidade que não parou de se expandir até aos dias de hoje. O Hospital de Santa Maria emergiu como uma estrutura organizada, e inseriu-se nos movimentos de inspiração e preocupação social que se verificaram numa Europa devastada pela 2ª guerra mundial. Nesta época, segundo o mesmo autor, o hospital passou a fazer parte integrante da vida de cada um de nós, ou seja, nele se nasce e nele se morre. Ainda segundo Dinis da Gama (2004), o Hospital de Santa Maria soube adoptar a função a que se destinava: “a sua preocupação em ajudar a quem ele acorre, sem distinção de qualquer natureza étnica, religiosa, política, económica ou social, a qualquer hora do dia, e em todos os dias do ano” (Dinis da Gama, 2004: pág. 18).

Ainda de salientar, que no documento referido na pág. 191, podemos encontrar referência ao papel crucial da enfermagem no atendimento holístico prestado ao cliente. Assim, há que referenciar que *“ao longo dos 50 anos do hospital é reconhecido o papel que o enfermeiro tem como agregador de cuidados numa equipa multidisciplinar, tendo no doente/utente/família a razão fundamental da existência de cuidados, desde a admissão até à alta, nas diversas facetas assistenciais: Urgência e Ambulatório (Consultas, Hospitais de dia), Internamento (Cuidados Intensivos, Especializados ou Especiais), nas diferentes fases do ciclo da vida do indivíduo, desde o nascimento até à morte, promovendo os processos de adaptação e satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das actividades”*.

Assim, durante os 50 anos de história do Hospital de Santa Maria, existiu uma aposta forte na melhoria da assistência prestada ao cliente pediátrico e sua família. Desde 1960 com a abertura da urgência pediátrica, em instalações provisórias, passando por datas importantes como 1989, com a oficialização da UCIP e criação de equipa fixa de urgência de 24 horas; 1992 com a permanência dos pais durante a noite na UCIP; 1994 com internamento até aos 18 anos; até 2000 com mudança para as novas instalações na UCIP e em 2002 a UCIP torna-se o centro de traumatologia pediátrica da zona sul do país.

De realçar ainda que nesta UCIP está sediado o transporte inter-hospitalar de crianças gravemente doentes, SAV Pediátrico (Suporte Avançado de Vida Pediátrico), da região sul do país, com médico e enfermeiro permanente nas 24 horas.

Assim, desde 1 de Janeiro de 2010, começou a funcionar o SAV Pediátrico. É frequente a necessidade de transporte de uma criança criticamente doente, para um centro especializado de cuidados intensivos. Vários estudos, segundo esta equipa, demonstram que o transporte de doentes críticos, feito por uma equipa especializada permite reduzir a morbilidade e mortalidade. O sistema de transporte deve permitir que os cuidados intensivos se desloquem até ao doente, e não o doente até aos cuidados intensivos.

Desta forma, a missão da UCIP é prestar cuidados diferenciados a doentes com idade pediátrica. A sua actividade desenvolve-se numa unidade com 8 camas de internamento, 6 de cuidados intensivos e 2 de cuidados intermédios, onde se prestam cuidados altamente especializados a doentes muito graves, do ponto de vista hemodinâmico, em idade pediátrica. O objectivo essencial desta unidade é a prestação de cuidados diferenciados e de 3ª linha, às crianças gravemente doentes, minimizando os efeitos secundários da doença e/ou tratamento e promovendo a mais completa recuperação possível em todas as vertentes (física, psicológica, espiritual e social), de forma a assegurar a melhor recuperação funcional que se pode esperar. Desde o momento do internamento, existe a preocupação por parte da equipa de enfermagem, de um atendimento individualizado e humanizado, de acordo com as necessidades da criança e família, promovendo a humanização em todos os cuidados prestados e atitudes perante o utente pediátrico e sua família: acolhimento pela equipa à criança e família; informação diária aos pais da situação clínica e evolução diária; reuniões de equipa com os pais sempre que a situação o exige; solicitação de apoio de outros profissionais quando necessário.

Nesta unidade é de referir ainda um projecto existente, que é a reunião mensal de toda a equipa para análise e discussão dos incidentes críticos que tenham ocorrido, com elaboração de recomendações com o objectivo de diminuir ocorrência de erro. Durante o meu estágio nesta unidade, tive a oportunidade de assistir a uma reunião. Pareceu-me bastante pertinente, no sentido de toda uma equipa multidisciplinar, discutir entre si como melhorar cuidados, sem efectuar juízos de valor ou culpabilizar alguém. Acredito que será um caminho a continuar, no âmbito de melhor cuidar da criança/jovem e família em contexto, sempre stressante, que são os cuidados intensivos.

Ainda de salientar, que esta unidade aposta fortemente na melhoria contínua, de forma a prestar cuidados de enfermagem mais humanizados e mais de encontro às reais necessidades do cliente pediátrico e sua família. Deste modo, desde Janeiro de 2005, que foi implementado um programa informático denominado PICIS, que se caracteriza por ser um programa de informação que possibilita a automatização de recolha de dados clínicos e organiza os processos de trabalho dos prestadores de cuidados de saúde. Desde 1 de Novembro de 2011, que foram abolidas a impressão das notas de enfermagem, que são escritas informaticamente neste programa. Também no sentido de caminhar constantemente para a melhoria de cuidados, que desde 2011 se implementou a passagem de turno junto do doente, o que possibilita a consulta do processo à cabeceira do doente.

APÊNDICE X

**2º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE
ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM DE
SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA**

**AVALIAÇÃO, PREVENÇÃO E TRATAMENTO
DE ÚLCERAS DE PRESSÃO NA CRIANÇA E NO JOVEM**

Prof. Orientadora do Projecto: Enfª Filomena Sousa

Aluno: Maria Céu Mendonça N.º - 3561

Fevereiro de 2012

INDÍCE	Pág.
1. INTRODUÇÃO	3
2. PERTINÊNCIA DO TEMA	4
3. PERSPECTIVA HISTÓRICA.....	6
4. DEFINIÇÃO DE ÚLCERA DE PRESSÃO	8
5. DESENVOLVIMENTO DE UM SISTEMA INTERNACIONAL DE CLASSIFICAÇÃO DAS ÚLCERAS DE PRESSÃO.....	9
6. COMPOSIÇÃO DA PELE	12
7. INCIDÊNCIA DAS ÚLCERAS DE PRESSÃO EM CONTEXTO PEDIÁTRICO	14
8. REALIDADE DAS ÚLCERAS DE PRESSÃO EM CONTEXTO PEDIÁTRICO	15
9. ESCALA DE BRADEN Q	16
10. FISIOPATOLOGIA DAS ÚLCERAS DE PRESSÃO	18
11. FACTORES DE DESENVOLVIMENTO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO	19
12. MEDIDAS DE PREVENÇÃO DE CRIANÇA/JOVEM DE RISCO	22
13. ASPECTO DA ÚLCERA DE PRESSÃO	25
14. ACTUAÇÃO DE ENFERMAGEM NO TRATAMENTO DAS ÚLCERAS DE PRESSÃO	28
14.1. A dor na úlcera de pressão	30
14.2. Sinais de alerta de agravamento da úlcera de pressão	31
14.3. Limpeza da úlcera de pressão	31
14.4. Desbridamento da úlcera de pressão	31
15. PREPARAÇÃO DO LEITO DA FERIDA	33
16. ALGORITMO DE DECISÃO DE TRATAMENTO DA FERIDA	36
17. PENSOS E MATERIAIS A UTILIZAR	38
18. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	57
19. BIBLIOGRAFIA.....	58

1. INTRODUÇÃO

Com o aumento do número de crianças com doença crónica, ou em situação clínica grave, ou ainda com alterações neurológicas graves, verifica-se uma maior probabilidade de aparecimento de úlceras de pressão em contexto pediátrico. Actualmente, a enfermagem pediátrica está a tomar consciência, que é urgente modificar comportamentos e adequar técnicas por forma a prevenir o aparecimento de úlceras de pressão na população pediátrica.

Tavares (2011), citando Guareschi & Pinto (2007), afirma que o cuidado de enfermagem pediátrica tem como objectivo a promoção do bem-estar da criança e da sua família. Para que este facto se torne realidade, é preciso que as enfermeiras que cuidam de crianças/jovens e famílias desenvolvam acções com o objectivo de prevenir doenças e prestar cuidados, no sentido de manter um nível óptimo de crescimento e desenvolvimento, bem como reabilitar crianças com modificações do seu estado de saúde, tendo também como alvo de cuidados a família.

Se analisarmos, as recomendações do Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN), impulsionadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE), e mais especificamente pelos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (2001), podemos compreender que a problemática das úlceras de pressão, é um factor essencial para a excelência do exercício profissional. A prevenção destas lesões ocupa um lugar de destaque, na análise dos padrões de qualidade da Ordem dos Enfermeiros, tais como a promoção da saúde e a prevenção de complicações.

Deste modo, é elaborado este guia com a fundamentação teórica sobre esta área temática. Pretende ser útil aos enfermeiros que diariamente cuidam de crianças/jovens e suas famílias com risco de desenvolver úlcera de pressão ou com úlcera de pressão. Assim, começará com uma breve abordagem histórica sobre a evolução do conceito de úlcera de pressão e sobre o surgimento das escalas de avaliação de risco de um doente desenvolver úlcera de pressão. Serão ainda abordados os seguintes temas: definição de úlcera de pressão, classificação de úlcera de pressão, composição da pele, realidade das úlceras de pressão em contexto pediátrico, medidas de prevenção, fisiopatologia das úlceras de pressão, factores de desenvolvimento das úlceras de pressão, papel do enfermeiro no tratamento das úlceras de pressão e descrição de produtos usados no tratamento de úlceras de pressão.

Este guia terá como objectivos

- fornecer elementos importantes à equipa de enfermagem, de modo a prestar cuidados de enfermagem de qualidade, à criança/jovem em risco de desenvolver úlcera de pressão, ou com úlcera de pressão;
- uniformizar procedimentos na actuação de enfermagem perante a criança/jovem em risco de desenvolver úlcera de pressão, ou com úlcera de pressão.

2. PERTINÊNCIA DO TEMA

A enfermagem como ciência e como arte, no cuidar do outro de forma holística, assume-se como um imperativo da realidade actual.

A enfermagem pediátrica assenta em pilares fundamentais, como os cuidados não traumáticos e a parceria de cuidados com a família, visando sempre o supremo interesse da criança.

O contexto da realidade actual, das úlceras de pressão na população pediátrica, tem que ser assumido pelos enfermeiros, como área de intervenção fundamental, para prestar cuidados de enfermagem de excelência à criança/jovem e família.

Estes pilares da actuação dos enfermeiros, vão de encontro às directrizes dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, estabelecidos pela Ordem dos Enfermeiros (2001).

Assim, como está descrito no documento referido acima, um dos enunciados refere-se à prevenção de complicações. Deste modo “na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro previne complicações para a saúde dos clientes” (Ordem dos Enfermeiros, 2001; pág. 12).

Alguns dos elementos constantes neste enunciado, vão de encontro à actuação do enfermeiro na prevenção de úlceras de pressão, nomeadamente em contexto pediátrico.

Assim, o enfermeiro, no cuidado à criança/jovem e sua família, toma como directrizes de actuação, “a identificação, tão rápida quanto possível, dos problemas potenciais do cliente, relativamente aos quais o enfermeiro tem competência (de acordo com o seu mandato social) para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para evitar esses mesmos problemas ou minimizar-lhes os efeitos indesejáveis; “ (Ordem dos Enfermeiros, 2001: pág. 13).

O enfermeiro no cuidado diário à criança/jovem e sua família, em risco de desenvolver úlcera de pressão ou com úlcera de pressão, deve ainda utilizar “o rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem;” (Ordem dos Enfermeiros, 2001: pág. 13).

Acredito que estes princípios, devem nortear a actuação do enfermeiro, no cuidar do dia-a-dia à criança/jovem e sua família, na área primordial para a enfermagem pediátrica, que é a prevenção e eventual tratamento das úlceras de pressão em contexto pediátrico.

Ainda de salientar, que no dia 19 de Maio de 2011, a Direcção Geral de Saúde publicou a “Orientação nº 017/2011 - **Escala de Braden: versão adulto e**

pediátrica (Braden Q)", na qual é referenciada e apresentada a norma de aplicação da Escala de Braden e Braden Q, em todos os serviços de internamento hospitalares, serviços de urgência, unidades de cuidados intensivos, cuidados domiciliários e unidades de cuidados continuados e paliativos, sendo actualmente considerada uma acção integrada no projecto de qualidade em Portugal.

De acordo com a Direcção Geral de Saúde (2011: pág. 2), "as úlceras de pressão são um problema de saúde pública e um indicador da qualidade dos cuidados prestados. Causam sofrimento e diminuição da qualidade de vida dos doentes (...). Constituem um problema recorrente em Portugal. Estima-se que cerca de 95% das úlceras de pressão são evitáveis através da identificação precoce do grau de risco. (...) a avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão é fundamental no planeamento e implementação de medidas para a sua prevenção e tratamento. O registo e a caracterização das úlceras de pressão são fundamentais para a monitorização adequada dos cuidados prestados aos doentes, uma vez que permitem estabelecer correctamente medidas de tratamento e melhorias nos cuidados aos doentes."

A Direcção Geral de Saúde (circular 017/2011), concorda com a opinião da NPUAP e EPUAP (2009), quando refere que "o conhecimento da etiologia e factores de risco associados ao desenvolvimento de úlceras de pressão são a chave para o sucesso das estratégias de prevenção."

Deste modo, é fundamental que nas instituições de saúde se uniformizem procedimentos na área da prevenção e tratamento das úlceras de pressão, para que os enfermeiros, caminhem para a excelência de cuidados prestados à criança/jovem e sua família em risco de desenvolver úlcera de pressão ou com úlcera de pressão. Acredito que a uniformização de procedimentos nesta área temática, leva à melhoria dos cuidados prestados às nossas crianças e jovens e suas famílias.

3. PERSPECTIVA HISTÓRICA

Existem relatos na literatura da existência de úlceras de pressão em múmias, como foi demonstrado, nos anos 60, a descoberta de uma múmia de uma sacerdotisa egípcia de Amen da XXI Dinastia (2050-1800 AC). Verificou-se que as úlceras de pressão que possuía estavam cuidadosamente cobertas por peças de couro suavemente embalsamada, provavelmente numa tentativa de recuperar a integridade física (Ferreira et al , 2007).

Em 1853, pela primeira vez, foram descritas as características clínicas das úlceras de pressão por Fabricios Hilanus.

Foi então referido que as causas das úlceras de pressão residiam em factores externos naturais e internos sobrenaturais, para além da interrupção de “Pneuma” (espírito que alguns médicos antigos tinham como causa da vida e das doenças), sangue e nutrientes.

Segundo Ferreira et al (2007), no ano de 1722, um grupo de investigadores europeus descreveu que as úlceras de pressão, tinham como causa uma pressão externa, relacionando estas com uma lesão identificada como gangrena.

Ainda no século XVI, Ambroise Paré (cirurgião francês), propôs algumas intervenções significativas e importantes, que ainda nos dias de hoje, são tidas em consideração quando consideramos a temática das úlceras de pressão, como a nutrição saudável, o tratamento de doenças subjacentes, o alívio da pressão, o apoio psicológico, o tratamento cirúrgico e os pensos.

Já durante o século XX, com a evolução da ciência e da tecnologia, surgiram as técnicas de reparação cirúrgica, sendo que estes tratamentos, foram potencializados, com o aparecimento de novos métodos e tecnologias, como a terapia de cicatrização em ambiente húmido.

Com a evolução dos conceitos e com o avanço tecnológico houve uma consciência comum da necessidade de prevenir as úlceras de pressão. Estas lesões, pela sua gravidade e pelos enormes custos financeiros e pelas consequências altamente nefastas em termos psicológicos para o utente e sua família, têm necessidade absoluta de se apostar fortemente na prevenção.

Cada vez mais as medidas preventivas, assumem um cuidado essencial ao doente; no caso da pediatria, à criança/família. Na actualidade, actuar na prevenção de úlceras de pressão na criança/jovem, é respeitar critérios de qualidade dos cuidados de enfermagem, e caminhar para a excelência de cuidados à criança/jovem e família.

Deste modo, surgiram as escalas de avaliação de risco de desenvolver úlcera de pressão. Assim, as escalas de avaliação de risco, permitem aos enfermeiros

determinar a predisposição do utente para o desenvolvimento de úlcera de pressão.

Em 1962, Dorren Norton desenvolveu a primeira escala de avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão, esta escala foi posteriormente aperfeiçoada em 1975. A maior crítica feita a esta escala, é que foi desenvolvida para grupos de idosos internados em hospitais e lares, e não é fiável a sua aplicação a grupos de indivíduos jovens (Dealey, 1997; citado por Ferreira e tal, 2007). No entanto, este facto permitiu, pela primeira vez, avaliar o risco de um doente desenvolver úlcera de pressão, deste modo, tornou-se possível implementar medidas de prevenção, adequadas à situação e ao grau de risco avaliado.

Mais tarde, surgiram outras escalas de avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão, nomeadamente as de Waterlow e de Braden.

Do ponto de vista histórico, todas as escalas tiveram como objectivo principal, determinar o risco do doente desenvolver úlcera de pressão, e estabelecer prioridades de cuidados e de actuação. No entanto, na actualidade podemos considerar que as escalas de avaliação de risco de desenvolvimento de úlcera de pressão, não têm um valor preditivo e não se podem nunca dissociar da avaliação do estado geral da pele e da avaliação global da criança/jovem. Podemos encarar as escalas de avaliação como instrumentos de referência e orientação para os cuidados de enfermagem prestados à criança/jovem. Podemos, assim verificar que as úlceras de pressão, existem desde a antiguidade. As causas do seu aparecimento mantêm-se presentes até à actualidade, apenas ao longo dos tempos, houve alterações na forma de explicar o seu aparecimento.

4. DEFINIÇÃO DE ÚLCERA DE PRESSÃO

De referir que o conceito de úlcera de pressão evoluiu ao longo dos tempos, à medida que a investigação científica avança nesta área. Serão dadas algumas definições, que demonstram a evolução do conceito.

Segundo Dealey (2006: pág. 140), uma úlcera de pressão é “... uma lesão localizada, causada pela interrupção do fornecimento sanguíneo à zona, geralmente em resultado de pressão, torção ou deslizamento, ou fricção, ou uma combinação de qualquer destas.”

E na sequência desta linha de pensamento, segundo a EPUAP (European Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009) e a NPUAP (National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009: pág.7), uma úlcera de pressão é “Lesão localizada na pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea, em resultado da pressão ou de uma combinação entre esta e forças de torção”(…).

Podemos ainda encontrar definição de úlcera de pressão segundo CIPE (versão 2.0), “Úlcera de pressão com as características específicas: dano, inflamação ou ferida da pele ou estruturas subjacentes com resultado da compressão tecidular e perfusão inadequada”.

As úlceras de pressão, são lesões complexas da pele e estruturas subjacentes e variam consideravelmente em tamanho e gravidade. O principal factor causal é a aplicação localizada de pressão numa área de pele não adaptável à magnitude dessas forças externas, embora a sua patologia e etiologia sejam complexas (Morison, 2004).

Segundo Morison (2004), não é a culpa ou negação que ajudarão a prevenir úlceras de pressão.

5. DESENVOLVIMENTO DE UM SISTEMA INTERNACIONAL DE CLASSIFICAÇÃO DAS ÚLCERAS DE PRESSÃO

Pode-se verificar pela literatura que a partir de 1970, nos Estados Unidos e Europa, verificou-se o surgimento de imensos produtos e recursos materiais no mercado. Deste modo, houve a necessidade de se estabelecer *guidelines* de orientação para os profissionais de saúde, e mais especificamente, para os enfermeiros que diariamente cuidam de doentes em risco de desenvolver úlcera de pressão, ou com úlcera de pressão. No contexto deste guia, para os enfermeiros que dia-a-dia cuidam de crianças/jovens e suas famílias em risco de desenvolver úlcera de pressão ou com úlcera de pressão.

Assim, surgiu a colaboração internacional entre a European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) e a American National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), com o objectivo de desenvolver recomendações baseadas na evidência científica para a prevenção e tratamento das úlceras de pressão.

O objectivo destas recomendações é que possam ser utilizadas pelos profissionais de saúde, em todo o mundo. Criou-se então o “Grupo de desenvolvimento das *guidelines*”, com representantes quer da NPUAP, quer da EPUAP que planeou o processo de desenvolvimento das *guidelines*. No entanto, para simplificar a logística, a EPUAP assumiu a liderança na elaboração das recomendações para a prevenção das úlceras de pressão e a NPUAP na elaboração das recomendações para o tratamento das úlceras de pressão.

Deste modo, no guia de consulta rápida sobre prevenção de úlceras de pressão (2009), elaborado pela EPUAP e pela NPUAP; traduzido pela Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas, podemos encontrar a definição internacional da úlcera de pressão.

Assim parte do processo de desenvolvimento das *guidelines*, a NPUAP (National Pressure Ulcer Advisory panel) e a EPUAP (European Pressure Ulcer Advisory Panel) desenvolveram uma definição e um sistema internacional comum para as úlceras de pressão. Ao longo dos últimos anos, os membros das duas organizações tiveram conversações acerca das muitas semelhanças existentes entre a classificação das úlceras de pressão por graus ou estadios. Ao desenvolverem estas *guidelines* Internacionais de Prevenção e Tratamento de úlceras de pressão, consideraram que esta era a altura ideal para desenvolver um sistema de classificação comum, que possa ser usado pela comunidade internacional. As classificações por graus ou por estadios implicam uma progressão do I ao III ou IV, quando isso não é sempre o caso. Tentou-se, então encontrar uma palavra comum para descrever grau ou estadio, o que não foi conseguido. “Categoria” foi sugerido como termo neutro para substituir “estadio” ou “grau”. Embora estranho para aqueles acostumados a outros

termos, “categoria” tem a vantagem de não ser uma designação não-hierárquica, permitindo libertarmo-nos das noções erróneas da “progressão de I para IV” e da “cicatrização de IV para I”.

Contudo, as duas instituições verificaram que o benefício mais significativo desta colaboração, é que as definições actuais de úlcera de pressão e os níveis de dano tecidular são iguais, mesmo que um grupo classifique uma úlcera de pressão como estadio II, grau II ou categoria II.

Acordaram-se então, 4 níveis de lesão, e de acordo com a EPUAP (2009), as úlceras de pressão são classificadas da seguinte forma:

Categoria I: Eritema não branqueável

Pele intacta com rubor não branqueável numa área localizada, normalmente sobre uma proeminência óssea. Em pele de pigmentação escura pode não ser visível o branqueamento; a sua cor pode ser diferente da pele em redor. A área pode estar dolorosa, dura, mole, mais quente ou mais fria comparativamente ao tecido adjacente. A categoria I pode ser difícil de identificar em indivíduos com tons de pele escuros. Pode ser indicativo de pessoas “em risco”.

Categoria II: perda parcial da espessura da pele

Perda parcial da espessura da derme, que se apresenta como uma ferida superficial (rasa) com leito vermelho – rosa sem esfacelo. Pode também apresentar-se como flictena fechada ou aberta, preenchida por líquido seroso ou sero-hemático. Apresenta-se como uma úlcera brilhante ou seca, sem crosta ou equimose. Esta categoria não deve ser usada para descrever fissuras da pele, queimaduras por abrasão, dermatite associada a incontínência, maceração ou escoriações.

Categoria III: Perda total da espessura da pele

Perda total da espessura tecidular. Pode ser visível o tecido adiposo subcutâneo, mas não estão expostos os ossos, tendões ou músculos. Pode estar presente algum tecido desvitalizado (fibrina húmida), mas não oculta a profundidade dos tecidos lesados. Pode incluir lesão cavitária e encapsulamento. A profundidade de uma úlcera de categoria III varia com a localização anatómica. A asa do nariz, orelhas, região occipital e maléolos não têm tecido subcutâneo (adiposo) e uma úlcera de categoria III pode ser superficial. Em contrapartida, em zonas com tecido adiposo abundante podem desenvolver-se úlceras de pressão de categoria III extremamente profundas. O osso/tendão não são visíveis ou directamente palpáveis.

Categoria IV: Perda total da espessura dos tecidos

Perda total da espessura dos tecidos com exposição óssea, dos tendões ou músculos. Pode estar presente tecido desvitalizado (fibrina húmida) e/ou tecido necrótico. Frequentemente são cavitadas e fistulizadas. A profundidade de uma úlcera de pressão de categoria IV varia com a localização anatômica. A asa do nariz, orelhas, região occipital e maléolos não têm tecido subcutâneo (adiposo) e estas úlceras podem ser superficiais. Uma úlcera de categoria IV pode atingir músculo e/ou estruturas de suporte (fascia, tendão ou cápsula articular) tornando a osteomielite e a osteíte prováveis de acontecer. Existe osso/músculo exposto visível ou directamente palpável.

De salientar que, e na opinião de Ferreira et al (2007), antes do aparecimento de uma úlcera de pressão, a zona sujeita a pressão fica pálida devido à compressão dos vasos sanguíneos.

Na observação da pele é fundamental dar ênfase ao primeiro sinal de alerta para o desenvolvimento de úlcera de pressão, que segundo a EPUAP e NPUAP (2009), é o eritema não branqueável.

O PUCLAS é uma pequena aplicação desenvolvida pela EPUAP que visa familiarizar os enfermeiros com o sistema de classificação das úlceras de pressão.

Segundo o PUCLAS, o eritema não branqueável (considerado úlcera de pressão de categoria I), deve ser distinguido do eritema branqueável, que é um rubor que desaparece algum tempo após o doente ser mudado de posição ou área avermelhada que fica temporariamente branca ou pálida quando é aplicada pressão com a extremidade do dedo.

6. COMPOSIÇÃO DA PELE

Os tecidos envolvidos no desenvolvimento de úlceras de pressão são a pele, tecido adiposo subcutâneo, fáscia profunda, músculo e osso. A pele em particular, e muito especialmente, desempenha um papel extremamente importante, para o risco de desenvolvimento de úlcera de pressão, quando ocorre a descontinuidade da integridade cutânea, pondo deste modo, em risco as funções básicas de protecção da pele. É descrita na literatura, como o órgão mais extenso do corpo humano, e é uma estrutura dinâmica na qual a substituição e modificação celular em resposta às necessidades locais, é um processo contínuo ao longo da vida. As suas funções principais incluem: protecção, termo regulação, excreção de água e electrólitos, metabolismo da vitamina D, percepção sensitiva, além de representar a imagem corporal.

Em termos estruturais, é uma estrutura complexa, composta por 3 camadas: epiderme, derme e tecido subcutâneo.

Epiderme

A epiderme consiste basicamente em epitélio escamoso estratificado (queratinócitos) e num número pequeno de melanócitos (para a síntese da melanina), células de Langerhans (células de apresentação antigénica) e células de Merkel (função neuro-endócrina). As células do epitélio escamoso estão dispostas em 4 camadas: o estrato córneo, camada granular, estrato espinhoso e estrato germinativo (ou camada basal). O estrato córneo consiste em células que não têm núcleo ou organelos citoplasmáticos, contêm pouca água. Promovem uma barreira física contra água, bactérias e substâncias químicas. Estas células estão constantemente a descamar e a serem substituídas por células provenientes das camadas mais profundas.

Membrana basal

A membrana basal separa a camada basal da epiderme, da derme profunda e as células basais estão ligadas à membrana por estruturas conhecidas por hemidesmosomas.

Derme

A derme consiste em 2 camadas: a derme papilar e a derme reticular.

Derme papilar: o colagénio é livre e serve de suporte aos nós dos vasos sanguíneos, conhecidos como capilares papilares (nutricional) e fibras nervosas responsáveis pelo toque, dor e temperatura

Derme reticular: consiste em cordões espessos de colagénio que suportam os vasos sanguíneos referenciados como leito vascular subpapilar (ou não

nutricional), assim como as glândulas sudoríparas, glândulas sebáceas e folículos pilosos.

Colagénio

É o colagénio e o tecido conjuntivo de elastina que fornecem à pele a sua característica de recuperar após distender (Scales, 1990, citado por Morison, 2004). Este constitui 99% do peso seco da derme. O processo de extensão e retorno por rotação e alinhamento é um aspecto importante nas propriedades do colagénio/matriz de elastina, porque para além de servir de amortecedor das estruturas internas do corpo, também protege os fluidos intersticiais e as células da derme da pressão externa (Kroushop, 1983, citado por Morison, 2004).

Camada subcutânea

A camada subcutânea separa a derme das estruturas mais profundas da fáscia profunda, músculo e osso. Esta varia em espessura (dependendo da estrutura corporal, sexo e localização no corpo humano), devido à presença de um grande número de células adiposas, que promovem mobilidade à pele e “Almofadamento” para dissipar a pressão.

Fáscia profunda

A Fáscia profunda subjacente é uma membrana densa não elástica, essencialmente avascular, que cobre músculo e grupos de músculo, e sobre proeminências ósseas pode confundir-se com a camada externa do osso. É resistente à pressão e é a última linha de protecção do tecido muscular vulnerável.

Em termos de anatomia da pele, podemos concluir, que a pele é caracterizada por um conjunto de estruturas que conferem protecção contra a rotura mecânica. Os tecidos subjacentes, incluindo as camadas de tecido subcutâneo adiposo e fáscia profunda também contribuem para proteger as estruturas subjacentes à pele. No entanto, apesar destas características de protecção, as úlceras de pressão desenvolvem-se maioritariamente como resultado da rotura da rede vascular de artérias, arteríolas e capilares.

Não podemos esquecer que a pele das crianças é mais fina do que a dos adultos, e as células de todos os extractos encontram-se mais comprimidas. A pele das crianças é mais susceptível a infecções bacterianas.

7. INCIDÊNCIA DAS ÚLCERAS DE PRESSÃO EM CONTEXTO PEDIÁTRICO

Vários estudos realizados por diversos autores, entre os quais podemos considerar Waterlow (1997), Willock et al (2000) e Baldwin (2002), estimaram a prevalência de úlceras de pressão em crianças hospitalizadas entre 0,47% e 13,1%. Por outro lado Zollo et al (1996) e Curley et al (2000, 2003) referem que este valor pode alcançar os 27% nas crianças internadas em unidades de cuidados intensivos.

Ainda segundo a National Pressure Ulcer Advisory Panel (2005), a incidência de úlceras de pressão em crianças internadas em unidades de cuidados intensivos é de 27%. Ainda de salientar, que esta instituição refere que a maioria das úlceras ocorre no 2º dia de internamento. Mesmo em crianças internadas e consideradas não criticamente doentes, a taxa de incidência situa-se entre 0.47%-13%; no entanto são ainda referenciadas taxas de incidência de 0.29%-6%, em situações clínicas semelhantes.

8. REALIDADE DAS ÚLCERAS DE PRESSÃO EM CONTEXTO PEDIÁTRICO

A prevenção de úlceras de pressão é encarada por uma grande parte dos profissionais de saúde, como sendo uma responsabilidade maioritariamente de enfermagem, embora outros profissionais de saúde possam estar envolvidos nesta temática. Ainda de salientar no pensamento de Dealey (2001), que as evidências científicas têm demonstrado que as úlceras de pressão não são apenas da responsabilidade da classe de enfermagem, mas sim da responsabilidade de toda uma equipa de saúde.

Desde Florence Nightingale, que as úlceras de pressão têm sido vistas com uma conotação negativa, para os cuidados de enfermagem, sendo associadas a uma falha ou assistência inadequada no cuidar de enfermagem. Desta forma, é consensual que a existência de úlceras de pressão, é um problema de saúde pública.

De acordo com Noonan, Quigley e Curley (2011); actualmente, para os enfermeiros que cuidam de crianças e jovens a prevenção de úlceras de pressão é um importante fenómeno de preocupação. De facto, as úlceras de pressão podem acontecer em crianças hospitalizadas, e em particular em crianças gravemente doentes ou que apresentem um risco elevado devido a factores como a diminuição da mobilidade ou da sensibilidade (Samaniego, 2003; Zollo et al, 1996, citado por Cristina Miguéns e Pedro Ferreira, 2009).

No estudo efectuado por Cristina Minguéns e Pedro Ferreira (2009), referenciam Huffiness e Lodgson (1997); Neidig et al (1989) e Willock et al (2000), para referirem que são muitos os factores que podem levar ao aparecimento de úlceras de pressão na população pediátrica. Sendo que a localização mais frequente das úlceras de pressão é associada à área óssea de maior extensão. Deste modo, na população pediátrica, as úlceras de pressão têm a sua localização mais frequente na região occipital.

De facto, segundo a EPUAP (2005), existe uma recente e emergente consciência que crianças e recém-nascidos gravemente doentes estão em risco de desenvolver úlceras de pressão. No entanto, ainda se verifica alguma escassez de dados científicos que possam guiar a prática diária no cuidar a estas crianças. Alguns dos Protocolos de Prevenção e Tratamento são extrapolados a partir das orientações científicas e clínicas-*guidelines* referentes aos adultos. Dadas as diferenças anatómicas e fisiológicas entre adultos e crianças, sérias preocupações se levantam no sentido de salvaguardar a segurança e eficácia de empregar protocolos de adultos no cuidar de recém-nascidos e crianças. A evidência das práticas clínicas para a prevenção e tratamento tem de ir de encontro às específicas e reais necessidades desta população.

9. ESCALA DE BRADEN Q

A Escala de Braden Q, é uma escala de avaliação de risco para a população pediátrica. Quigley & Curley (1996), desenvolveram a Escala de Braden Q, com o objectivo de avaliar crianças/jovens em risco de desenvolver úlcera de pressão, podendo deste modo, através da avaliação do risco desenvolver medidas preventivas de actuação, para a população pediátrica de risco.

A Escala de Braden Q foi validada para a população pediátrica portuguesa, através de um estudo realizado em 2005, no Hospital Pediátrico de Coimbra. Este estudo incluiu uma amostra de 263 crianças, com uma permanência mínima de hospitalização de 24 horas; foram abrangidas crianças internadas nas Unidades de Cirurgia, Medicina, Ortopedia/Neurocirurgia e Unidade de Cuidados Intensivos.

A Escala de Braden Q, consiste em 7 sub-escalas: mobilidade, actividade, percepção sensorial, humidade, forças de fricção e deslizamento, nutrição e perfusão tecidual e oxigenação. O valor total da escala varia entre 7 e 28 (scores atribuídos). De referir que scores baixos indicam-nos alto risco de desenvolver úlcera de pressão e scores altos, baixo risco de desenvolver úlcera de pressão. As 7 sub-escalas variam entre 1 e 4, sendo o menor valor, o menos favorável, ou seja, o de maior risco. Deste modo, o valor total da pontuação, de todos os itens da escala, é categorizado em 2 níveis de risco: alto risco, score inferior a 22 (alto risco < 22) e baixo risco, score igual ou superior a 22 (baixo risco ≥ 22). Recomenda-se que cada uma das 7 sub-escalas, sejam analisadas individualmente, com o objectivo de implementar intervenções de prevenção para cada uma.

A aplicação da Escala de Braden Q, deve ser sempre combinada com uma avaliação da pele e da sua integridade. Esta escala está validada para a população pediátrica portuguesa. Está apta a ser utilizada em crianças a partir dos 21 dias de vida até aos 18 anos. A idade dos 21 dias de vida, tem somente a ver com a maturidade cutânea do recém-nascido.

Na utilização da Escala de Braden Q, está implícito os momentos de avaliação e consequente aplicação da escala. Deste modo, segundo a EPUAP (2009), preferencialmente o doente deve ser avaliado no momento da admissão ou nas primeiras 8 horas após a admissão na Unidade Hospitalar. Posteriormente com a frequência necessária à evolução do estado geral e clínico da criança/jovem; não podemos esquecer que as condições físicas e psicológicas do doente se podem alterar durante o internamento.

A Direcção Geral de Saúde preconiza através da sua circular 017/2011 que “deve proceder-se à avaliação de risco de desenvolvimento de úlcera de pressão nos doentes, em todos os contextos assistenciais, independentemente

do diagnóstico clínico e necessidades em cuidados de saúde, nas primeiras seis horas após a admissão do doente.”

Ainda, segundo as directrizes actuais da Direcção Geral de Saúde, existem períodos recomendados de avaliação e re-avaliação do risco de desenvolvimento de úlcera de pressão, através da utilização da escala de Braden Q. Para internamentos hospitalares, recomenda-se a avaliação de 48 em 48 horas; em serviços de urgência e unidades de cuidados intensivos de 24 em 24 horas; unidades de cuidados continuados e paliativos, de 48 em 48 horas; em cuidados domiciliários, semanalmente; em doentes que não permaneçam mais de 48 horas no serviço, apenas se existir alguma intercorrência.

10. FISIOPATOLOGIA DAS ÚLCERAS DE PRESSÃO

Existe consenso científico de que o excesso de pressão, é o factor determinante para o desenvolvimento de úlceras de pressão. Embora a etiologia das úlceras de pressão, ainda não esteja totalmente esclarecida, está comprovado que a pressão contínua sobre a pele leva ao desenvolvimento de fenómenos isquémicos associados à deficiência de nutrientes e consequentemente necrose tecidual.

Deste modo, quando cuidamos de uma criança/jovem, tendo por base os critérios científicos de prevenção de úlceras de pressão, devemos considerar que:

- existe aumento da pressão capilar, em resposta à carga externa;
- é o efeito da pressão local ou ponto de pressão que causa úlceras de pressão;
- não existe nenhuma pressão universal limiar acima da qual ocorre oclusão capilar;
- baixas pressões por longos períodos e altas pressões por curtos períodos, ambas causam úlceras de pressão.

A obstrução do fluxo sanguíneo, leva à isquémia tecidual. Se a pressão for retirada após um curto período de tempo, o fluxo sanguíneo é restaurado. O sinal observado é a hiperemia reactiva ou eritema que embranquece. Se existir persistência do sinal de alerta, deve-se suspeitar de dano mais profundo e o possível surgimento de uma úlcera de pressão.

11. FACTORES DE DESENVOLVIMENTO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

Factores externos

Pressão: Segundo Ferreira et al (2007), é o factor mais importante no desenvolvimento das úlceras de pressão, como já fundamentado anteriormente, muito especialmente, a pressão exercida sobre uma proeminência óssea, causando compressão e distorção dos tecidos.

Ainda segundo Ferreira et al (2007), a pressão exercida de forma contínua, por um determinado tempo, pode ser suficiente para desencadear um processo de isquémia, que impede o aporte de oxigénio e nutrientes aos tecidos, provocando alterações cutâneas, que poderão conduzir à necrose e morte tecidular.

Forças de deslizamento: as forças de deslizamento causam destruição dos pequenos vasos sanguíneos, com interrupção do aporte sanguíneo local, que poderá originar isquémia e morte celular. Exemplo: ocorre quando a criança/jovem escorrega ao longo do leito.

Fricção: segundo Bergstrom (1994), citado por Baranoski e Ayello (2010) a fricção é a “força mecânica exercida quando a pele é arrastada através de uma superfície vulgar, como um lençol...”. De uma forma simples, são duas superfícies a moverem-se uma contra a outra. A agressão da pele causada pela fricção assemelha-se a um desgaste ou laceração superficial. A causa mais comum é quando um doente é arrastado sobre a cama, ao invés de ser levantado (Dealey, 1996).

A fricção, no entanto, não é o factor principal para o desencadeamento das úlceras de pressão.

O deslizamento e a fricção são 2 fenómenos distintos, no entanto, contribuem em conjunto para criar a isquémia tecidular e o desenvolvimento de úlcera.

O deslizamento e a fricção ocorrem normalmente em conjunto, raramente ocorre um fenómeno sem o outro.

Humidade: na opinião de Ferreira et al (2007), a humidade ocupa um lugar de destaque como factor de risco de desenvolvimento de úlcera de pressão. Como fontes possíveis de humidade, podemos encontrar a urina, as fezes, sudorese acentuada ou ainda o exsudado de feridas. Estas possíveis causas podem macerar e alterar a capacidade de tolerância dos tecidos sujeitos a pressão, tornando-os deste modo, mais fragilizados.

No caso particular de crianças com cardiopatia congénita e/ou adquirida grave, a sudorese generalizada e intensa, é um factor que se verifica com bastante

frequência. Muitas vezes estas crianças encontram-se hemodinamicamente instáveis, em insuficiência cardíaca em que a sudorese cefálica e generalizada é um factor que está frequentemente presente, podendo assim condicionar o risco da criança/jovem desenvolver úlcera de pressão. É necessário muitas vezes, a mudança frequente da roupa da cama. Este item, referente à humidade encontra-se contemplado na escala de Braden Q, que permite avaliar o risco de uma criança/jovem desenvolver úlcera de pressão.

Medicação: a medicação como os glicocorticóides ou corticosteróides podem ter um impacto grave na cicatrização de feridas. Anstead (1998), citado por Dealey (2006), demonstra de forma elucidativa os efeitos dos glicocorticóides na cicatrização de feridas:

- a inflamação (1ª fase do processo de cicatrização de feridas) é suprimida por causa da redução do número de neutrófilos e de macrófagos, e da incapacidade de digerir o material fagocitado. A inflamação é uma resposta inflamatória, ou seja, uma reacção local inespecífica à lesão dos tecidos e/ou à invasão bacteriana. Constitui uma parte importante dos mecanismos de defesa do corpo e é uma fase essencial do processo de cicatrização. O 1º leucócito a chegar à ferida é o neutrófilo. Os neutrófilos chegam em grande quantidade, com a função de fagocitar as bactérias, envolvendo-as e destruindo-as. Os neutrófilos enfraquecem depois da fagocitose, pois são incapazes de regenerar as enzimas necessárias ao processo. À medida que diminui a quantidade de bactérias, o mesmo se passa com o número de neutrófilos;
- a contracção da ferida é má, em resultado da inibição da proliferação dos fibroblastos;
- reduzida resistência da ferida, uma vez que a estrutura e a ligação cruzada do colagénio são afectadas;
- a epitelização é atrasada e as células são finas, produzindo uma frágil cobertura da ferida.

Em contexto pediátrico, as crianças/jovens são muitas vezes submetidas a tratamento com glicocorticóides em várias situações clínicas.

Factores internos

Desnutrição/desidratação: as deficiências nutricionais podem ter um impacto significativo na cicatrização de feridas. O défice de vitamina C inibe a formação de fibras de colagénio e o desenvolvimento capilar. O défice de proteínas reduz o suprimento de aminoácidos para a reparação tecidual. O défice de zinco dificulta a epitelização (Dealey, 2006; Ferreira et al, 2007);

Hipotensão: os distúrbios da circulação reduzem o suprimento de nutrientes à área da ferida e inibem a resposta inflamatória e a remoção de restos celulares da área da ferida (Dealey, 2006);

Doenças: segundo Dealey (2006), citando King (2001), afirma que tanto a diabetes tipo I como a diabetes tipo II estão associadas à demora na cicatrização. A razão que é citada mais frequentemente para o atraso na cicatrização, prende-se com os altos níveis de glicose, que segundo este autor encorajam a proliferação bacteriana. De referir ainda, que na diabetes mellitus, é inibida a síntese de colagénio e também está dificultada a circulação e o crescimento capilar, isto porque, a hiperglicémia altera a fagocitose. Ainda segundo Dealey (2006), na anemia está reduzido o suprimento de oxigénio aos tecidos.

12. MEDIDAS DE PREVENÇÃO DE CRIANÇA/JOVEM DE RISCO

Na área da prevenção das úlceras de pressão, os enfermeiros encontram-se como intervenientes privilegiados, na medida em que têm competências para realizar intervenções autónomas, capazes de evitar o aparecimento e desenvolvimento das úlceras de pressão. Deste modo, é absolutamente necessário adequar medidas de prevenção actualizadas e fundamentadas cientificamente.

Assim, está comprovado e descrito na literatura que o alívio de pressão é a principal estratégia utilizada na prevenção da úlcera de pressão.

No entanto, serão descritas medidas preventivas que podem ser aplicadas para prevenir as úlceras de pressão:

- avaliação da criança/jovem em risco de desenvolver úlcera de pressão;
- mudar frequentemente de posição de 2 em 2 horas, se possível, devido à situação clínica da criança; isto porque, segundo a EPUAP (2009), a alternância de decúbitos tem que ser efectuada para reduzir a duração e magnitude da pressão exercida sobre áreas vulneráveis do corpo. Ainda segundo a EPUAP (2009), altas pressões, sobre proeminências ósseas, durante curtos períodos de tempo, e baixas pressões, sobre proeminências ósseas durante longos períodos de tempo, são igualmente causadoras de dano. Uma forma de diminuir o risco de desenvolvimento de úlcera de pressão na criança/jovem, é reduzir-se o tempo e a quantidade de pressão que as zonas de maior risco estão expostas;
- em relação a técnicas de posicionamento, deve evitar-se posturas que aumentem a pressão, tais como Fowler acima dos 30º ou a posição de decúbito lateral a 90º, ou a posição de semi-sentado;
- nos posicionamentos ter atenção, ao contacto directo da pele, com tubos, sistemas de soros e/ou sistemas de drenagem, etc;
- usar ajudas nos posicionamentos e/ou transferências para evitar a fricção e torção, ou seja, levantar e nunca “arrastar”;
- efectuar vigilância da integridade cutânea, no mínimo 1 vez por dia, durante a higiene;
- inspeccionar a pele a cada mudança de decúbito para identificar precocemente alguma possível área de eritema ou lesão inicial da pele, especialmente nas áreas de maior risco de desenvolvimento de úlcera de pressão;
- pedir a colaboração da criança/jovem de acordo com o seu estadio de desenvolvimento e/ou com condição clínica, na identificação de eventuais áreas de desconforto ou dor que possam ser atribuídas a danos causados por pressão;
- manter a superfície seca e lisa (ex. manter os lençóis bem esticados);
- hidratar a pele (pele seca, apresenta maior risco de surgir lesão), mas não deixar a pele com excesso de creme, isto porque, pode-se usar emolientes para hidratar a pele seca, a fim de reduzir o risco de dano da pele, visto que

segundo a EPUAP (2009), a pele seca parece ser um factor de risco importante e independente no desenvolvimento de úlceras de pressão;

- evitar exposição da pele à humidade, isto porque, é fundamental proteger a pele da exposição à humidade excessiva através do uso de produtos barreira de forma a reduzir o risco de lesão por pressão, Segundo a EPUAP (2009), as propriedades mecânicas do extracto córneo são alteradas pela presença de humidade, assim como a sua função de regulação da temperatura;
- evitar substâncias potencialmente irritantes para a pele;
- durante a higiene diária, utilizar sabão neutro, para a limpeza da pele, evitando força e fricção (higiene, sem “esfregar”);
- efectuar higiene em SOS;
- proteger lábios com hidratante;
- utilizar colchões de alívio de pressão, se possível;
- não massajar áreas hiperemiadas, isto porque, a massagem está contraindicada na presença de inflamação aguda e onde exista a possibilidade de haver vasos sanguíneos danificados ou pele frágil (EPUAP, 2009);
- sempre que possível não posicionar a criança/jovem numa superfície corporal que ainda se encontre ruborizada, devido a um episódio anterior de pressão no local;
- proteger regiões de maior incidência de úlceras de pressão;
- vigiar a pele quanto a possíveis danos, causados por pressão devido a dispositivos tais como: cateteres, tubos de oxigénio, sondas nasogástricas, etc;
- estimular ingestão hídrica, se possível, devido à situação clínica;
- avaliar e corrigir o estado nutricional da criança/jovem;
- avaliação dos resultados e manter sempre uma avaliação contínua da integridade cutânea;
- documentar todas as avaliações da pele, incluindo referência a possível dor relacionada com danos por pressão. Segundo a EPUAP (2009), uma documentação meticulosa é essencial para acompanhar a evolução do indivíduo, em contexto pediátrico, da criança/jovem, é ainda importante esta documentação para ajudar na comunicação entre profissionais de saúde.

Não é possível terminar este capítulo, sem referir que na área da prevenção, as superfícies de apoio e o material de alívio de pressão desempenham um papel extremamente importante.

Este tipo de material é fundamental para o alívio de pressão, no sentido de prevenir o aparecimento de úlceras de pressão em doentes considerados de risco, neste caso particular, nas crianças/jovens em risco de desenvolver úlcera de pressão. Além de que, em crianças/jovens com alguma úlcera de pressão já instalada, este material pode ser uma ajuda preciosa para prevenir o aparecimento de outras úlceras de pressão.

Deste modo, existe disponível no mercado vários materiais que podem ser utilizados, que vão do material mais simples, ao material mais sofisticado e tecnologicamente mais desenvolvido.

Assim, como alguns exemplos temos:

- almofadas de gel (de vários formatos e tamanhos);
- rolos de gel (de vários tamanhos);
- cunhas e pequenos “cones” de gel;
- colchões de gel;
- colchões de pressão alternada.

13. ASPECTO DA ÚLCERA DE PRESSÃO

A aparência da úlcera, dá-nos a indicação da fase de cicatrização em que se encontra, ou da presença de alguma complicação ou intercorrência.

Segundo Dealey (2006), quanto à caracterização das úlceras de pressão, estas podem ser classificadas como:

- úlcera necrosada;
- úlcera com presença de células mortas ou exsudado;
- úlcera em fase de granulação;
- úlcera em fase de epiteliação;
- úlcera infectada.

Exsudado: segundo Dealey (2006), a quantidade de exsudado varia ao longo do processo de cicatrização. Numa ferida que está a cicatrizar, geralmente existe bastante exsudado na fase inflamatória e muito pouco exsudado durante a epiteliação. O exsudado é a acumulação de fluidos na ferida. O fluido contém soro, detritos celulares, bactérias e leucócitos.

A avaliação do exsudado inclui a quantidade (escasso, moderado, abundante), cor e consistência.

O exsudado pode ser seroso (claro ou amarelo – pálido), sero-hemático (seroso com vestígios de sangue) ou hemático.

A consistência do exsudado é também fundamental (espesso, leitoso ou purulento).

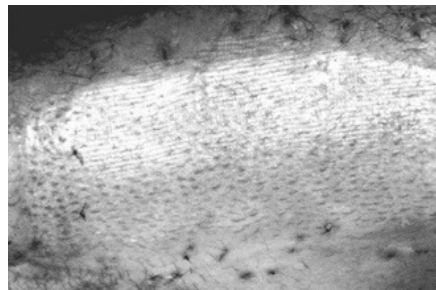
Deste modo, podemos concluir através da opinião de Dealey (2006), citando Keast et al (2004), que o exsudado pode ser medida em termos de quantidade, qualidade e odor.

Se os itens anteriores podem ser medidos de forma mais objectiva, o odor é muito difícil de medir de forma objectiva. Ainda segundo Dealey (2006), o odor das feridas pode ser indicativo de infecção, mas o odor das feridas também aumenta quando o tecido necrosado é desbridado por autólise. Simultaneamente, alguns pensos, como por exemplo, os pensos hidrocolóides podem produzir odor quando são removidos;

Tecido de granulação: segundo Dealey (2006), o tecido de granulação relaciona-se com a fase de reconstrução do processo de cicatrização. É a formação de tecido vascular novo e matriz de colagénico. Tecido cor de rosa ou vermelho-vivo com aspecto brilhante, húmido e granuloso.



Epitelização: segundo Duque et al (2009), a epitelização é a regeneração da epiderme à volta da superfície da ferida. É uma camada fina e frágil e assim facilmente lesável. Deste modo, é a formação e migração de células epiteliais sobre uma superfície durante o processo de cicatrização. Ferida completamente coberta de epitélio (pele nova).



Tecido necrótico: segundo Duque et al (2009), o tecido necrótico é um tecido morto, desvitalizado e avascular que fornece um meio ideal para a proliferação bacteriana e pode inibir o micro-ambiente para a cicatrização.

Uma teoria bem conhecida, como será referenciado adiante, é a de que a cicatrização de feridas é otimizada, quando é removido o tecido necrótico da ferida. O tecido necrótico pode apresentar-se de cor amarela, cinzenta, castanha ou negra. À medida que se torna seco, torna-se espesso, duro, de escara negra e dura. Ainda segundo Dealey (2006), ao efectuar-se a avaliação destas feridas, é importante reconhecer que elas podem ser maiores do que aparentam.



Elemento chave da infecção em feridas:

Segundo Dealey (2006), todas as feridas são colonizadas por bactérias. Ainda segundo este autor, em feridas infectadas, existe habitualmente exsudado abundante, pois o organismo humano lança mais neutrófilos e macrófagos para a área infectada, e simultaneamente tenta eliminar bactérias.

Segundo Duque et al (2009), existem elementos chave a considerar em feridas infectadas, tais como:

- a infecção em feridas ocorre no tecido da ferida, não na superfície do leito da ferida;
- a infecção em feridas ocorre em tecido viável da ferida, não é um fenómeno do tecido necrótico, escara ou outros detritos contidos no leito da ferida;
- a infecção em feridas é causada pela invasão e multiplicação de micróbios na ferida;
- a infecção em feridas é manifestada pela reacção do hospedeiro ou lesão tecidual.

Segundo Dealey (2006), algumas feridas podem enquadrar-se em mais do que uma categoria, e assim classificarem-se como “mistas”. Antes de avaliar uma ferida, o enfermeiro deve certificar-se de que o penso antigo foi removido. Muitos pensos na actualidade, formam um gel que pode dar impressão menos correcta da ferida, a menos que primeiro, esta seja limpa correctamente.

14. ACTUAÇÃO DE ENFERMAGEM NO TRATAMENTO DAS ÚLCERAS DE PRESSÃO

Sem dúvida, que a prevenção é uma área primordial de actuação do enfermeiro, e que deve ser sempre motivo de actuação por parte dos enfermeiros que cuidam de crianças/jovens e suas famílias.

No entanto, quando estamos perante a realidade de uma úlcera de pressão, os conhecimentos técnico científicos do enfermeiro e o desenvolvimento de competências técnicas e relacionais, são fundamentais para o sucesso do tratamento, perante uma situação que será sempre encarada com angústia e sofrimento por parte da criança/jovem e sua família.

Assim, existem critérios que devem ser seguidos, quando estamos perante uma úlcera de pressão, especialmente em contexto pediátrico.

Uma avaliação correcta do estadio de evolução da úlcera de pressão, pela equipa de enfermagem, é fundamental para a instituição do tratamento a efectuar às úlceras de pressão.

Segundo Duque et al (2009), a avaliação das úlceras de pressão tem como objectivos principais:

- fornecer informação pertinente e actualizada, sobre o estadio da úlcera de pressão, e o seu progresso positivo ou negativo;
- assegurar uma selecção adequada dos produtos e dos procedimentos a efectuar no tratamento da úlcera de pressão.

Segundo Duque et al (2009), os factores a considerar na avaliação da úlcera de pressão são:

- localização da úlcera de pressão;
- a forma e o tamanho da úlcera de pressão;
- a quantidade de exsudado presente;
- a profundidade da úlcera de pressão;
- o aspecto e/ou estadio de evolução da úlcera de pressão.

Não existe um penso ideal para todos os tipos de úlcera de pressão, deste modo, é fundamental que o enfermeiro esteja capacitado para reconhecer as diferentes fases ou estadios de evolução das úlceras de pressão, com o objectivo de ser capaz de seleccionar o material e o procedimento a adoptar para cada tipo de úlcera de pressão. Segundo Morison (2004), a escolha do penso a utilizar, não deve ser estática, mas deve evoluir à medida que a ferida cicatriza.

Ainda segundo Morison (2004), a selecção do penso vai variar consoante as características da ferida. As variáveis do tamanho, profundidade, localização corporal, viabilidade dos tecidos da ferida, quantidade de exsudado e situação da pele peri-lesional devem desempenhar um papel importante na selecção do penso a utilizar.

Dinis (2006) cita Turner (1982), para referir as principais características que um penso deve possuir:

1. Manter o ambiente húmido na interface ferida/penso;
2. Remover o excesso de exsudado e componentes tóxicos;
3. Permitir trocas gasosas;
4. Manter a temperatura a 37°C, permitindo a actividade dos macrófagos e a mitose durante a granulação e epitelização;
5. Ser impermeável às bactérias;
6. Permitir a remoção sem causar traumatismos;
7. Ser isento de partículas tóxicas.

Dinis (2006), salienta ainda que outros aspectos, devem influenciar a decisão na escolha do penso, tais como:

Esterilidade;
Conforto para o doente;
Capacidade de adesão à pele circundante;
Protecção contra o trauma;
Disponibilidade;
Variedade de tamanhos;
Resistência à manipulação e humidade;
Conformação e flexibilidade;
Facilidade de manuseio;
Custo-efectividade.

O registo fotográfico a cores, inicial e nas reavaliações, é especialmente útil na monitorização da resposta às medidas terapêuticas.

A avaliação e respectivo registo do estado das feridas e/ou úlcera de pressão é de extrema importância em todo o processo de tratamento destas lesões.

Existem instrumentos de avaliação e de registo, como sejam, instrumento de avaliação do estado da úlcera e/ou escala de cicatrização da úlcera de pressão ou escala de cicatrização de feridas (Push II-Pressure Ulcer Scale for Healing), que poderão ser usados na prática diária de cuidados à criança/jovem com úlcera de pressão. Estes instrumentos encontram-se disponíveis, por exemplo, no site do projecto de feridas. Estas ferramentas de trabalho, poderão ser usadas, tal como são disponibilizadas, ou então, adaptadas às necessidades dos serviços ou unidades de prestação de cuidados.

14.1. A dor na úlcera de pressão

A dor é considerada actualmente como o 5º sinal vital, e como área de preocupação fundamental para os enfermeiros.

No contexto das úlceras de pressão, é absolutamente necessário a avaliação e o controlo da dor, para deste modo, segundo Dealey (2006), se desenvolverem estratégias adequadas.

Segundo Dias e Cabete (2006), a redução da dor durante a realização e mudança do penso da úlcera de pressão, tem que ser assumida como uma prioridade de actuação, tanto mais que a qualidade de vida do doente é severamente afectada, além de que interfere na optimização no processo de cura e cicatrização.

Ainda segundo Dealey (2006), poder-se-á efectuar a administração de analgésicos, para a realização do penso da ferida. Nesta circunstância é essencial que o enfermeiro, dê o tempo necessário para que a analgesia produza efeito.

Na sequência da linha de pensamento de Dealey (2006), é importante seleccionar os pensos apropriados que mantenham o equilíbrio da humidade e minimizem a dor e o trauma ao serem retirados.

A Union of Wound Healing Societies (2004), citada por Dias e Cabete (2006), afirma que, a dor provocada pelos tratamentos realizados à ferida; com pensos, pode ser controlada através de uma avaliação rigorosa, da escolha do penso adequado, de um tratamento cuidadoso da ferida e uma dosagem de analgésicos personalizada.

Segundo Baranoski e Ayello (2010), existem intervenções, que podem minimizar a dor, no contexto das úlceras de pressão, além das referidas imediatamente atrás, tais como:

- avaliar a dor no doente durante e após a mudança do penso, em contexto pediátrico será obviamente a criança ou jovem;
- se o penso tiver aderido à ferida, deve-se humedecer cuidadosamente a ferida – especialmente a nível dos bordos;
- observar a ferida, para detectar sinais de infecção local;
- de forma suave, irrigar a ferida para remover os detritos e reduzir a carga microbiana, que poderá levar feridas contaminadas a tornarem-se infectadas. A infecção irá aumentar a inflamação e a dor no local da ferida;
- evitar secar o leito e os bordos da ferida;
- proteger a área perilesional, com por exemplo, pomadas ou barreiras à humidade;
- evitar usar adesivo em pele frágil;

Ainda segundo Dealey (2006), se um penso adere persistentemente à ferida, deve-se ponderar um penso alternativo.

14.2. Sinais de alerta de agravamento da úlcera de pressão

Segundo Duque et al (2009), existem sinais de alerta, de agravamento da úlcera de pressão, e que devem ser reconhecidos pelos enfermeiros, para mais rapidamente poderem actuar no seu tratamento e na prevenção de complicações das úlceras de pressão. Estes sinais são:

- aumento do exsudado ou edema;
- perda de granulação;
- surgimento de exsudado purulento;
- febre.

14.3. Limpeza da úlcera de pressão

Segundo Baranoski e Ayello (2010), a limpeza da úlcera de pressão é altamente recomendada, para remover tecido desvitalizado e diminuir a carga bacteriana. Ainda segundo estes autores, as úlceras de pressão, apresentam cicatrização reduzida na presença de níveis elevados de bactérias.

O soro fisiológico é o soluto de eleição para a limpeza das úlceras de pressão. O soro fisiológico ao ser utilizado para a limpeza da ferida, vai irrigar esta e permitir a remoção de “detritos” do leito da ferida.

Os agentes anti-sépticos não devem ser usados como agentes de limpeza para feridas. Poucos estudos verificaram que a limpeza de feridas infectadas com iodopovidona a 1%, tenha demonstrado reduzir a carga bacteriana e aumentar a cicatrização.

14.4. Desbridamento da úlcera de pressão

Segundo Dealey (2006), o desbridamento é a remoção do tecido desvitalizado/necrosado da ferida. Este procedimento baseia-se na necessidade de remover um meio favorável à infecção. Facilita a cicatrização e permite avaliar de forma mais viável a profundidade da ferida. É também considerado um meio de limpeza da úlcera de pressão. Segundo Baranoski e Ayello (2010), o desbridamento é um passo muito importante no tratamento de úlceras de pressão. Não existe um método de desbridamento óptimo. Deste modo, a selecção do método de desbridamento deve ser baseada nos objectivos estabelecidos para o tratamento do doente, ausência ou presença de infecção, quantidade de tecido necrótico presente e considerações económicas. Assim, existem vários tipos de desbridamento:

Desbridamento Autolítico: é o desbridamento realizado pelo organismo; é facilitado pelo meio húmido, onde ocorre a destruição de células mortas, pelas próprias enzimas presentes no leito da lesão.

Desbridamento Enzimático: aplicação tópica de enzimas proteolíticas directamente no tecido necrótico. Exemplos de enzimas: colagenase.

Desbridamento Cirúrgico: um desbridamento cortante/cirúrgico inclui o uso de bisturi ou laser para remover o tecido morto. Dado que o tecido viável pode também ser removido inadvertidamente com este método, tem que existir uma perícia para se realizar esta técnica. O desbridamento cirúrgico é usado para escaras aderentes ou tecidos desvitalizados.

15. PREPARAÇÃO DO LEITO DA FERIDA

A teoria da preparação do leito da ferida (WBP – Wound bed preparation) foi desenvolvida em parte, devido à crescente compreensão das diferenças entre o exsudado das feridas agudas e o exsudado das feridas crónicas, e dos constituintes potencialmente nocivos do fluido destas últimas.

Uma ferida deve ter, no mínimo, um leito bem vascularizado, a carga bacteriana a menor possível e pouco ou nenhum exsudado, antes de se poder conseguir um bom resultado.

Nesta linha de pensamento Schultz e Col (2003), citado por Dealey (2006: pág. 91) propôs a seguinte definição: “a preparação do leito da ferida é o tratamento para acelerar a cicatrização endógena ou promover a eficácia das outras medidas terapêuticas”.

A WBP (Wound bed preparation) assenta em 4 pilares fundamentais: desbridamento, tratamento do exsudado, resolução do desequilíbrio bacteriano e de locas sob o bordo da epiderme, (Schultz e Col, 2003), citado por Dealey (2006).

Tendo por base estes conceitos, Falanga (2004), citado por Dealey (2006), utilizou o trabalho de Schultz e colaboradores (2003), para desenvolver um esquema intitulado TIME para efectuar uma abordagem abrangente dos cuidados às feridas crónicas.

Os termos deste esquema foram modificados pela European Wound Management Association WBP Advisory Board para maximizar o seu uso em diferentes línguas. No sentido do contexto de cuidados prestados ao cliente (em pediatria criança/jovem e sua família), TIME reflecte-se da seguinte forma:

TIME

T – Tissue management = tratamento do tecido

I – Inflammation and infection control = controlo da inflamação e da infecção

M – Moisture balance = equilíbrio da humidade

E – Epithelial (edge) advancement = avanço epitelial (bordo)

Acrónimo TIME	Termos propostos pelo EWMA Adivory Panel
T – tecido não viável ou deficiente	Gestão do tecido não viável
I – infecção ou inflamação	Controlo da inflamação e infecção
M – exsudado em desequilíbrio	Controlo do exsudado
E – bordos da ferida, não avançam ou parados	Estimulação do epitélio (das margens)

Gestão do tecido não viável

Este aspecto do esquema TIME diz respeito à necessidade de desbridar o tecido necrosado e desvitalizado. A forma e os tipos de desbridamento foram abordados no item anterior. A remoção de tecido necrosado ou não viável, tem imensos efeitos benéficos na cicatrização de feridas. Este facto permite, eliminar o tecido não vascularizado, bactérias e células que impedem o processo de cicatrização.

Controlo da inflamação e infecção

Segundo GAIF (2009), as feridas crónicas estão frequentemente colonizadas com bactérias e fungos: Este facto acontece, porque estas feridas, se mantêm abertas por longos períodos de tempo. No entanto, também está relacionado com o défice de perfusão sanguínea, hipoxia e patologias subjacentes. Existe consenso científico que a infecção que resulta num atraso de cicatrização, deve ser tratada de forma agressiva e imediata.

Controlo do exsudado

A evidência dos estudos experimentais indicam-nos que manter as feridas húmidas acelera a re-epitelização. Este facto levou ao desenvolvimento de uma vasta gama de pensos absorventes de exsudado que promovem o “ambiente húmido da cicatrização”.

A maior parte da evidência científica da cicatrização em meio húmido foi desenvolvida, com experiências em feridas agudas, mas os seus resultados foram rapidamente extrapolados para as feridas crónicas.

Existem diversas formas de obter um equilíbrio da humidade na presença de grande exsudado. Apenas 2 exemplos:

- uso de pensos muito absorventes. Existem alguns pensos altamente absorventes e a sua selecção depende do tipo, posição e tamanho da ferida, e obviamente do estado do leito da ferida. Os pensos de Alginato, as espumas e os pensos de hidrofibra são muito utilizados. Os pensos capilares têm múltiplas camadas e conseguem afastar o exsudado da superfície da ferida;
- outro exemplo, que se pode verificar em feridas com características especiais, tais como feridas com intensa quantidade de exsudado, é a terapia tópica de pressão negativa (TNP – Topical negative pressure).

Seja qual for o método utilizado para equilibrar a humidade, é importante cuidar da pele que rodeia a ferida. A humidade excessiva pode causar maceração acentuada da pele ou dermatite irritativa (Cutting e White, 2002), citados por Dealey (2006).

Podem utilizar-se várias estratégias, consoante o método usado para tratar o exsudado. Os cremes que contêm zinco, proporcionam uma barreira eficaz e são usados com alguma frequência nos bordos de feridas e úlceras. São calmantes para a pele macerada, mas provavelmente não será o mais indicado quando o adesivo é usado perto do bordo da ferida (GAIF, 2009).

Outra estratégia, é usar um penso Hidrocolóide, efectuando primeiro um “buraco” com a forma da ferida e aplicando-o como uma moldura à volta dela.

Estimulação dos bordos epiteliais

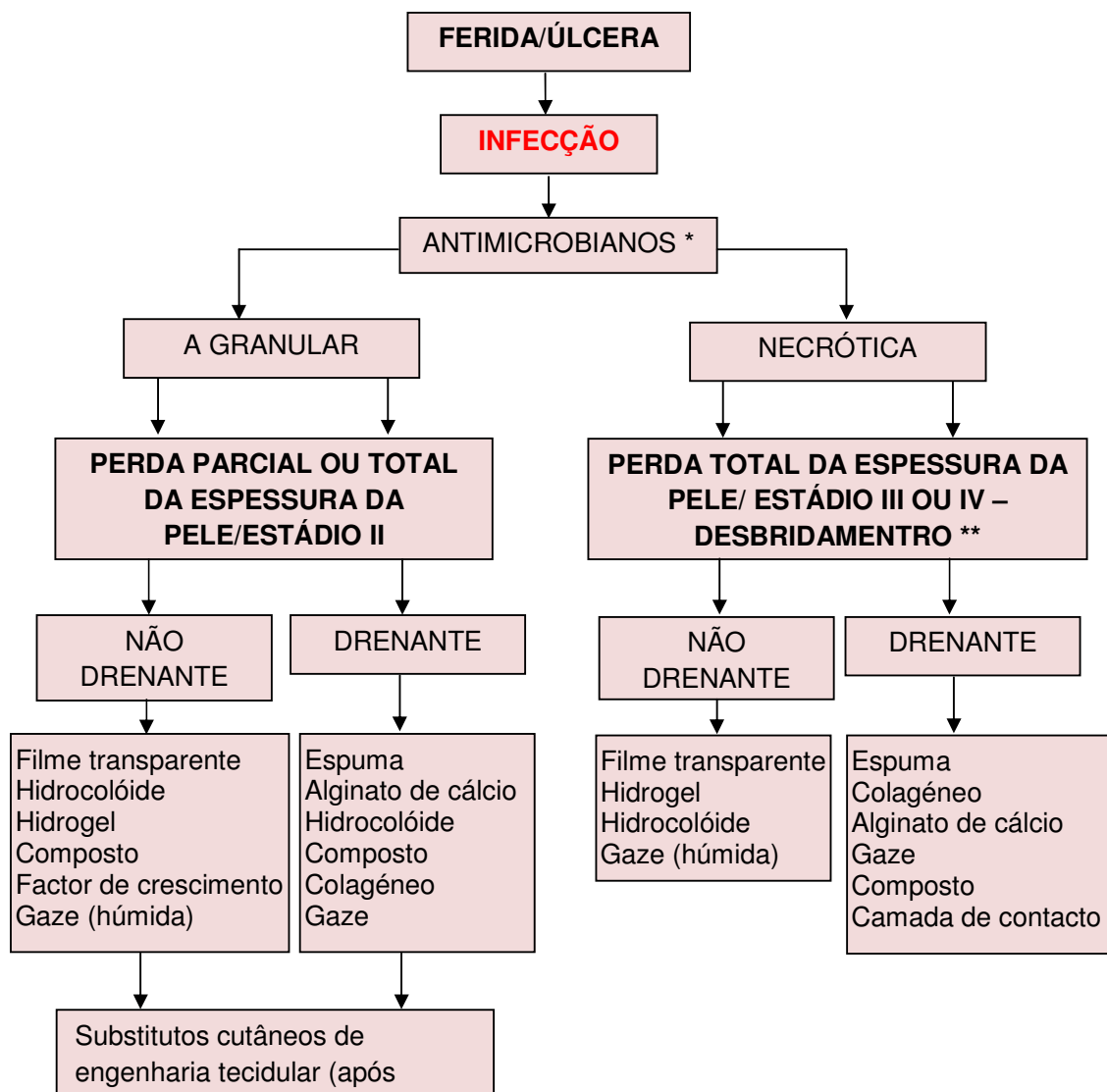
A cicatrização eficaz requer o restabelecimento de um epitélio intacto e das funções da pele. Uma ferida em cicatrização não tem apenas um leito preenchido com tecido granuloso saudável, mas também apresenta sinais de epitelização nos seus bordos. A realização do desbridamento da necrose e do tecido desvitalizado, bem como o equilíbrio das bactérias e da humidade, irão estimular muitas feridas a cicatrizar (GAIF, 2009).

No entanto, o processo de epitelização pode ser atrasado devido a:

- epitelização comprometida a nível celular, em que o conhecimento científico parece demonstrar que as feridas crónicas não têm espaços temporais definidos para cicatrizar e falham a progressão sequencial através das fases. Existe evidência crescente de que as células residentes das feridas crónicas sofreram alterações fenotípicas que diminuem a sua capacidade de proliferação e mobilidade.
- alteração do fluxo sanguíneo e hipoxia, em que existe um conjunto substancial de dados indicativos de que níveis baixos de saturação de O₂ estão relacionados com a incapacidade de cicatrizar.

Extrapolando para o contexto pediátrico, e para a escala de Braden Q, esta contempla como último item, a perfusão tecidular. Aliás a grande diferença entre a escala de Braden e a escala de Braden Q, é a existência deste item. Isto porque, a perfusão tecidular e a oxigenação são considerados factores de risco importantes, na opinião de Curley e Quigley (2003).

16. ALGORITMO DE DECISÃO DE TRATAMENTO DA FERIDA



O algoritmo não inclui todos os produtos disponíveis. Leia sempre a embalagem antes de usar; o uso do produto pode variar.

* os antimicrobianos podem ser tópicos ou como componente do penso.

** o desbridamento pode ser feito por método cirúrgico, mecânico, autolítico ou enzimático – os produtos variam.

Adaptado com autorização de Baranoski, S.; McIntosh, A.; Barkauskas, C.; e Galvan, L., Lecture, Symposium on Advances in Skin and Wound Care. Dallas, Tex., Setembro, 2001.

Fonte: BARANOSKI, Sharon; AYELLO, Elizabeth (2010) – **O essencial sobre o tratamento de feridas: princípios práticos**. Camarate: Lusodidacta, ISBN 978-972-8930-03-5.

Este esquema de decisão de tratamento de feridas pretende ser um auxiliar dos enfermeiros, na prática diária à criança/jovem com úlcera de pressão. No entanto, temos que ter atenção quais os materiais mais utilizados na prática diária, actualmente em Portugal. E mais especificamente, quais os produtos fornecidos ao hospital e/ou serviço onde os enfermeiros prestam cuidados.

17. PENSOS E MATERIAIS A UTILIZAR

Neste capítulo, serão referenciados alguns materiais utilizados no tratamento de feridas. A sua descrição pretende ser uma ajuda para os enfermeiros que cuidam de crianças e jovens com úlcera de pressão. Temos ainda que considerar que uma ferida pode assumir várias características, e várias zonas de evolução no processo de cicatrização.

De acordo com Dinis (2006), a actual existência de novos materiais de penso, torna necessária a sua sistematização de modo a facilitar a sua selecção, perante uma ferida. Deste modo, podemos classificar os produtos da seguinte forma:

- material absorvente;
- material desbridante;
- material impregnado;
- promotores da cicatrização;
- filmes.

Material absorvente

Dentro do material absorvente, e tal como o nome indica, estes produtos caracterizam-se pela sua capacidade de absorção e/ou gestão dos exsudados (DINIS, 2006). Dentro deste grupo, podemos incluir:

- alginatos;
- hidrofibras;
- hidrocolóides;
- espumas;
- carvão activado.

Material desbridante

Dentro do material desbridante, estes pensos caracterizam-se pela sua capacidade de promover o desbridamento de tecido necrótico (DINIS, 2006). Dentro deste grupo, podemos incluir:

- desbridantes autolíticos;
- desbridantes enzimáticos.

Material impregnado

Dentro do material impregnado, pode definir-se material impregnado como aquele que é composto por uma gaze impregnada por uma substância dotada ou não de efeito terapêutico.

Dentro do grupo do material impregnado com substância não terapêutica, temos as gazes gordas, que é uma gaze impregnada por uma substância gordurosa – vaselina, parafina ou lanolina, cujo efeito é proteger a aderência da compressa ao leito da ferida, evitando desse modo a destruição dos tecidos neoformados, aquando da mudança do penso. Estão por isso, indicadas em feridas em fase de granulação ou com baixa quantidade de exsudado (DINIS, 2006).

Dentro do material impregnado com substâncias terapêuticas temos:

→ material de penso impregnado com iodo;

Segundo Dinis (2006), o iodo quando livre e ionizado tem propriedades bactericidas por ligação irreversível às proteínas e oxidação do protoplasma bacteriano.

É activo contra bactérias, fungos, protozoários, vírus e alguns esporos e é mais activo em meio ácido. No entanto, o iodo tende a ser inactivado pela matéria orgânica presente no leito da ferida.

A compressa impregnada, na presença de exsudado, liberta a iodopovidona, que por sua vez liberta o iodo elementar que se ioniza. Este penso está indicado no tratamento de feridas infectadas.

A compressa impregnada é alaranjada, e a sua descoloração indica que a iodopovidona se libertou integralmente e que o penso deve ser mudado.

Os pensos de iodo precisam de 1 penso secundário (por exemplo, uma espuma) que não deixe resíduos no leito da ferida.

→ material de penso impregnado com Clorhexidina 0.5%;

Segundo Dinis (2006), a clorhexidina é um anti-séptico com espectro de acção inferior ao iodo, tendo apenas actividade sobre bactérias gram positivas e gram negativas.

O seu uso está portanto indicado na profilaxia e tratamento de feridas infectadas.

A gaze impregnada com clorhexidina deve ser aplicada directamente sobre a ferida previamente limpa requerendo um penso secundário que a fixe. A frequência de mudança está sempre dependente das características da ferida. No entanto se esta estiver infectada, deverá ser diária.

Na figura pode-se ver um exemplo deste tipo de compressa.



Aplicação de uma compressa de clorhexidina a 0,5%

→ material de penso impregnado com prata.

Segundo GAIF (2009), os pensos contendo prata, existentes no nosso mercado, são variados e caracterizam-se por serem não aderentes.

Existem no mercado várias apresentações que combinam diversos produtos com prata, como por exemplo: carvão activado, silicone, Carboximetilcelulose sódica, alginatos ou espumas.

A prata tem um largo espectro de acção, existindo estudos que a documentam activa contra *Staphylococcus aureus* incluindo o MRSA, *Pseudomonas aeruginosa*; *Streptococcus* Beta-hemolítico, *Proteus vulgaris*, *Escherichia coli*, *Proteus mirabilis*, *Bacteroides fragilis*, *Staphylococcus epidermidis*, *Bacterioides subtilis*, *Klebsiella pneumoniae*, *Cândida albicans*, *Escherichia coli*, entre outros.

Os pensos contendo prata podem libertá-la de forma constante ao longo do tempo, em doses eficazes e sem absorção sistémica da mesma ou podem mantê-la adsorvida no penso, mas activa.

Os pensos contendo prata e carvão activado combinam o poder adsorvente do carvão com o poder antimicrobiano da prata. Os de prata com silicone, carboximetilcelulose sódica, alginatos ou espumas associam a capacidade de absorção do exsudado à acção antimicrobiana.

Na sua grande maioria, a prata está disponível na forma iónica (a mais activa), sendo cedida de forma controlada para o leito da ferida, na maior parte das situações. O penso de carvão activado com prata, constitui uma excepção, uma vez que quando aplicado na ferida absorve toxinas, produtos de degradação da ferida, compostos voláteis e as bactérias são posteriormente inactivadas no próprio penso.

A prata utiliza-se na ferida infectada.

A utilização prolongada do penso com prata deve ser sempre avaliada. Se o número de iões prata for muito superior ao número de bactérias presentes no leito da ferida, a prata pode ter um efeito tóxico noutras células como fibroblastos e células epiteliais

Promotores da cicatrização

Dentro do material, considerado promotor da cicatrização, ou seja, produtos que devem apenas ser utilizados quando a ferida se encontra estagnada e sem evolução. Deste modo, temos o colagénio (DINIS, 2006).

Filmes

Dentro do material, considerado como filmes, temos as películas semi-permeáveis. São películas permeáveis ao vapor de água e aos gases, mas impermeáveis à água e aos microorganismos. Podem ser usados como pensos primários na fase final do processo de granulação e epitelização em feridas, com pouco ou mesmo nenhum exsudado, ou ainda para proteger a pele íntegra. Podem ainda ser usados como penso secundário na fixação de outro tipo de material (DINIS, 2006).

De seguida, será feita uma breve abordagem às características particulares de cada material, de modo a facilitar a selecção na sua utilização.

Alginate de Cálcio

Segundo Dinis (2006) e GAIF (2009), o Alginato de cálcio é insolúvel, em forma de fibras que adquire um aspecto gelificado, devido a um processo físico de troca de iões cálcio presentes no penso e iões sódio presentes no exsudado da ferida. Deste modo, estes pensos são interactivos pois a sua estrutura altera-se à medida que interagem com a ferida. Durante este intercâmbio o alginato fornece cálcio ao leito da ferida dando em troca sódio ao penso. Assim, este penso cria um ambiente húmido na superfície da ferida, o qual favorece a cicatrização. Deste mecanismo resulta ainda as suas propriedades hemostáticas, uma vez que a cascata da coagulação depende da presença de cálcio, que é fornecido pelo alginato. Proporciona um alívio da dor, pois promove um humedecimento das terminações nervosas, evitando deste modo uma propagação de estímulos de grande intensidade, facilita o desbridamento autolítico do tecido necrosado e permite ainda as trocas gasosas.

São altamente absorventes, podendo absorver até 20 vezes o seu peso em exsudado, diminuindo a necessidade de troca de penso.

O seu uso deve ser considerado em úlceras de pressão infectadas, em combinação com agentes bactericidas.

Como questões práticas na utilização dos pensos de alginato de cálcio, podemos considerar:

- os alginatos devem ser aplicados secos no leito da ferida exsudativa, porque a sua função principal é absorver exsudado;
- as diferentes apresentações deste material, que se podem encontrar, permitem ao enfermeiro optar pela versão plana para feridas superficiais e a versão em tiras para as cavidades. Na aplicação em feridas planas, deve existir o cuidado de não colocar o alginato para além das margens da ferida, para evitar que a formação do gel venha a macerar a pele circundante. Em feridas cavitárias a aplicação deve ser feita de forma a preencher toda a cavidade, sem alcançar a margem da ferida;
- os alginatos necessitam de um penso secundário a fixá-los e a opção deste penso, varia de acordo com as características da ferida: por exemplo, numa ferida plana, a opção será no sentido de manter o equilíbrio da humidade, evitando o deslizamento do penso. É possível optar por uma espuma ou por uma película transparente. Se estivermos perante uma ferida cavitária, a opção poderá ser um filme transparente, um hidrocolóide ou até mesmo uma espuma;
- para a remoção dos pensos de alginato de cálcio, do leito da ferida, existe a necessidade de uma irrigação abundante da mesma, com soro fisiológico, uma vez que o sódio leva à transformação dos resíduos do alginato em gel, permitindo assim uma remoção mais fácil.

Camada de contacto

Segundo Baranoski e Ayello (2010), a camada única de rede não composta (poliamida). Este tipo de penso actua como um material de baixa aderência quando aplicado na superfície da ferida (a drenagem da ferida é absorvida pelo penso secundário), ou seja, permite a passagem do exsudado para um penso absorvente exterior. A estrutura deste tipo de penso não deixa o penso exterior colar à ferida e assegura mudança de pensos menos traumáticas.

Carboximetilcelulose sódica

Segundo Dinis (2006) e GAIF (2009), é um penso constituído por Carboximetilcelulose sódica.

Adere menos do que um penso de alginato. É adaptável aos contornos da lesão e tem uma elevada capacidade de absorção de exsudado. A absorção do exsudado ocorre verticalmente e sem expansão lateral prevenindo a maceração dos tecidos adjacentes. A sua capacidade de absorção de

exsudado pode ir até o máximo de 30 vezes o seu peso. O exsudado fica aprisionado no interior das fibras, não extravasando para o exterior, evitando a maceração na pele circundante à lesão. Permite a troca de gases e mantém um ambiente húmido. Pelo mesmo mecanismo do alginato, também propicia alívio da dor.

Este penso promove a angiogénese e o desbridamento autolítico da ferida, pois acontece de uma forma natural no organismo, sendo referido como autolítico por absorção de exsudado. A absorção vertical do exsudado reduz a maceração na pele circundante.

Como questões práticas na utilização deste penso temos:

- sendo a absorção do exsudado, feita de forma vertical e não migrando o exsudado dentro do penso, quando é aplicado para além da margem da ferida, não existe risco de maceração;
- normalmente, é um penso mais fácil de remover na totalidade e de forma íntegra;
- este penso não tem rebordo adesivo, por isso é necessário a utilização de um penso secundário. Este deve manter o ambiente húmido ideal para a cicatrização, pelo que o uso de compressas está desaconselhado;
- a opção do penso secundário a utilizar, varia de acordo com as características da ferida. Deste modo, em feridas planas, a opção pode ser um penso que mantenha o equilíbrio da humidade, evitando o deslizar do penso, por exemplo, uma espuma. Em feridas cavitárias, a opção pode ser a utilização de uma película de filme transparente, um hidrocolóide ou até mesmo uma espuma;
- apesar de não ser visível a olho nu, a Carboximetilcelulose deixa resíduos no leito da ferida. Estes devem ser removidos, pela irrigação de uma solução de limpeza, nomeadamente soro fisiológico.

Se à Carboximetilcelulose sódica, juntarmos prata iónica (Carboximetilcelulose sódica com prata iónica), este penso assume uma actividade antimicrobiana.

Assim, os pensos que têm prata, libertam-na progressivamente para o leito da ferida, de acordo com a velocidade de absorção do exsudado. Deste modo, a Carboximetilcelulose com prata, está indicada em feridas infectadas, com muito exsudado.

Carvão activado

Segundo Dinis (2006) e GAIF (2009), este penso tem a capacidade de absorver exsudado, proporcionando um ambiente húmido, favorável à cicatrização das úlceras de pressão.

O carvão activado absorve os microrganismos e “imobiliza-os” no penso. Este penso caracteriza-se por apresentar uma elevada capacidade de eliminar odores desagradáveis, uma vez que absorve à sua superfície as moléculas responsáveis pelo mau cheiro. Para além dessas moléculas, absorve água, bactérias e outros componentes presentes no exsudado.

Os pensos de carvão activado, quando colocados sobre uma ferida com odor intenso, têm a capacidade de absorverem ácidos gordos voláteis e aminas que se libertam do metabolismo de bactérias anaeróbias.

Os pensos que têm carvão activado na sua constituição, são usados em feridas com odor intenso, podendo este facto estar relacionado com um aumento da actividade microbiana. Por este motivo, é necessário excluir a hipótese de existir um processo infeccioso. O penso com carvão activado simples, apenas absorve as moléculas que estão na origem do mau odor e não combate o processo infeccioso.

Para que o carvão permaneça activo durante mais tempo, alguns pensos associam ao carvão activado, alginatos e Carboximetilcelulose para absorção de exsudados. Outros pensos associam ao carvão activado, a prata, a qual tem propriedades bactericidas.

Estes pensos de carvão activado não podem ser cortados, devido ao risco de dispersarem partículas de carvão na ferida, constituindo assim corpos estranhos.

Requerem a utilização de um penso secundário.

Quando utilizamos o penso de carvão activado, devemos ter o cuidado de perceber, se existe referência a dor local. Esta, muitas vezes, está relacionada com a adesão do penso ao leito da ferida. Para que este facto seja evitado, recomenda-se a utilização de compressas não aderentes, como penso primário, como sejam as compressas à base de silicone, entre outras.

No início do tratamento, o penso deve ser mudado cada 3 a 4 dias, dependendo da quantidade de exsudado. Às vezes pode mesmo ser necessário, a mudança diária do penso. À medida que a cicatrização se desenvolve, os intervalos de mudança de penso, podem ser semanais. A frequência de mudança varia, se este penso for utilizado em associação com outros pensos ou produtos.

Carvão activado com prata

Segundo Dinis (2006) e GAIF (2009), é um penso estéril, composto por tecido de carvão activado impregnado com prata. Possui um sistema de poros no tecido capaz de reter bactérias, que são inactivadas pela acção da prata, diminuindo a proliferação bacteriana e, consequentemente odores intensos da ferida.

É uma cobertura primária e requer cobertura secundária.

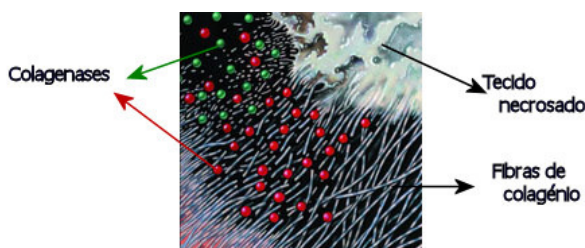
É indicado para úlceras de pressão com odor intenso, úlceras de pressão infectadas e úlceras de pressão com exsudado entre moderado a elevado.

É contra indicado em feridas cobertas por escaras. Em lesões com pouco exsudado, o carvão activado pode aderir e causar traumatismo durante a sua remoção, principalmente nas áreas com tecido de granulação. Não deve ser cortado, pois existe risco de dispersão de partículas de carbono no leito da ferida que actuarão como corpos estranhos.

Colagenase

Segundo Dinis (2006) e GAIF (2009), é uma preparação enzimática obtida do *Clostridium histolyticum*, que contém como componente principal a colagenase clostridiopeptidase A e como enzimas acompanhantes outras peptidases formadas durante o processo de preparação.

Promove o desbridamento enzimático e acelera o processo de cicatrização. Esta enzima quebra as pontes de colagénio permitindo assim a separação selectiva entre o tecido necrótico e o tecido são.



Quebra das fibras de colagénio pelas enzimas (representadas a vermelho e verde) que prendem o tecido necrótico à ferida.

A colagenase é a única enzima comercializada em Portugal e está disponível sobre a forma de pomada, sendo que 1 gr da mesma contém 0.6 unidades de colagenase clostridiopeptidase A e outras, e como excipientes parafina líquida e vaselina branca.

Como mecanismo de acção maioritário, podemos considerar que a colagenase é um agente desbridante enzimático que se liga a um tipo de proteína, o

colagénio. Na sua activação é essencial a humidade, preferencialmente o exsudado da própria ferida.

A collagenase, quando aplicada numa ferida, é absorvida pelo leito da ferida, até ao ponto de iniciar a quebra das fibras de colagénio, que prendem o tecido necrótico à ferida. Assim, esta enzima, funciona do “fundo para o topo”, isto é, precisa de chegar ao tecido viável no fundo do leito da ferida, onde vai desbridar o colagénio, que liga o tecido necrótico ao leito da ferida.

Deste modo, a collagenase está indicada para o desbridamento de tecidos mortos ricos em fibrina.

Como efeitos secundários, há que salientar que no início do tratamento pode surgir dor e ardor local resultante da activação da fase inflamatória. Tal facto, raramente é motivo para se suspender o tratamento. Em casos isolados, é possível existir irritações locais.

Como questões práticas na utilização da collagenase, podemos considerar:

- por vezes pode ser necessário efectuar alguns cortes, com bisturi, em linhas cruzadas na placa de necrose. Este procedimento vai facilitar a mais rápida infiltração da pomada nos tecidos necrosados;
- deve ser usado em combinação com Hidrogel ou com penso que mantenha o meio ambiente húmido, com por exemplo, um hidrocolóide ou uma película transparente. Este ambiente húmido vai potenciar a actividade da enzima collagenase;
- a pele circundante deve ser cuidadosamente vigiada, e se necessário utilizar-se um produto barreira, porque a collagenase potencia a resposta inflamatória, o que leva a um aumento da produção de exsudado;
- previamente à aplicação da enzima (pomada), a ferida deve ser cuidadosamente limpa, tendo o cuidado de não utilizar soluções que contenham metais pesados (ex: iodo, prata, zinco), uma vez que podem destruir a enzima.

Colagénio

Segundo Dinis (2006) e GAIF (2009), pode-se considerar a principal proteína do corpo, deste modo este produto estimula a migração celular e contribui para o desenvolvimento de novo tecido e desbridamento da ferida. Pode-se usar em feridas com perda parcial a total da espessura da pele. Tem como vantagens ser absorvente e não aderente à ferida. Deve ser mudado de 1 a 7 dias; deve ser mudado diariamente se ferida infectada. A sua remoção dever ser realizada com soro fisiológico.

Os pensos de colagénio na presença de exsudado, transformam-se num gel macio e adaptável. A prata presente em alguns pensos tem acção antimicrobiana e a celulose oxidada tem acção anti-hemorrágica.

Este tipo de material de penso tem sido utilizado com sucesso no tratamento de feridas crónicas, em que já foram experimentados vários tratamentos sem sucesso, e em que é possível observar uma fase inflamatória muito prolongada no tempo.

Compostos

Segundo Baranoski e Ayello (2010), é a combinação de 2 ou mais produtos fisicamente distintos, fabricados num único penso que fornece múltiplas funções, (as características podem incluir uma barreira bacteriana, camada absorvente, espuma, hidrocolóide ou hidrogel).

Emulsão lipídica enriquecida com vitaminas (ex: Biafine)

Segundo Duque et al (2009), como mecanismo de acção, esta emulsão tem um efeito oclusivo que proporciona condições óptimas para a cicatrização, inibindo a perda de água e protegendo contra a contaminação bacteriana.

Promove o aumento do número e percentagem de macrófagos encontrados no local da ferida, removendo deste modo bactérias.

Como contra indicação apresenta: feridas com hemorragia, dermatites de origem medicamentosa ou alimentar e excertos cutâneos anteriores.

Se a pele não apresentar ferida, pode-se fazer uma simples massagem com a emulsão.

A sua indicação preferencial é para feridas em epitelização ou como protecção de pele saudável sujeita a radioterapia.

Espumas

Segundo Dinis (2006) e GAIF (2009), na sua generalidade e de forma geral, as espumas são constituídas por 3 camadas: 1 camada externa, hidrofóbica, de poliuretano ou poliéster; 1 camada interna de poliuretano, poliéster, viscosa, celulose, rayon ou poliacrilato e por fim 1 camada interna que entra em contacto com o leito da ferida, hidrofílica, com silicone, Carboximetilcelulose, poliuretano, pectina, gelatina ou prolipileno.

Alguns autores dividem as espumas em hidrocelulares e hidropoliméricas.

Como mecanismo de acção das espumas, podemos considerar que a camada externa de poliuretano confere ao penso a capacidade de efectuar trocas gasosas, nomeadamente de vapor de água e oxigénio, mas não permite a passagem de fluidos e bactérias, quer do leito da ferida para o exterior; quer do exterior para o leito da ferida.

A camada intermédia de espuma tem como principal função absorver o exsudado da ferida por capilaridade, que se espalhe nesta camada, mas não deverá entrar em contacto com o leito da ferida.

A película que entra em contacto com o leito da ferida, tem como função adaptar-se aos seus contornos de forma a absorver melhor o excesso de exsudado.

Os constituintes das espumas foram pensados de forma a não provocar traumatismo na remoção do penso e a não deixar repassar para o leito da ferida o exsudado que foi absorvido.

Estes pensos têm uma capacidade de absorção de exsudado, considerada entre moderada a elevada, estando dependente da constituição da camada intermédia da espuma.

As espumas têm vantagens bastante importantes para o tratamento de feridas – são consideradas altamente absorventes, protegem e almofadam, isolam e adaptam-se bem à superfície corporal.

Um das vantagens da espuma é a sua capacidade de conter o exsudado e não deixar resíduos no leito da ferida. Este facto é de extrema importância, particularmente, numa ferida com tecido de granulação/em fase proliferativa do processo de cicatrização. É uma vantagem importante, comparativamente com os pensos hidrocolóides.

As espumas têm ainda como vantagens, apresentarem menos fugas e mais capacidade de absorção.

É referido na literatura, a recomendação das espumas para feridas em granulação.

Como questões práticas na utilização de espumas para o tratamento de feridas, podemos considerar:

- as espumas podem ser utilizadas como penso primário, directamente em contacto com o leito da ferida, ou como penso secundário;
- algumas espumas permitem o corte, enquanto que outras espumas, o facto de as cortarmos altera o seu mecanismo de acção;

- é reconhecido que o penso de espuma, tem de ser mudado, quando é visível uma auréola na película exterior, impermeável.

Factor de crescimento

Segundo Baranoski e Ayello (2010), é uma fórmula de cicatrização de feridas derivadas de plaquetas criadas a partir das plaquetas do próprio paciente. Actualmente ainda se encontra investigação em curso. É considerado um produto de tratamento de feridas avançado.

Hidrocelular

Segundo Dinis (2006) e GAIF (2009), apresenta uma película superficial de poliuretano, que é permeável ao vapor de água, permitindo trocas gasosas e promovendo um ambiente húmido, funciona como barreira bacteriana impermeável à água.

O centro absorvente, absorve e retém o exsudado, células mortas e bactérias. Fornece alívio de pressão.

Apresentam como desvantagem o poder macerar a pele pericircundante, se não forem trocados quando saturados pelo exsudado.

Hidrocolóide

Segundo Dinis (2006) e GAIF (2009), é constituído por uma matriz hidrocolóide à base de pectina, gelatina e carboximetilcelulose, revestido por uma lâmina de poliuretano que lhe confere propriedades oclusivas para bactérias e líquidos.

Alguns hidrocolóides, possuem na sua constituição, uma elevada concentração de alginato. Deste modo, os hidrocolóides com um elevado teor de alginato têm maior capacidade de retenção de exsudado.

A camada externa de poliuretano confere a este tipo de penso a capacidade de efectuar trocas gasosas com o exterior, nomeadamente de vapor de água e oxigénio, mas não permite a passagem de fluidos e bactérias, quer do leito da ferida para o exterior, quer no sentido inverso.

Deve ser utilizado nas úlceras de pressão com tecido de granulação/epitelização, ou com moderado a pouco exsudado.

Não se recomenda a utilização deste penso em feridas muito exsudativas e em feridas infectadas, em particular por bactérias anaeróbias.

A sua remoção pode causar traumatismo na pele circundante friável e a sua mudança frequente pode levar a irritação da pele. Assim, não está recomendada a sua utilização em quebras cutâneas, isto porque podem causar lesão na pele ao serem removidos.

A frequência da mudança do penso deve variar entre os 6 e 9 dias, dependendo da quantidade de exsudado, ou sempre que o gel atinja os bordos do penso ou quando existam fugas de exsudado.

Algumas questões práticas a ter em conta na aplicação e remoção de um penso hidrocolóide:

- aquecer o hidrocolóide entre as mãos 3-5 minutos de forma a tornar o penso maleável e mais facilmente adaptável;
- após aplicar o penso no local, utilizar o calor das mãos para o selar no local;
- o penso deve ser aplicado de modo a ficar para lá da margem da ferida a uma distância de 2-3 cm, de forma a evitar a fuga de gel recém-formado localmente;
- na remoção de um hidrocolóide (mais expesso), a sua remoção deve ser feita por enrolamento sobre si mesmo;
- em contacto com a humidade, as pontas do penso têm tendência a enrolar sobre si mesmo, sendo então útil a utilização de um adesivo em moldura (apenas nas pontas do penso) de forma a evitar este facto;
- os pensos hidrocolóides, durante a absorção do exsudado formam um gel, com uma coloração amarelada e um cheiro desagradável característico, que não deve ser confundido com infecção.

Hidrocolóide fino

Segundo Dinis (2006) e GAIF (2009), com a mesma composição do penso hidrocolóide acima referido, mantém um microclima húmido ao nível da úlcera de pressão de uma forma constante, favorecendo a cicatrização e impedindo a formação de crosta.

Está indicado na prevenção de úlceras de pressão, eritema/flictena.

É usado em muitas unidades hospitalares infantis como prevenção da integridade cutânea; zonas de risco de pressão contínua em crianças, por exemplo, com tracções cutâneas devido à imobilização por fracturas; também em unidades de neonatologia, na face em crianças sujeitas a entubação nasogástrica de longa duração.

São critérios para a mudança do penso, o facto de estar enrugado ou descolado, ou terem passado mais de 7 dias.

Na aplicação de um penso hidrocolóide fino, deve-se aplicar sobre a lesão, se esta existir, e comprimir ligeiramente até ficar bem aderente.

Na remoção de um penso hidrocolóide fino, este solta-se da pele por estiramento, deve exercer-se força puxando os pontos do penso do centro para fora, o que o vai obrigar a enrugar.

Hidrogel

Segundo Dinis (2006) e GAIF (2009), é um gel transparente, estéril e hidratado, pode ter também a apresentação de penso. Os pensos de hidrogel são eficazes na remoção de tecido necrosado.

São compostos essencialmente à base de água (cerca de 80%), existindo algumas variações em que a água é substituída por cloreto de sódio isotónico ou hipertónico (20%) ou por glicerina.

O hidrogel hidrata os tecidos necrosados por cedência de água/cloreto de sódio, cuja libertação é regulada pelos restantes constituintes do gel.

O elevado teor de água/cloreto de sódio no leito da ferida estimula a migração e produção de enzimas próteolíticas, que ajudam o processo de desbridamento autolítico.

O ambiente húmido também estimula a angiogénese e a granulação dos tecidos, para além de diminuir a sensação de inflamação e de dor local, por diminuição da temperatura superficial do leito da ferida e por humedecimento das terminações nervosas.

Este ambiente hidrata tecidos desvitalizados, facilitando a sua remoção, proporcionando assim, a reparação tecidual.

Deste modo, estão indicados como primeira linha em feridas secas, com ou sem necrose, ou pouco exsudativas.

Assim, devido à sua reduzida capacidade de absorção, é contra indicado em feridas exsudativas.

Em relação à apresentação sob a forma de penso, estes podem ter rebordo adesivo ou não. Sendo que nesta última situação, requerem a utilização de um penso secundário. Ambos podem permanecer na ferida, até um máximo de 3 dias, dependendo das suas características (presença de exsudado, infecção, etc).

No caso de se utilizar hidrogel em bisnaga, este gel deve ser aplicado sobre a ferida, com um mínimo de 5 mm de espessura e posteriormente coberto com penso secundário, como por exemplo, gaze, película semi-permeável ou poliuretano (se existir algum exsudado); os pensos hidrocolóides estão também indicados como cobertura secundária.

Por vezes, pode existir a necessidade de se efectuar alguns cortes com o bisturi, em linhas cruzadas na placa de necrose. Esta intervenção vai permitir que mais rapidamente, o produto se infiltre nos tecidos, promovendo assim a sua hidratação.

Hidropolímero

Segundo Dinis (2006) e GAIF (2009), os pensos Hidropolímeros são considerados uma espuma modificada.

A zona central do penso aumenta ligeiramente devido à absorção do exsudado da ferida, proporcionando um ambiente húmido no interface ferida/penso, promovendo deste modo a sua cicatrização. Este penso permite as trocas gasosas, sendo porém impermeável às bactérias e à água.

Estes pensos estão indicados para feridas não infectadas e com exsudado no nível entre pouco e moderado.

Pensos com mel

Segundo Dinis (2006) e GAIF (2009), o tratamento de feridas tem vindo a assistir, actualmente a uma velocidade crescente, no surgimento de novas terapêuticas e abordagens à temática das úlceras de pressão.

No entanto, existem evidências científicas que nos permitem acreditar, que produtos anteriormente utilizados com resultados positivos, mas sem validação científica, possam agora ser utilizados de forma efectiva. O mel encontra-se entre estes produtos.

O mel é uma substância usada desde há séculos no tratamento de feridas, contando actualmente com várias evidências que o indicam como eficaz no tratamento de uma vasta gama de feridas.

A ênfase principal na utilização do mel no tratamento de feridas, reside nas suas propriedades antimicrobianas, sendo cada vez mais o número de artigos que comprovam a sua eficácia.

As propriedades específicas do mel, contribuem para inibir o crescimento bacteriano e promover a cicatrização de feridas. Tais propriedades são:

- elevada viscosidade;
- Ph ácido;
- elevada osmoralidade;
- conteúdo nutritivo.

O mel, derivado da planta Manuka na Nova Zelândia, tem uma acção osmótica que activamente extrai líquido da ferida, ajudando o organismo a dissolver e remover o tecido morto, ao mesmo tempo que reduz o odor da ferida.

Segundo estudos recentes, consegue ainda tratar de modo eficaz, feridas cronicamente infectadas.

Deste modo, o mel de Manuka tem as seguintes propriedades:

- * Antibacteriano de largo espectro;
- * Elevada pressão osmótica em feridas desbridadas ou com fibrina;
- * Combate efectivamente o mau odor das feridas;
- * Mantém o ambiente húmido necessário à cicatrização das feridas;
- * Promove a cicatrização das feridas;
- * Acção anti-inflamatória.

Material adequado ao tratamento das úlceras de pressão				
Tipo de penso	Descrição	Indicações	Aplicação	Mudança de penso
Alginato de cálcio	. Elevada capacidade de absorção de exsudado . Constituído por fibras de Alginato de cálcio (extração de algas marinhas) . Existe em penso e tiras	. Feridas muito exsudativas . Feridas infectadas . Ligeiro efeito hemostático	. Aplicar directamente sobre a ferida . Adequar penso secundário	. Pode permanecer até 3 dias
Penso de Carboximetilcelulose sódica (ex: Aquacel)	. Não aderente . Elevada capacidade de absorção de exsudado . Mantém ambiente húmido (hidrófilo) . Alívio da dor . Se, com prata iónica associada, efeito antimicrobiano	. Feridas exsudativas (de moderado a muito exsudado) . Carboximetilcelulose sódica com prata iónica-feridas infectadas e exsudativas (de moderado a muito exsudado)	. Aplicar e assegurar que se sobreponha 3 cm de perímetro da pele íntegra . Numa úlcera cavitária, introduzir a tira suavemente, preenchendo apenas metade	. Diariamente em feridas infectadas . 1 a 4 dias, dependendo da quantidade de exsudado, podendo permanecer até 7 dias
Penso de carvão activado – com/sem prata	. O carvão activado permite absorver os microorganismos e imobilizá-los no penso . Elimina odores desagradáveis . A prata tem uma acção bactericida	. Feridas com odor intenso . Feridas com exsudado de moderado a elevado . Feridas infectadas	. O penso não pode ser cortado . Pode-se utilizar vários pensos para aumentar a sua actividade . Pode-se utilizar em associação com outros pensos	. Diariamente em feridas infectadas. . No início do tratamento deve ser mudado cada 3 a 4 dias . Depois os intervalos podem ser semanais
Colagenase	. Preparação enzimática, que contém como componente principal a colagenase clostridiopeptidase A . Promove o desbridamento enzimático e acelera o processo de cicatrização	. Feridas com tecido desvitalizado e necrosado	. Aplicar a pomada directamente na úlcera de pressão com uma espessura de 2 mm . Aplicar penso secundário, que mantenha a humidade	. Diariamente ou 72/72 horas desde que mantenha a humidade

Emulsão lipídica enriquecida com vitaminas (ex: Biafine)	. A emulsão óleo em água de diversos componentes oleosos, alguns dos quais muito ricos em vitaminas	. Feridas com tecidos de granulação/epitelização	. Aplicar camadas espessas desta emulsão, com cerca de 0,5 a 1 cm de espessura . Aplicar uma compressa humedecida com SF, afim de evitar a absorção da emulsão pelo penso . Aplicar penso oclusivo	. No início diariamente . À medida que o exsudado diminui e a cicatrização se desenvolve os intervalos podem ser de 2 a 3 dias
Hidrocelular ou Hidrófilo de poliuretano	. O centro celular absorve o exsudado . O poliuretano – a sua camada exterior é permeável ao vapor de água e oxigénio e impermeável às bactérias	. Feridas com exsudado moderado a elevado . Feridas com tecido de granulação/epitelização . Feridas infectadas	. Seleccionar o apósito com pelo menos 2 cm superior ao perímetro da ferida . Ajustar o penso no local exacto, assegurando que os seus cantos não ficam enrugados . No caso da espuma para feridas cavitárias, aplicar um penso secundário	. Até 7 dias, dependendo da quantidade de exsudado
Hidrocolóide (penso/pasta/granulos)	. As partículas hidrocolóides absorvem o excesso de exsudado, formando um gel húmido, apresentando um cheiro característico . Favorece o ambiente húmido	. Feridas com tecido de granulação/epitelização . Feridas com moderado a pouco exsudado . Feridas infectadas	. Seleccionar o apósito com pelo menos 2 cm superior ao perímetro da ferida	. 6 a 9 dias
Hidrogel	. A composição principal deste penso é a água e a sua acção é a hidratação da superfície da ferida, promovendo os processos autolíticos de desbridamento . Mantém um ambiente húmido	. Feridas com tecido necrosado, duro ou viscoso . Feridas com tecido desvitalizado	. Aplicar a uma altura mínima de 5 mm . Todo o gel (bismaga) não utilizado, deve ser desperdiçado	. Até 3 dias

Hidropolímero	. Penso de gel esponjoso contendo 4 camadas . Poliuretano – absorve o exsudado . Compressa – transporta fluidos . Camada adesiva . Revestimento de polietileno – permeável ao vapor de água, mas impermeável à água	. Feridas em granulação, fraca a moderadamente exsudativa (por exemplo, tielle) . Feridas com moderado a abundante exsudado (tielle plus)	. Seleccionar o apósito com pelo menos 2 cm superior ao perímetro da ferida	. Até 7 dias
Protector cutâneo (ex: cavilon)	. O aplicador de espuma impregnado proporciona protecção contra fontes de fluidos corporais . O spray permite uma cobertura mais efectiva em áreas maiores	. Película protectora entre a pele e fluidos corporais . Tratamento de dermatites por incontinência . Protecção periférica da pele de qualquer tipo de ferida, evitando a maceração . Prevenção da maceração e irritação da pele	. Aplicar uma camada uniforme. Ao utilizar o spray, aplicar a uma distância de 10 a 15 cm, numa camada ligeira, fazendo movimentos circulares . Não é necessário retirar a película entre aplicações	. Aconselhável repetir a aplicação em cada 48 ou 72 horas

NOTA: Na aplicação de todos os pensos, ter atenção que previamente a ferida deve ser limpa com soro fisiológico e secar a pele circundante. Deve-se preferir sempre a irrigação do que a utilização de compressas, para evitar o trauma mecânico na limpeza da ferida. Se utilizar compressas, deve-se utilizar uma técnica não traumática usando uma força mecânica mínima quando estiver a limpar a ferida.

A limpeza da ferida deve ser feita à temperatura corporal, pois as soluções de limpeza frias ou mesmo à temperatura ambiente podem reduzir a temperatura da ferida, levando à hipotermia local. A hipotermia tecidular pode resultar numa diminuição da mitogénese e diminuição da actividade fagocitária. Pode levar até 40 minutos para que uma ferida recupere a temperatura inicial após a limpeza e várias horas para que a actividade celular normalize.

18. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste documento revelou-se de extrema importância, para o desenvolvimento pessoal na área temática das úlceras de pressão na população pediátrica.

Com a realização de tal documento, espero contribuir para a uniformização de procedimentos de enfermagem, na área da prevenção e tratamento de úlceras de pressão em contexto pediátrico.

Acredito que será importante para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados às crianças/jovens com úlcera de pressão ou em risco de desenvolver úlcera de pressão.

O desenvolvimento de competências pessoais e profissionais, numa área tão sensível para os cuidados de enfermagem, levará de forma mais evidente à excelência de cuidados de enfermagem a prestar às crianças/jovens e suas famílias.

No futuro, espero que este documento contribua de alguma forma, para serem prestados cuidados de enfermagem científicos, e simultaneamente holísticos e humanizados à criança/jovem e sua família.

19. BIBLIOGRAFIA

BARANOSKI, Sharon; AYELLO, Elizabeth (2010) – **O essencial sobre o tratamento de feridas: princípios práticos**. Camarate: Lusodidacta, ISBN 978-972-8930-03-5.

CABETE, Dulce (2006) – **Tratamento de feridas & Viabilidade Tecidual**. Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde. Setúbal: Miraventos-Artes Gráficas, ISBN 972-8431-29-5.

CONCELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (2011) – **Classificação Internacional para a prática de Enfermagem (CIPE). Versão 2.0**. Associação Portuguesa de Enfermeiros. ISBN 978-92-95094-35-2.

DEALEY, Carol (2006) – **Tratamento de feridas – guia para enfermeiros**. Lisboa: Climepsi Editores, ISBN 972-796-204-1.

DEALEY, Carol (1996) – **Cuidando de feridas: um guia para as enfermeiras**. São Paulo: Atheneu, ISBN 978-85-334-1772-4.

DINIS, Ana Paula (2006) – **Material de penso: parte I e parte II**. www.forumenfermagem.org acedido em 15/01/2012.

PORTUGAL. Direcção Geral de Saúde. Departamento da Qualidade na Saúde (2011) – **Escala de Braden: versão adulto e pediátrica (Braden Q)**. Lisboa

DUQUE, Helena et al (2009) – **Manual de Boas Práticas. Úlceras de Pressão: uma abordagem estratégica**. Coimbra: Formasau, ISBN 978-972-8485-98-6.

European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009.

FERREIRA, Pedro et al (2007) – **Risco de desenvolvimento de úlceras de pressão: implementação nacional da Escala de Braden**. Loures: Lusociência, ISBN 978-972-8930-37-0.

GAIF (2009) – **Projecto Feridas. Produtos de tratamento de feridas.**

www.gaif.net acedido em 15/01/2012.

MORISON, Moya (2004) – **Prevenção e tratamento de úlceras de pressão.**

Loures: Lusociência, ISBN 972-8383-68-1.

MIGUÉNS, Cristina; FERREIRA, Pedro (2009) – **Avaliação do risco de desenvolver úlceras de pressão na população pediátrica.**

www.forumenfermagem.org. acedido em 22/04/2011.

NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISOR PANEL (2005) – **White Paper – Pressure ulcers in neonates and children.**

www.npuap.org/documents/WhitePaperPediatricDraft2.pdf. acedido em 15/07/2011.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2001) – **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.** Lisboa. Divulgar.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009) – **Caderno Temático: Modelo de desenvolvimento profissional.** Lisboa.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) – **Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.** Lisboa.

Quigley & Curley (1996) – Skin Integrity in the Pediatric Population: Preventing and Managing Pressure Ulcers. **JSPN. Vol. 1, No. 1. (April-June 1996).** p. 7-18.

www.aislec.it/download2010/1337.pdf. acedido a 1 de Julho de 2011.

TAVARES, Patricia (2011) – **Acolher brincando: a brincadeira terapêutica no acolhimento de enfermagem à criança hospitalizada.** Loures: Lusociência, ISBN 978-972-8930-70-7.

APÊNDICE XI

PROJECTO DE ESTÁGIO

Implementação do Protocolo de Prevenção e Tratamento de Úlceras de Pressão no Serviço de Cardiologia Pediátrica do Hospital de Santa Marta

Prof. Orientadora do Projecto: Enfª Filomena Sousa

Maria Céu Mendonça N.º - 3561

Fevereiro 2012

1



SUMÁRIO

- Objectivo do projecto.
- Pertinência do tema.
- Diagnóstico da situação.
- Contexto das úlceras de pressão na população pediátrica.
- Definição de úlcera de pressão.
- Escala de Braden Q.
- Sistema de classificação de úlceras de pressão.
- Factores de desenvolvimento de úlcera de pressão.
- Medidas de prevenção.
- Protocolo a implementar.
- Casos práticos.

2



OBJECTIVO GERAL DO PROJECTO

Implementar protocolo de Prevenção e Tratamento de Úlceras de Pressão no Serviço de Cardiologia Pediátrica do Hospital de Santa Marta.

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

- Uniformizar procedimentos de avaliação de risco da criança/jovem desenvolver úlcera de pressão;
- Uniformizar procedimentos de prevenção de úlceras de pressão às crianças/jovens internadas no Serviço de Cardiologia Pediátrica do Hospital de Santa Marta;
- Treinar utilização da Escala de Braden Q como ferramenta fundamental na avaliação do risco da criança/jovem desenvolver úlcera de pressão (atribuição de scores nas sub-escalas);
- Capacitar a família para efectuar procedimentos de prevenção da criança/jovem desenvolver úlcera de pressão.

3



Pertinência do Tema

- Englobado na política de melhoria de cuidados do grupo hospitalar CHLC (Centro Hospitalar Lisboa Central), tornou-se objectivo uniformizar a actuação na prevenção e tratamento de úlceras de pressão, através da implementação de protocolo de intervenção.
- É entendido por este grupo hospitalar, como um indicador de sucesso, a inexistência de úlceras de pressão.
- Deste modo, é importante que no CHLC se uniformizem os procedimentos de forma a garantir a monitorização da eficácia das medidas preventivas e de tratamento implementadas em cada doente, possibilitando a monitorização e avaliação do projecto de melhoria de qualidade dos cuidados nesta área de intervenção.

4



Padrões de Qualidade

A prevenção das úlceras de pressão ocupa um especial papel na análise dos padrões de qualidade da Ordem dos Enfermeiros, tais como a promoção da saúde e a prevenção de complicações.

Direcção Geral de Saúde

Actualmente constitui também uma directriz da Direcção Geral de Saúde (orientação número 17/2011 de 19/05/2011).

5



Diagnóstico da Situação

- O Serviço de cardiologia Pediátrica do Hospital de Santa Marta recebe crianças com cardiopatia congénita e/ou adquirida.

Crianças/jovens com:

- Instabilidade hemodinâmica;
- Alterações da perfusão tecidular;
- Estados de desnutrição (crianças evacuadas dos PALOP- representaram 20% dos internamentos em 2010);
- Pós-operatório de cirurgia cardíaca.

6



Diagnóstico da Situação

- Realidade actual: não existia implementado um Protocolo de Prevenção e Tratamento de úlceras de pressão no Serviço de Cardiologia Pediátrica no Hospital de Santa Marta.



Tornar este procedimento uma realidade.

- Caminhar para a excelência de cuidados de enfermagem pediátricos prestados às crianças e famílias.

7



Contexto das úlceras de pressão na população pediátrica

- De facto, as úlceras de pressão podem acontecer em crianças hospitalizadas, e em particular em crianças gravemente doentes ou que apresentem um risco elevado devido a factores como a diminuição da mobilidade ou da sensibilidade (Samaniego, 2003; Zollo et al, 1996, citado por Cristina Miguéns e Pedro Ferreira, 2009).
- As úlceras de pressão representam um elevado custo quer financeiro, quer do ponto de vista do sofrimento humano (Curley e Quigley, 2003, citado por Cristina Miguéns e Pedro Ferreira, 2009).
- Na população pediátrica a localização occipital e sacro são as predominantes, das úlceras de pressão.

8



A Pele Humana

- A pele é o maior órgão do corpo humano.
- É indispensável e fundamental para a homeostasia do organismo humano.
- As suas funções incluem protecção, termoregulação, excreção de água e electrolíticos, percepção sensitiva, além de representar a imagem corporal.

A Pele Infantil

- A pele infantil é mais imatura.
- É mais facilmente permeável a materiais exógenos potencialmente prejudiciais e menos apta a manter homeostasia.
- Caracteriza-se por ser mais fina que a do adulto, frágil e facilmente irritável.

9



Definição de Úlcera de Pressão

- São lesões complexas da pele e estruturas subjacentes e variam consideravelmente em tamanho e gravidade.

MORISON (2004)

- “Lesão localizada na pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea, em resultado da pressão ou de uma combinação entre esta e forças de torção”(…)

NPUAP/EPUAP (2009)

- Úlcera de pressão com as características específicas: dano, inflamação ou ferida da pele ou estruturas subjacentes com resultado da compressão tecidular e perfusão inadequada.

CIPE (versão 2.0)

10



Escala de Braden Q

A escala de Braden Q, é uma escala baseada na escala de Braden para adultos e modificada para a população pediátrica por Curley e Quigley (2003).

Validada para a população pediátrica portuguesa, através de um estudo realizado em 2005, no Hospital Pediátrico de Coimbra.

Consiste em 7 sub-escalas: mobilidade, actividade, percepção sensorial, humidade, forças de fricção e deslizamento, nutrição e perfusão tecidual e oxigenação.

Os 3 primeiros itens, referem-se à intensidade e duração da pressão.

Os restantes 4 itens, referem-se à tolerância da pele e estruturas de apoio.

11



Escala de Braden Q

As sete subescalas variam entre 1 e 4 (o menor valor é o de maior risco);

O valor da pontuação é de dois níveis de risco:

- Scores baixos – alto risco de desenvolver úlcera de pressão.
- Scores altos – baixo risco de desenvolver úlcera de pressão.

Alto Risco < 22

Baixo Risco ≥ 22

Pode ser aplicado a crianças com idades entre os 21 dias e os 18 anos;

Aplicar em simultâneo com uma avaliação da pele e sua integridade.

12



**Sistema de Classificação das Úlceras de Pressão da
NPUAP/EPUAP (2009)**

Categoria	Definição
Categoria I	Eritema não branqueável em pele intacta. Pele intacta com eritema não branqueável de uma área localizada, normalmente sobre uma proeminência óssea, descoloração da pele, calor, edema, tumefacção ou dor podem também estar presentes. Em pele escura pigmentada pode não ser visível o branqueamento.
Categoria II	Perda parcial da espessura da pele ou flictena. Perda parcial da espessura da derme que se apresenta como uma ferida superficial (rasa) com leito vermelho rosa sem crosta. Pode também apresentar-se como flictena fechada ou aberta preenchido por líquido seroso ou sero-hemático.

13



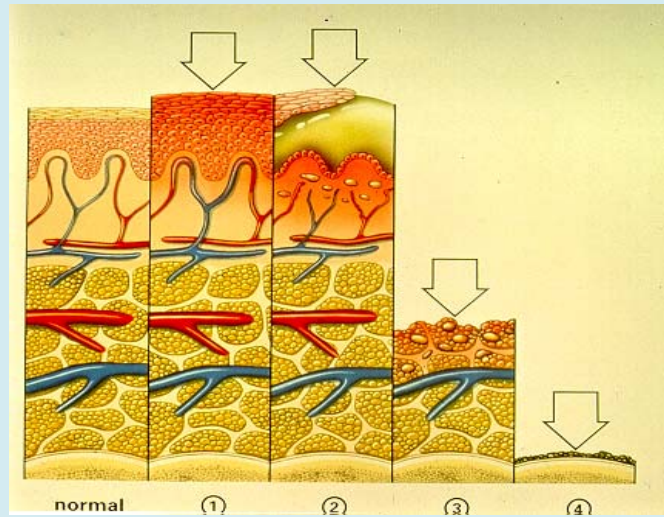
**Sistema de Classificação das Úlceras de Pressão da
NPUAP/EPUAP (2009)**

Categoria	Definição
Categoria III	Perda total da espessura da pele (tecido subcutâneo visível). Perda total da espessura tecidular. Pode ser visível o tecido adiposo subcutâneo, mas não estão expostos os ossos, tendões ou músculos. Pode estar presente algum tecido desvitalizado (fibrina húmida). Pode incluir lesão cavitária e encapsulamento.
Categoria IV	Perda total da espessura dos tecidos (músculos e ossos visíveis). Perda total dos tecidos com exposição dos tendões e músculos. Pode estar presente tecido desvitalizado (fibrina húmida) e ou tecido necrótico. Frequentemente são cavitárias e fistuladas.

14



Sistema de Classificação das Úlceras de Pressão da NPUAP/EPUAP (2009)



15



Factores de desenvolvimento de úlcera de pressão

Factores externos

- Pressão
- Forças de deslizamento
- Fricção
- Humidade
- Medicação

Factores internos.

- Desnutrição/desidratação
- Hipotensão
- Doenças



16



Factores de risco-pressão

Factor mais importante no desenvolvimento das úlceras de pressão.

(DEALEY, 2006)

A pressão exercida de forma contínua, por um determinado tempo, pode ser suficiente para desencadear um processo de isquémia, que impede o aporte de oxigénio e nutrientes aos tecidos, provocando alterações cutâneas, que poderão conduzir à necrose e morte tecidular.

(FERREIRA ET AL, 2007)

17



Duração da pressão

Existe uma relação inversa entre a duração e a intensidade da pressão, levando à lesão tecidular.

1. Pressão de baixa intensidade durante um longo período de tempo.
2. Pressão de intensidade elevada durante um curto período de tempo.



18



Factores de risco – forças de deslizamento

O deslizamento ocorre quando a criança escorrega na cama.
O esqueleto e tecidos próximos movem-se mas a pele na zona de apoio mantém-se imóvel.



19



Factores de risco-fricção

A fricção ocorre quando entre duas superfícies existe atrito.
Este fenómeno sucede frequentemente quando um doente,
ao ser posicionado, é arrastado no leito (a camada superior
de células epiteliais da pele acaba por ser removida).

(DEALEY, 2006)



20



Factores de risco-humidade

A humidade ocupa um lugar de destaque como factor de risco.



Factores de risco-medicação

Alguns medicamentos podem ter impacto grave na cicatrização de feridas.



21



Úlceras de pressão em pediatria



Imagens cedidas pela Enf^a
Ester Malcato (HSM)

22



Úlceras de pressão em pediatria



Imagens cedidas pela Enf^a
Ester Malcato (HSM)

23



Úlceras de pressão em pediatria



Adolescente de 17 anos, traumatismo craneo-encefálico grave, ventilação mecânica invasiva durante 3 semanas.

24



Prevenção da Úlcera de Pressão

OBJECTIVO GLOBAL

“Desenvolver recomendações baseadas na evidência para a prevenção e tratamento de úlceras de pressão, que poderiam ser utilizadas pelos profissionais de saúde de todo o mundo.”

O reconhecimento dos factores de risco
e sua minimização



Ajuda imprescindível no desenvolvimento
efectivo de estratégias de PREVENÇÃO.

NPUAP/EPUAP (2009)

25



Medidas de prevenção

- O alívio da pressão é a principal estratégia utilizada na prevenção das úlceras de pressão.
- Efectuar avaliação da criança/jovem (aplicação da escala de Braden Q).
- Mudança frequente de posição.
- Nos posicionamentos ter atenção, ao contacto directo da pele, com tubos, sistemas de soros e/ou sistemas de drenagem, etc.
- Usar ajuda nos posicionamentos (levantar e nunca arrastar).
- Efectuar vigilância da integridade cutânea, no mínimo 1 vez por dia, durante a higiene.

26



Medidas de prevenção

- Inspeccionar a pele a cada mudança de decúbito, especialmente nas áreas de maior risco, e em crianças/jovens avaliadas com risco de desenvolver úlcera de pressão.
- Pedir a colaboração da criança/jovem de acordo com o seu estadio de desenvolvimento e/ou condição clínica, na identificação de eventuais áreas de desconforto ou dor que possam ser atribuídas a danos causados por pressão.
- Manter a superfície seca e lisa (ex. manter os lençóis bem esticados).
- Hidratar a pele.
- Evitar exposição da pele à humidade.

27



Medidas de prevenção

- Durante a higiene diária, utilizar sabão neutro para a limpeza da pele.
- Efectuar higiene em SOS.
- Não massajar áreas hiperemiadas.
- Sempre que possível, não posicionar a criança/jovem numa superfície corporal que ainda se encontre ruborizada, devido a um episódio anterior de pressão no local.
- Proteger regiões de maior incidência de úlceras de pressão.
- Estimular ingestão hídrica, se possível, devido à situação clínica.
- Documentar todas as avaliações da pele.

28



Protocolo de Prevenção e Tratamento de Úlceras de Pressão no Serviço de Cardiologia do Hospital de Santa Marta

- Avaliação através da escala de Braden Q a todas as crianças com internamento programado, superior a 48 horas.
- Efectuar uma correcta avaliação da integridade cutânea, simultaneamente com a aplicação da escala de Braden Q.
- Efectuar registos da avaliação inicial efectuada, através do aplicativo informático da gestão do risco.
- Efectuar avaliações periódicas, de acordo com a situação clínica da criança/jovem.

29



Protocolo de Prevenção e Tratamento de Úlceras de Pressão no Serviço de Cardiologia do Hospital de Santa Marta

- Efectuar registos das sucessivas avaliações.
- Aplicar medidas de prevenção de desenvolvimento de úlceras de pressão na população pediátrica, no serviço de cardiologia pediátrica.
- Se existir a ocorrência da úlcera de pressão na população pediátrica, no serviço de cardiologia pediátrica, o centro hospitalar tem implementado um protocolo de tratamento.

30



Contributo pessoal para a equipa de enfermagem

Deixar disponível no serviço, um dossier com informação pertinente sobre a área temática.



Deixar disponível um guia de consulta para a equipa de enfermagem sobre cuidados de enfermagem na prevenção e tratamento de úlceras de pressão em contexto pediátrico.

31



EXEMPLOS DE CASOS PRÁTICOS

ESCALA DE BRADEN Q – ATRIBUIÇÃO DE SCORES

MOBILIDADE

- Criança com catéter epidural para controlo de dor. Tem diminuição do movimento dos membros inferiores. Capaz de movimentar bem o restante corpo.
- Criança capaz de fazer pequenas alterações no próprio corpo, mas precisa de ajuda para alternar decúbitos totalmente.

32



EXEMPLOS DE CASOS PRÁTICOS

ESCALA DE BRADEN Q – ATRIBUIÇÃO DE SCORES

ACTIVIDADE

- Criança de 15 meses que ainda não tenha adquirido a marcha autónoma.
- Criança de 10 meses, saudável até à data, mas actualmente a situação clínica exige repouso absoluto.
- Criança com drenagem torácica, com catéter venoso central , em que a situação clínica não permite levante para o cadeirão.

33



EXEMPLOS DE CASOS PRÁTICOS

ESCALA DE BRADEN Q – ATRIBUIÇÃO DE SCORES

PERCEPÇÃO SENSORIAL

- Criança com epidural, para controlo de dor, com diminuição acentuada da sensibilidade dos membros inferiores.
- Criança sedada profundamente, que não responde a estímulos dolorosos.

34



EXEMPLOS DE CASOS PRÁTICOS

ESCALA DE BRADEN Q – ATRIBUIÇÃO DE SCORES

HUMIDADE

- Criança de 4 anos com febre e sudorese. Lençóis da cama precisam de ser mudados 2 vezes por dia.
- Criança que após episódio de hipóxia grave, tem sequelas de isquémia, com instabilidade da temperatura e episódios frequentes de sudorese.

35



EXEMPLOS DE CASOS PRÁTICOS

ESCALA DE BRADEN Q – ATRIBUIÇÃO DE SCORES

FORÇAS DE FRICÇÃO E DESLIZAMENTO

- Criança com CPAP, que ocasionalmente tenta retirar a máscara.
- Criança com eczema grave, com lesões abertas e prurido grave.

36



EXEMPLOS DE CASOS PRÁTICOS

ESCALA DE BRADEN Q – ATRIBUIÇÃO DE SCORES

NUTRIÇÃO

- Criança com nutrição parentérica, que recebe calorias adequadas ou com suporte entérico.
- Criança com sinais de desidratação e com sinais de doença viral, que continua com vômitos e diarreia. Mantém soroterapia em curso.

37



EXEMPLOS DE CASOS PRÁTICOS

ESCALA DE BRADEN Q – ATRIBUIÇÃO DE SCORES

PERFUSÃO TECIDULAR E OXIGENAÇÃO

- Criança de 5 anos, ventilação mecânica, perfusão de Dopamina. Sinais vitais normais para a idade, pH 7.4.
- Criança com SatO₂ de 100%, com O₂ por sonda nasal a 2l/min, hemoglobina de 8gr/dl.
- Criança com cardiopatia congénita, com SatO₂ de 82%, hemoglobina normal e tensão arterial normal para a idade.
- Criança de 5 anos, ventilação de alta frequência, hipotensão marcada a cada mínima manipulação.

38



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CONCELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (2011) – **Classificação Internacional para a prática de Enfermagem (CIPE). Versão 2.0.** Associação Portuguesa de Enfermeiros. ISBN 978-92-95094-35-2.
- Dealey, Carol (2006) – **Tratamento de feridas – Guia para enfermeiros.** Lisboa: Climepsi Editores, ISBN 972-796-204-1.
- European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009.
- MEIRELES, Carlos et al (2007) – Caracterização da Pele Infantil e dos Produtos Cosméticos destinados a esta faixa etária. **Revista Lusófona de Ciências e Tecnologias da Saúde.**
- MORISON, Moya (2004) – **Prevenção e tratamento de úlceras de pressão.** Loures: Lusociência, ISBN 972-8383-68-1.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- MIGUÉNS, Cristina; FERREIRA, Pedro (2009) – **Avaliação do risco de desenvolver úlceras de pressão na população pediátrica.** www.forumenfermagem.org. acedido em 22/04/2011.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2001) – **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.** Concelho de Enfermagem.
- Quigley & Curley (1996) – Skin Integrity in the Pediatric Population: Preventing and Managing Pressure Ulcers. **JSPN. Vol. 1, No. 1. (April-June 1996).** p. 7-18. <http://www.aislec.it/download2010/1337.pdf>. acedido a 1 de Julho de 2011.
- Willock, J., Askew, C., Bolland, R., Maciver, H., & James, N. (2005). Multicentre research: lessons from the field. *Paediatric Nursing*, 17(10), 31-33. Retrieved from EBSCOhost.



ANEXOS

ANEXO I

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

Intensidade e duração da pressão					Pontos
MOBILIDADE Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	1. Completamente imobilizado Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda	2. Muito limitada Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de se virar sozinho	3. Ligeiramente limitada Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda	4. Nenhuma limitação Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda	
ACTIVIDADE Nível de actividade física	1. Acamado O doente está confinado á cama	2. Sentado Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	3. Anda ocasionalmente Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado	4. Todos os doentes dema- siado jovens para deambular OU caminhar frequente- mente: caminha fora do quarto pelo menos duas vezes por dia e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas, durante o tempo em que está acordado	
PERCEPÇÃO SENSORIAL Capacidade de responder de uma forma adequada em termos de desenvolvimento ao desconforto relacionado com a pressão	1. Completamente limitada Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação OU Capacidade limitada de sentir dor na maior parte do seu corpo	2. Muito limitada Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação OU Tem uma incapacidade sensorial que lhe reduz a possibilidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo	3. Ligeiramente limitada Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição OU Tem alguma incapacidade sensorial que lhe reduz a possibilidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades	4. Nenhuma limitação Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.	
Tolerância da pele e estruturas de apoio					
HUMIDADE Nível de exposição da pele à humidade	1. Pele constantemente húmida A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, drenagem, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado	2. Pele muito húmida A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos de 8 em 8 horas	3. Pele ocasionalmente húmida A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda dos lençóis de 12 em 12 horas.	4. Pele raramente húmida A pele está geralmente seca; os lençóis só requerem uma mudança a cada 24 horas	
FORÇAS DE FRICÇÃO E DESLIZAMENTO <i>Fricção:</i> ocorre quando a pele se move contra as superfícies de apoio <i>Deslizamento:</i> ocorre quando a pele e a superfície óssea adjacente deslizam uma contra a outra	1. Problema significativo Espasticidade, contracturas ou agitação leva a um quase constante movimento e fricção	2. Problema Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima	3. Problema potencial Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai	4. Nenhum problema É possível levantar completamente o doente durante um posicionamento; Move-se na cama e cadeira de forma independente e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante o posicionamento. Mantém sempre uma boa posição na cama ou cadeira, em todas as alturas	
NUTRIÇÃO Padrões usuais de alimentação	1. Muito pobre Está em jejum e/ou a dieta líquida, ou EV por mais de 5 dias OU Albumina < 2,5 mg/dl OU Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de ½ da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em 2 refeições de carne ou lacticínios. Ingere poucos líquidos. Não toma suplemento dietético.	2. Inadequada Encontra-se em dieta líquida ou alimentação por SNG/nutrição parentérica, que fornece calorias e minerais inadequados para a idade OU Albumina < 3 mg/dl OU raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de ½ da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em 3 refeições diárias de carne ou lacticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético.	3. Adequada Encontra-se a ser alimentado por SNG ou nutrição parentérica, o que fornece calorias e minerais adequados para a idade OU come mais de metade da maior parte das refeições. Come um total de 4 refeições diárias de proteínas (carne, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento dietético caso lhe seja oferecido	4. Excelente Encontra-se numa dieta que fornece calorias adequadas à idade. Por exemplo: come/bebe a maioria das refeições/dietas. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições de carne ou lacticínios. Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos	
PERFUSÃO TECIDULAR E OXIGENAÇÃO	1. Extremamente comprometido Hipotenso (TA Média <50 mmHg;<40 mmHg num recém nascido) OU o doente não tolera fisiologicamente mudanças de posição	2. Comprometido Normotenso; A saturação de oxigénio pode ser <95% OU a hemoglobina pode ser <10 mg/dl OU o repleenchimento capilar pode ser >2 segundos; Ph sérico <7,40	3. Adequado Normotenso; A saturação de oxigénio pode ser <95% OU a hemoglobina pode ser <10 mg/dl OU o repleenchimento capilar pode ser >2 segundos; Ph sérico normal	4. Excelente Normotenso; aturação de oxigénio >95%; Hemoglobina normal; & preenchimento capilar < 2 segundos	
Total:					

ANEXO II

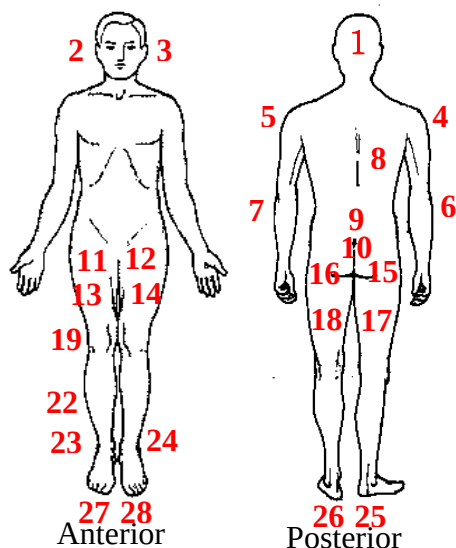
INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA PELE

Nome _____

Idade _____ Serviço _____

Data da observação ____ / ____ / ____

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



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

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

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

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