

Roteiro de Instrumento de Medida e Escalas

Avaliação da Pessoa com Queimadura

Filipa Frade—Marta Niza—Milene Moura—Nádia Pégo—Sara Ferreira

No âmbito das unidades curriculares de Orientação à Monografia I e Enfermagem VIII, leccionadas no 1º semestre do 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, ano lectivo de 2008/2009, foi-nos solicitada a construção de um roteiro, com o tema: escalas e instrumentos de avaliação e medição de Enfermagem em contexto de cuidados de saúde complexos.

O subtema eleito pelo grupo foi a *Avaliação da Pessoa com Queimadura*, que se insere dentro dos cuidados de Enfermagem em contexto de cuidados complexos. No mesmo, é necessária uma avaliação sequencial, baseada na evidência e no conhecimento científico que as escalas e os instrumentos de avaliação nos fornecem. Para além disso, o subtema suscitou a curiosidade e interesse do grupo devido à sua complexidade e especificidade.

Definem-se como objectivos:

Realizar pesquisa bibliográfica acerca das escalas e instrumentos de avaliação de Enfermagem mais utilizadas na prestação de cuidados de Enfermagem à pessoa com queimadura;

Analisar e sintetizar as principais características das escalas e instrumentos de avaliação encontrados;

Realizar uma reflexão acerca da importância da escala ou instrumento de avaliação para a Enfermagem.

O trabalho encontra-se organizado da seguinte forma: inicialmente é efectuada uma breve introdução ao subtema do trabalho, estabelecendo uma ponte com a importância das escalas seleccionadas; posteriormente as escalas vão ser agrupadas de acordo com a sua área de avaliação, sendo apresentada, para cada uma, uma ficha de análise com as suas principais características; finalmente realizaremos uma conclusão, na qual pretendemos reflectir sobre a importância deste roteiro para a nossa formação académica.

ENQUADRAMENTO DOS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

As queimaduras envolvem a alteração da integridade cutânea, no entanto podem ser atingidos outros sistemas orgânicos. As etiologias variam entre térmica, eléctrica, química ou por radiação. Os factores que determinam a gravidade da queimadura na pessoa são o agente, a intensidade e duração da exposição

corporal, localização e profundidade da queimadura, a percentagem de exposição corporal e a sua idade. As queimaduras podem classificar-se de acordo com a profundidade ou magnitude, que vai ter maior gravidade quanto maior e mais intensa for a exposição ao agente.

Durante a prestação de cuidados às pessoas com queimaduras, é fundamental que o Enfermeiro possua um vasto conhecimento acerca das alterações que podem afectar todos os sistemas orgânicos, bem como sobre o impacto emocional da lesão na pessoa e na sua família. Apenas com esses conhecimentos o Enfermeiro pode proporcionar intervenções terapêuticas adequadas a todas as fases de recuperação. Neste sentido, é necessário que este profissional esteja desperto para uma série de alterações decorrentes das queimaduras, sabendo avaliá-las. Pelo que, este roteiro irá incidir em algumas das escalas que podem ser utilizadas na prestação de cuidados a pessoas queimadas. De entre os vários instrumentos seleccionámos:

Quadro de Classificação da Profundidade da Queimadura; Regra dos Nove

de Wallace e Diagrama de Lund e Browder – a extensão e a profundidade das queimaduras são utilizadas com o objectivo de avaliar a gravidade da lesão. As queimaduras são classificadas como primeiro, segundo ou terceiro grau. Por outro lado, na avaliação da extensão podem utilizar-se formas como a regra dos nove de Wallace ou o diagrama de Lund e Browder.

Escala Numérica da Dor – o tratamento das queimaduras representa um grande desafio para os Enfermeiros, uma vez que são uma das formas mais dolorosas de traumatismo que se pode experimentar.

Escala de Ramsay e Escala do Índice Biespectral – Para a avaliação do grau de sedação. Existem diversos factores que influenciam a percepção da dor, pelo que podem ser utilizadas diversas técnicas para o seu alívio, tais como técnicas de relaxamento, analgesia controlada, medicamentos ansiolíticos ou antidepressores, anestesia, entre outros.

Escala de Braden – a pessoa com queimaduras está susceptível aos riscos que advêm da imobilização, pelo que o alinhamento corporal adequado e o alívio da compressão são intervenções de Enfermagem fundamentais. Caso estes cuidados não sejam considerados, as pessoas podem desenvolver rapidamente úlceras de pressão.

AVALIAÇÃO DA PROFUNDIDADE DA QUEIMADURA

As queimaduras podem ser classificadas quanto ao agente etiológico, profundidade e extensão. Quanto mais intensa e maior for a exposição ao agente, maiores serão a profundidade e a extensão, e por consequência mais grave será a lesão. A profundidade da queimadura classifica-se conforme as camadas da derme destruídas, podendo ainda ser afectados outros tecidos, tais como músculos, ligamentos, tendões e ossos.

Descrição da escala

A escala de avaliação da profundidade da queimadura é composta por um grupo de itens, agrupados mediante a gravidade da queimadura, que permitem avaliar o grau de profundidade da mesma, em 1º, 2º ou 3º grau. As queimaduras superficiais são causadas por uma breve exposição à fonte de calor ou solar.

Tendem a estar saradas entre 3 a 5 dias, sem deixar qualquer cicatriz. As parciais caracterizam-se pela presença de bolhas, extravasamento de líquido intersticial, superfície cutânea circulante ruborizada e dor, porque as terminações nervosas são mantidas. Estas resultam de longa exposição a altas temperaturas, materiais quentes (como óleos ou água), e tendem a curar em 21 dias, deixando marcas estéticas e psicológicas. Quanto às queimaduras profundas, ocorre destruição completa da pele, insensibilidade por destruição das terminações nervosas, ausência de líquidos na superfície queimada, destruição capilar, podendo abranger a destruição de músculo e osso. Resultam de choques eléctricos, ou exposição a altas temperaturas (por exemplo, gasolina).

Esta escala permite classificar a severidade da queimadura mediante os tecidos cutâneos atingidos, a qual depende da intensidade do agente térmico, se é gerador ou transmissor de calor e do tempo de contacto com o tecido. Desta forma, podem ser classificadas em superficiais (ou primeiro grau), parciais (ou segundo grau) e profundas (ou terceiro grau). Relativamente à informação acerca do autor e ano de criação deste instrumento, não nos foi possível encontrá-la na nossa pesquisa bibliográfica ou electrónica.

Validação para Portugal

Segundo a fonte bibliográfica consultada, esta avaliação é realizada em Portugal. Contudo não conseguimos especificar desde quando, devido à longevidade do método.

Implicações para a Enfermagem

É importante que o Enfermeiro, no seu planeamento de

2.1 - QUADRO DE CLASSIFICAÇÃO DA QUEIMADURA QUANTO À PROFUNDIDADE

Quadro 1: Classificação das queimaduras segundo a profundidade

Primeiro grau	Segundo grau	Terceiro grau
<ul style="list-style-type: none">● compromete apenas a epiderme	<ul style="list-style-type: none">● compromete totalmente a epiderme e parcialmente a derme	<ul style="list-style-type: none">● destrói todas as camadas da pele, atingindo até o subcutâneo, podendo atingir tendões, ligamentos, músculos e ossos
<ul style="list-style-type: none">● apresenta eritema, calor e dor	<ul style="list-style-type: none">● apresenta dor, eritema, edema, bolhas, escorção ou ulceração	<ul style="list-style-type: none">● causa lesão branca ou marrom, seca, dura, inelástica
<ul style="list-style-type: none">● não há formação de bolhas	<ul style="list-style-type: none">● há regeneração espontânea	<ul style="list-style-type: none">● é indolor
<ul style="list-style-type: none">● evolui com descamação em poucos dias	<ul style="list-style-type: none">● ocorre reepitelização a partir dos anexos cutâneos (folículos pilosos e glândulas)	<ul style="list-style-type: none">● não há regeneração espontânea, necessitando de enxertia
<ul style="list-style-type: none">● regride sem deixar cicatrizes	<ul style="list-style-type: none">● cicatrização mais lenta (2-4 semanas)	<ul style="list-style-type: none">● eventualmente pode cicatrizar, porém com retração das bordas
<ul style="list-style-type: none">● repercussão sistêmica e desprezível	<ul style="list-style-type: none">● pode deixar sequelas: discromia (superficial); cicatriz (profunda)	
<ul style="list-style-type: none">● não é considerada na avaliação da área atingida		

Figura 1: Quadro de Classificação da Queimadura Quanto à Profundidade, in VALE, Everton Carlos Siviero do – Primeiro atendimento em queimaduras: a abordagem do dermatologista. *Anais Brasileiros de Dermatologia*. ISSN: 0365-0596. Vol.80, nº.1. (2005), pp.9-19.

cuidados, conheça as características da queimadura da pessoa a quem vai prestar cuidados, para que consiga responder às suas necessidades de todos as imensões. A título de exemplo, de acordo com o grau de queimadura é necessário considerar: existência ou não de dor, sendo que daqui decorrem medidas e estratégias de controlo e alívio que o Enfermeiro necessita de implementar. Quanto ao tratamento da ferida da pessoa, o Enfermeiro deve possuir conhecimentos acerca do método a seleccionar e do material adequado a utilizar, para que o tratamento seja o mais rápido e efectivo possível. O Enfermeiro pode trabalhar com a pessoa e família as consequências que podem advir da queimadura, como o impacto na auto-estima e auto-imagem provocado por grandes sequelas.

Referências bibliográficas

- GOMES, Carlos Bráz; *et al.* – O Doente Queimado. (2003). In <http://www.enfermagem.com/dl/queimado.pdf>. 03/10/2008, 18h40.
- IRION, Glenn – *Comprehensive Wound Management*. Grove Road: Slack incorporated, 2002. ISBN: 1-55642-477-9.
- SINGER, Adam J.; HOLLANDER, Judd E. – *acerations and Acute Wounds: An Evidence-based Guide*. Philadelphia: Davis Company, 2003. ISBN: 0-8036-0775-X.
- SWEARINGEN, Pamela L.; KEEN, Janet Hicks – *Manual de Enfermagem de Cuidados Intensivos: Intervenções de Enfermagem Independentes e Interdependentes*. 4ªed. Trad. ABECASIS, Leonor *et al.* Loures: Lusociência, 2003. ISBN: 972-8383-52-5.
- VALE, Everton Carlos Siviero do – Primeiro atendimento em queimaduras: a abordagem do dermatologista. *Anais Brasileiros de Dermatologia*. ISSN:0365-0596. Vol.80, nº.1. (2005), pp.9-19. In <http://www.scielo.br/pdf/abd/v80n1/v80n01a03.pdf>. 27/09/2008, 22h30.

AValiação da Extensão da Queimadura

De acordo com Vale (2005), os riscos durante a fase crítica da pessoa com queimadura dependem substancialmente da extensão de área corporal lesada, ou seja, são mais severas as repercussões sistêmicas, devido à perda das funções da pele, quanto maior a área queimada. Por tal, torna-se relevante calcular a percentagem de superfície corporal ferida, mas somente para os casos de queimaduras de profundidades parciais ou profundas. Para a execução deste cálculo pode-se recorrer a dois métodos, a Regra dos Noves de Wallace e o Diagrama de Lund e Browder.

QUADRO 2: Regra dos nove (Wallace), para cálculo da superfície queimada em adultos e crianças a partir de 10 anos de idade

Segmento Corporal	Porcentagem (SC)
Cabeça e pescoço	9
Cada membro superior	9 (x 2)
Cada quadrante do tronco	9 (x 4)
Cada coxa	9 (x 2)
Cada perna e pé	9 (x 2)
Genitais e períneo	1
Total	100

SC: superfície corporal total.

Figura 2: Regra dos Nove de Wallace para maiores de 10 anos, in VALE, Everton Carlos Siviero do – Primeiro atendimento em queimaduras: a abordagem do dermatologista. *Anais Brasileiros de Dermatologia*. ISSN: 0365-0596. Vol.80, n.º.1. (2005), pp.9-19.

QUADRO 3: Regra dos nove (Wallace), para cálculo da superfície queimada em crianças até 10 anos de idade

	Segmento Corporal	Porcentagem (SC)
Até 1 ano	Cabeça e pescoço	19
	Cada membro inferior	13
	Demais segmentos	= adulto
1 - 10 anos	Cabeça e pescoço	19 - idade
	Cada membro inferior	13 + (idade ÷ 2)
	Demais segmentos	= adulto

SC: superfície corporal total.

Figura 3: Regra dos Nove de Wallace para menores de 10 anos, in VALE, Everton Carlos Siviero do – Primeiro atendimento em queimaduras: a abordagem do dermatologista. *Anais Brasileiros de Dermatologia*. ISSN: 0365-0596. Vol.80, n.º.1. (2005), pp.9-19.

Descrição da escala

Este método foi desenvolvido para rapidamente se proceder ao cálculo da extensão da queimadura e considera o corpo dividido em segmentos contendo 9% da superfície corporal, com a excepção dos genitais e períneo, que correspondem a 1%. O autor desta escala foi A. B. Wallace e quanto à data da sua criação podemos somente mencionar que a referência mais antiga à

“Regra dos Nove”, que conseguimos encontrar, data do ano de 1950 e consiste num artigo publicado pelo autor em cooperação com M. J. Kyle, intitulado *Fluid replacement in burnt children*.6,8,9

O benefício mais evidente que advém do recurso a esta regra prende-se com a sua praticabilidade, isto é, pode ser rápida e facilmente aplicada. Assim, os casos em que seja necessária a reidratação de urgência, quando a superfície queimada excede os 15% no adulto e os 10% na criança, são precocemente identificados. Porém, a Regra dos Nove de Wallace não é precisa nem tão pouco toma em consideração as variações da forma do corpo que ocorrem com o crescimento, pelo que, segundo Vale (2005), não é adequada para crianças com menos de 10 anos.

Validação para Portugal

Por consequência da longa idade desta regra, não nos foi possível encontrar a informação acerca da data da sua validação, mas sabemos que é utilizada nas instituições de saúde em Portugal.

Implicações para a Enfermagem

O cálculo da extensão da queimadura assume uma importância inegável para o planeamento dos cuidados de Enfermagem, analogamente à classificação da profundidade da mesma. Com vista à optimização das intervenções de

Enfermagem, o Enfermeiro deve compreender qual a área corporal afectada e os problemas que daí advêm, tais como a necessidade de reidratação de urgência e da promoção do conforto e segurança do cliente. Relativamente ao tratamento da ferida da pessoa é importante que o Enfermeiro saiba gerir

os recursos materiais, de modo a efectuar um melhor planeamento do procedimento. Deve ainda ponderar a necessidade de administração de terapêutica analgésica anteriormente ao referido procedimento. Por último referem-se os aspectos inerentes ao apoio psico-emocional ao cliente e sua família, pois o prognóstico torna-se mais reservado, quanto maior for a superfície corporal queimada.

Referências bibliográficas

GOMES, Carlos Bráz et al. – O Doente Queimado. (2003). In <http://www.enfermagem.com/dl/queimado.pdf>. 03/10/2008, 18h40.

GRIFFITHS, R. W.; LAING, J. E. - A burn formula in clinical practice. *Annals of the Royal College of Surgeons of England*. ISSN: 0035-8843. (1981) Vol. 63, nº1. (1981), pp.50-53. In <http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=2493882&blobtype=pdf>. 03/13/2008, 11h30.

IRION, Glenn – *Comprehensive Wound Management*. Grove Road: Slack incorporated, 2002. ISBN: 1-55642-477-9.

SARAF, S; PARIHAR, S. – Burns Management: A Compendium. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. ISSN: 0973-709X. Vol.1, nº 5. (2007), pp.426-436. In [http://www.jcdr.net/articles/PDF/128/0007-25-](http://www.jcdr.net/articles/PDF/128/0007-25-07%20BURNS_07_E(L)_F(G)_Pf_p.pdf)

07%20BURNS_07_E(L)_F(G)_Pf_p.pdf. 03/13/2008, 11h20.

SINGER, Adam J.; HOLLANDER, Judd E. – *Lacerations and Acute Wounds: An Evidence-based Guide*. Philadelphia: Davis Company, 2003. ISBN: 0-8036-0775-X.

VALE, Everton Carlos Siviero do – Primeiro atendimento em queimaduras: a abordagem do dermatologista. *Anais Brasileiros de Dermatologia*. ISSN:0365-0596. Vol.80, nº.1. (2005), pp.9-19. In <http://www.scielo.br/pdf/abd/v80n1/v80n01a03.pdf>. 27/09/2008, 22h30.

Descrição da escala

O Diagrama de Lund e Browder, à semelhança da Regra dos Nove de Wallace, atribui uma percentagem a uma determinada área de superfície corporal queimada. Todavia, este método foi constituído após uma investigação mais específica e contempla o crescimento e as alterações da proporção corporal, e por tal pode ser aplicado inclusive a neonatos e crianças até aos 10 anos de idade. C. C. Lund e N. E. Browder foram os autores deste diagrama e, embora não tenhamos a certeza da data da sua elaboração, encontramos uma referência do ano de 1944, a um artigo publicado pela revista *Surgery Gynecology & Obstetric*, dos criadores, intitulado *The estimation of areas of burns*. A aplicação deste método exige a consulta do diagrama, que é mais difícil de memorizar, em comparação à Regra de Wallace. Determinadas regiões do corpo não têm uma percentagem atribuída, mas sim uma letra (A, B ou C). A partir dessa letra é consultada uma legenda na qual diferentes percentagens são conferidas de acordo com a idade.

Validação para Portugal

Quanto à validação para Portugal, não conseguimos precisar a sua data, mas de acordo com a bibliografia pesquisada este instrumento é empregue em Portugal.

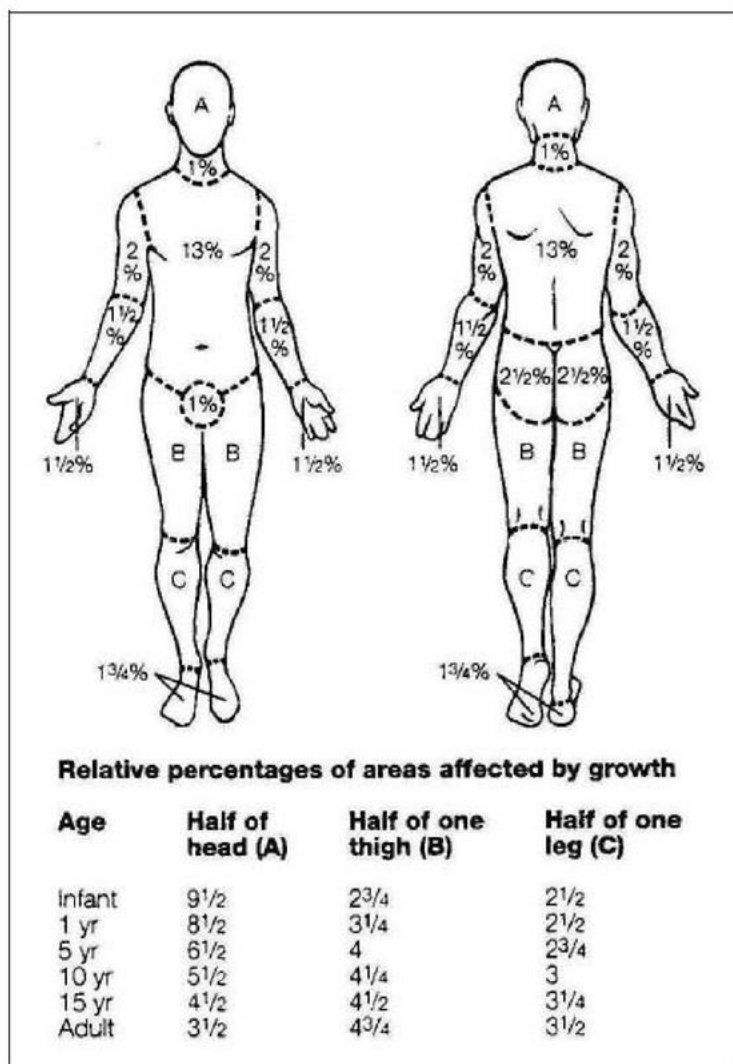


Figura 4: Diagrama de Lund e Browder, in SINGER, Adam J.; HOLLANDER, Judd E. – *Lacerations and Acute Wounds: An Evidence-based Guide*. Philadelphia: Davis Company, 2003. ISBN: 0-8036-0775-X.

Implicações para a Enfermagem

As implicações para a área da Enfermagem, do diagrama de Lund e Browder, coincidem com as descritas na Regra dos Nove de Wallace (pp. 15), visto que ambos os instrumentos permitem a avaliação da extensão da queimadura.

Referências bibliográficas

ATIYEH, B. S. et al. – Management of Pediatric Burns. *Annals of Burns and Fire Disasters*. ISSN: 1592-9566. Vol.XIII, nº3. (2000). In http://www.medic.com/annals/review/vol_13/num_3/text/vol13n3p136.htm. 03/10/2008, 12h20.

GOMES, Carlos Bráz et al. – O Doente Queimado. (2003). In <http://www.enfermagem.com/dl/queimado.pdf>. 03/10/2008, 18h40.

IRION, Glenn – *Comprehensive Wound Management*. Grove Road: Slack incorporated, 2002. ISBN: 1-55642-477-9.

ÖZBEK, Serhat et al. - The effect of delayed admission in burn centers on wound contamination and infection rates. *Turkish Journal of Trauma & Emergency Surgery*. ISSN: 1307-7945. Vol.11, nº3. (2005), pp.230-237. In <http://www.travma.org.tr/en/journal/jvi.asp>

pdir=travma&plng=eng&un=UTD-226974&look4=The%20effect%20of%20delayed%20admission%20in%20burn%20centers%20on%20wound%20contamination%20and%20infection%20rates.03/10/2008, 12h10.

VALE, Everton Carlos Siviero do – Primeiro atendimento em queimaduras: a abordagem do dermatologista. Anais Brasileiros de Dermatologia. ISSN: 0365-0596. Vol.80, nº.1. (2005), pp.9-19. In <http://www.scielo.br/pdf/abd/v80n1/v80n01a03.pdf>. 27/09/2008, 22h30

AValiação da Dor

A dor é mais do que uma simples experiência sensorial causada por um estímulo específico. É algo subjectivo e individual. A pessoa com dor é o melhor juiz da mesma, segundo McCaffery (1979) “a dor é tudo aquilo que a pessoa que a sente diz que é, existindo sempre que ela diz que existe”. Existem diversos tipos de escalas para avaliar a intensidade da dor, no entanto de acordo com Baranoski (2006) a Escala Numérica é usualmente conhecida como o padrão ideal para avaliar a dor em adultos e crianças com idade superior aos 7 anos. Pelo que, apenas iremos aprofundar esta escala.

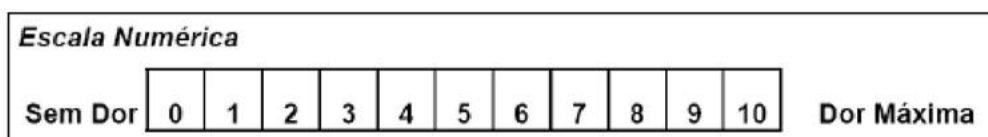


Figura 6: Escala Numérica Para a Avaliação da Dor, in Direcção-Geral da Saúde Circular Normativa nº 9/DGCG de 14/6/2003 – A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor.

Descrição da escala

A Escala Numérica, consiste numa régua dividida em onze partes iguais, numeradas sucessivamente de 0 a 10. Com a utilização desta escala pretende-se que a pessoa faça a equivalência entre a intensidade da sua dor e uma classificação numérica, sendo que o zero representa ausência de dor, o cinco indica dor moderada e o dez indica a pior dor possível. As escalas de avaliação da dor são utilizadas para determinar qual a intensidade de dor que a pessoa sente, utilizando uma simples medida verbal, visual ou numérica. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2008), deve ser salientado o carácter pessoal e subjectivo da experiência da dor na sua avaliação, ou seja, o auto-relato, visto que a dor é aquilo que a pessoa vivencia, existindo sempre que esta afirmar que existe. Em relação ao autor desta escala e à data da sua elaboração, tivemos algumas dificuldades na sua identificação. No entanto segundo STINSON (2006), esta escala foi criada em 1992 por Vetter.

Validação para Portugal

A Direcção-Geral da Saúde, no uso das suas competências e de acordo com a Comissão de Acompanhamento do Plano Nacional de Luta Contra a Dor, instituiu a “Dor como o 5º sinal vital”, tendo considerado como boa prática, no âmbito dos cuidados de saúde

O registo sistemático da intensidade da dor;

A utilização para avaliação da intensidade da dor, de uma das seguintes escalas validadas internacionalmente: “Escala Visual Analógica”, “Escala Numérica”, “Escala Qualitativa” ou “Escala de Faces”;

A inclusão na folha de registo dos sinais e sintomas vitais de espaço próprio para registo da intensidade da dor.

Implicações para a Enfermagem

A avaliação da dor de forma imprecisa pelos profissionais de saúde resulta num tratamento ineficaz desse sintoma e no aumento do sofrimento da pessoa. Por outro lado, o controlo eficaz da dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito das pessoas que dela

padecem e um passo fundamental para a efectiva humanização das Unidades de Saúde.

A utilização destas escalas é de extrema importância para a prática de Enfermagem, dado que permitem uma adequada avaliação e tratamento da dor.

Neste sentido, é fundamental que o Enfermeiro tenha conhecimentos acerca das várias escalas utilizadas para avaliar a intensidade dor, assim como da forma como devem ser utilizadas, para que a dor da pessoa possa ser descodificada e, desta forma, se possam aplicar medidas terapêuticas apropriadas. Quando o Enfermeiro pretende avaliar a dor de uma pessoa, em primeiro lugar, deve utilizar a mesma escala para a mesma pessoa e, em segundo lugar, realizar a avaliação antes e após a intervenção terapêutica, permitindo a apreciação dos resultados, ou seja, determinar se a intervenção surtiu ou não efeito.

Apesar de a dor ser um conceito bastante subjectivo, pois sabe-se que cada pessoa sente-a de modo diferente, a utilização destas escalas constitui um bom instrumento para o Enfermeiro ter uma percepção mais concreta da forma como é sentida pelo outro, possibilitando assim uma intervenção mais personalizada.

Referências bibliográficas

BARANOSKI, Sharon – O essencial sobre o tratamento de feridas: princípios práticos. Loures: Lusodidacta, 2006. ISBN: 972-8930-03-8.

Direção-Geral da Saúde Circular Normativa nº 9/DGCG de 14/6/2003 – A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – DOR: Guia Orientador de Boa Prática. Edição da Ordem dos Enfermeiros, 2008. ISBN: 978-972-99646-9-5. In http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/SedeAreaReservada/Junho2008/GuiaDor_site.pdf. 05/10/2008, 12h00.

POTTER, Patrícia; PERRY, Anne – Fundamentos de enfermagem: conceitos e procedimentos. 5ªed. Loures: Lusociência, 2006. ISBN: 972-8930-24-0.

STINSON, Jennifer et al – Systematic review of the psychometric properties, interpretability and feasibility of self-report pain intensity measures for use in clinical trials in children and adolescents. International Association for the Study of Pain. (2006), pp.1473-157. In <http://www.immpact.org/Publications/Stinson%20et%20al,%202006.pdf>. 29/09/2008, 20h00.

AVALIAÇÃO DO GRAU DE SEDAÇÃO

A sedação da pessoa que necessita de cuidados intensivos tem como principais objectivos: reduzir o desconforto da ventilação artificial; tratar distúrbios psiquiátricos ou problemas relacionados com a

abstinência de substâncias; restabelecer a temperatura corporal; reduzir a ansiedade; facilitar o sono; diminuir o metabolismo; e induzir o coma no caso de traumatismo craniano. Iremos abordar a Escala do Índice Biespectral e a Escala de Ramsay.

Descrição da escala

A Escala do Índice Biespectral foi criada em 1985 (SILVA, 2001), com o objectivo de reduzir a incidência de consciência nas pessoas submetidas a anestesia geral no período intra-operatório

Esta escala encontra-se introduzida num monitor que descreve as alterações no Electroencefalograma relacionadas com os níveis de sedação, anestesia, perda de consciência e memória, através de análise biespectral, de autoria de Fourier.

A escala do Índice Biespectral varia entre 0 e 100, sendo que os valores recomendados para se obter uma anestesia geral variam entre 45 e 60, no entanto alguns profissionais de saúde preferem manter os valores por volta dos 40, garantindo desta forma uma sedação profunda.

Validação para Portugal

Lages, Fonseca e Abelha (2006) do Serviço de Anestesiologia do Hospital S. João, EPE, consideram que para se obter uma monitorização mais precisa do estado de consciência e função neuromuscular, se deve recorrer à utilização do Índice Biespectral e do neurotransmissor.

Implicações para a Enfermagem

Considera-se que as escalas de avaliação do nível de sedação e consciência são importantes na prestação de cuidados de Enfermagem, uma vez que permitem assegurar, em certa parte, o alcance dos objectivos da sedação induzida. De acordo com os conhecimentos obtidos através da pesquisa bibliográfica realizada, apreende-se que estas escalas são deveras importantes na avaliação de pessoas submetidas a bloqueadores neuromusculares para que estes não percepcionem a sua paralisia temporária.

Referências bibliográficas

DUARTE, Leonardo – Índice Bispectral – Bis. Medicina Perioperatória. ISSN 85-98045-04-7. (2006), pp. 209-232. In www.sajmed.br/upload/file/artigos/indice%20biespectral%20-%20bis.pdf.

5.1 – ESCALA DO ÍNDICE BIESPECTRAL

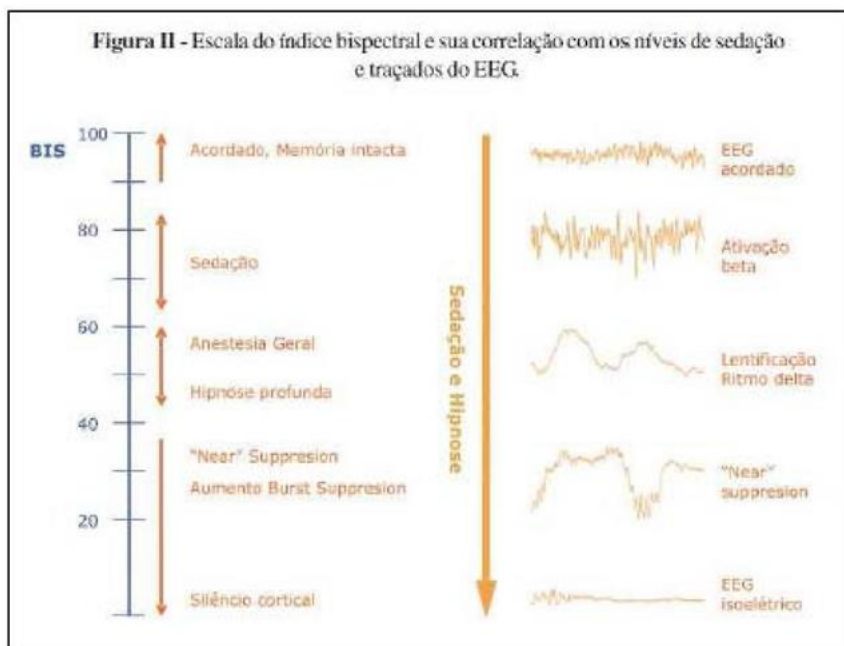


Figura 7: Escala do Índice Biespectral, in DUARTE, s.d.

www.sajmed.br/upload/file/artigos/indice%20biespectral%20-%20bis.pdf 29/09/2008, 20h40.

29/09/2008, 20h40.

LAGES, Neuza; FONSECA, Cristina; ABELHA, Fernando – Unidade de cuidados pós anestésicos – Tempo de definir novos conceitos?. Revista SPA. Vol. 15, n.º 4. (2006), pp. 18-26. In www.spanestesiologia.pt/arquivo/Vol15_4/Artigo3.pdf. 05/10/2008, 13:20.

5.2 – ESCALA DE RAMSAY

Escala de sedação de Ramsay	
Doente vigil	
1	Ansioso e agitado
2	Calmo, colaborante
3	Sonolento, obedece a ordens
Doente não vigil (resposta a estímulos sonoros intensos ou dolorosos)	
4	Resposta pronta
5	Resposta preguiçosa
6	Sem resposta

Figura 8: Escala de Ramsay, in GLORIA, Carlos; et al – *Unidade de Cuidados Intensivos: Manual de Rotinas, Procedimentos e Normas de Orientação Terapêutica*. Hospital do Barlavento Algarvio, 2002. In http://www.chbalgarvio.min-saude.pt/Downloads_HSA/CHBALg/Servi%C3%A7os/UCI/manualmed_uci.pdf

Descrição da escala

A Escala de Ramsay surgiu em 1974 sob a autoria de Michael A.E. Ramsay. Embora já se tivesse abordado um instrumento que avalia o grau de sedação, considerámos pertinente abordar a Escala de Ramsay, uma vez que, Enfermeiros que se encontram a exercer a profissão afirmam não existir Índice Biespectral em algumas unidades de urgência e de cuidados intensivos de Portugal. Tal como a Escala do Índice Biespectral, esta avalia o grau de sedação de pessoas submetidas a terapêutica sedativa. Silva (2001) interpreta os graus de sedação da escala de Ramsay da seguinte forma: Grau 1 corresponde a uma sedação insuficiente; grau 2,3 e 4 corresponde a uma sedação aceitável e grau 5 e 6 corresponde a uma sedação excessiva.

Validação para Portugal

Esta escala de sedação é considerada, por Vilela e Ferreira (2006), como a mais utilizada em Portugal e a primeira a ter sido aplicada em contexto de cuidados intensivos. Pelo que, assume-se como de extrema importância para a Enfermagem, principalmente na ausência de escalas de avaliação de sedação mais específicas e actuais.

Implicações para a Enfermagem

Relativamente às implicações para a área da enfermagem da escala de Ramsay,

coincidem com as mencionadas na escala do Índice Biespectral (pp. 28)

Referências bibliográficas

BENSEÑOR, Fábio; et al – Sedação pós-operatória na unidade de apoio cirúrgico do hospital das clínicas de São Paulo: estudo retrospectivo. Revista Brasileira de Anestesiologia. ISSN: 0034-7094. Vol 54, nº3. (2004), In www.scielo.br/scielo.php?pid=S003470942004000300011&script=sci_arttex. 29/09/2008, 20h30.

SILVA, Israel – A importância da sedação na UTI. Curso de Reciclagem Sedação em Terapia Intensiva. Fascículo 1. (2001) In www.ineti.med.br/portugues/protocolos/txts/anest1.pdf. 29/09/2008, 21h10.

SILVA, Marcelo – Escalas Neurológicas: Ramsay e Glasgow, Quando Usar?.(2008) In www.enfermagem-intensiva.com/?p=96. 29.09.2008, 20h55.

VILELA, Hugo; FERREIRA, Daniel – Analgesia, Sedação e Relaxamento Neuromuscular no Doente Ventilado em Cuidados Intensivos Cardíacos. Revista Portuguesa de Cardiologia. ISSN: 0304-4750. Vol.25, nº2. (2006), pp.217-229. In www.spc.pt/spc/pdfs/artigos/700.pdf. 03/10/2008, 23h10.

AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERA DE PRESSÃO

A ferida representa uma interrupção da integridade cutânea e funções tecidulares, sendo possível classificá-la de acordo com a sua etiologia, quantidade de exsudado, dimensões, coloração, tipo de tecido, odor, entre outras. Dependendo da idade da pessoa e das características da ferida, vai existir um impacto nas diversas dimensões individuais, nomeadamente a nível físico, psicológico, qualidade de vida e rede familiar e social, principalmente em situações de isolamento. É necessário que ocorra uma avaliação para que o tratamento seja o mais adequado possível.

Descrição da escala

A Escala de Braden foi criada em 1987 por Barbara Braden e Nancy Bergstrom. É constituída por 6 subescalas: percepção sensorial, actividade, mobilidade, humidade, nutrição, fricção e forças de deslizamento. Cada subescala vai produzir um score, que vai variar de 1 a 4. A subescala de fricção e forças de deslizamento é a única que varia de 1 a 3. O score mais baixo possível é 6, enquanto o mais alto é 23. Um score baixo indica um elevado risco para desenvolver úlceras de pressão, ao passo que score alto indica um baixo risco para desenvolver úlceras de pressão. O risco moderado localiza-se entre os scores de 13 – 14, o alto risco entre 10 – 12 e o risco muito alto entre 9 ou menos.

A escala baseia-se em 2 factores etiológicos do desenvolvimento de úlceras de pressão: a intensidade e duração da pressão e tolerância tecidular à pressão. O objectivo geral dos instrumentos de previsão e

Patient's Name	BRADEN SCALE FOR PREDICTING PRESSURE SORE RISK				Evaluator's Name	Date of Assessment
SENSORY PERCEPTION ability to respond meaningfully to pressure, pain or discomfort	1. Completely Limited Unresponsive (does not react, flinch, or groan) to painful stimuli. One to three episodes of sensory loss in 24 hours. OR Inured ability to feel pain over most of body.	2. Very Limited Responds only to painful stimuli. Cannot communicate discomfort except by moaning or groaning. OR Has a sensory impairment which limits the ability to feel pain or discomfort in 1 of 2 extremities.	3. Slightly Limited Responds to verbal commands, but cannot always communicate discomfort or the need to be turned. OR Has some sensory impairment which limits ability to feel pain or discomfort in 1 of 2 extremities.	4. No Impairment Responds to verbal commands. Has no sensory deficit and exhibits the ability to feel or locate pain at discretion.		
MOISTURE degree to which skin is exposed to moisture	1. Completely Moist Skin is kept moist almost constantly by perspiration, urine, etc. Compensate if needed every time patient is moved or turned.	2. Very Moist Skin is often, but not always, moist. Linen must be changed at least once a shift.	3. Occasionally Moist Skin is occasionally moist, requiring an extra towel change approximately once a day.	4. Nearly Moist Skin is usually dry. Linen only requires changing at routine intervals.		
ACTIVITY degree of physical activity	1. Bedfast Confined to bed.	2. Confined Ability to walk severely limited or non-existent. Cannot bear own weight and/or must be assisted into chair or wheelchair.	3. Walks Occasionally Walks occasionally during day, but for very short distances, with or without assistance. Spends majority of each shift in bed or chair.	4. Walks Frequently Walks outside room at least once a day and inside room at least once every two hours during waking hours.		
MOBILITY ability to change and control body position	1. Completely Inmobile Does not make even slight changes in body or extremity position without assistance.	2. Very Limited Makes occasional slight changes in body or extremity position but unable to make frequent or significant changes independently.	3. Slightly Limited Makes frequent though slight changes in body or extremity position independently.	4. No Limitation Makes major and frequent changes in position without assistance.		
NUTRITION usual food intake pattern	1. Very Poor Eaten less than a complete meal. Rarely eats more than 1/4 of any food offered. Only 2 servings of liquid or 1/2 pint of daily produced per day. Takes fluids poorly. Does not take a liquid dietary supplement. OR Is NPO and/or maintained on clear liquids for more than 5 days.	2. Probably Inadequate Eaten less than a complete meal and generally eats only 1/2 to 3/4 of any food offered. Eaten more than 2 to 3 servings of liquid daily produced per day. Occasionally will take a dietary supplement. OR Receives less than optimum amount of liquid and/or tube feeding.	3. Satisfactory Eats one half of meal twice. Eats a total of 4 servings of protein daily. Usually produces per day. Occasionally will refuse a meal, but will usually take a supplement when offered. OR Is on a tube feeding or tube regimen when probably needs most of nutritional needs.	4. Excellent Eats most of every meal. Never refuses a meal. Usually eats a total of 4 or more servings of meal and daily produced. Occasionally will refuse a meal. Does not require supplementation.		
FRICION & SHEAR	1. Problem Requires moderate to maximum assistance in moving. Complete sliding without sliding against sheets is impossible. Frequently slides down in bed or chair, requiring frequent repositioning with maximum assistance. Spontaneously, contractions or agitation leads to unmet sliding motion.	2. Potential Problem Moves freely or requires minimum assistance. During a move slides probably slides to some extent against sheets, chair, restraints or other devices. Maintains reasonably good position in chair or bed most of the time but occasionally slides down.	3. No Apparent Problem Moves in bed and in chair independently and has sufficient muscle strength to slip up completely during move. Maintains good position in bed or chair.			
© Copyright Braden Scale and Nancy Bergstrom, 1988. All rights reserved.						Total Score

Figura 9: Escala de Braden, *in* <http://www.bradenscale.com/braden.PDF>, 01/10/2008, 18h00.

enfermagem: conceitos e procedimentos. 5ªed. Loures. Lusociência, 2006. ISBN 972-8930-24-0.

CONCLUSÃO

Este trabalho relevou-se importante na medida que permitiu-nos contactar com alguns instrumentos de avaliação, com as quais poderemos ter possibilidade de trabalhar na prestação de cuidados de Enfermagem à pessoa em situação complexa.

Decidimos incidir sobre a temática da pessoa com queimaduras, visto ser uma área

que desperta-nos interesse e nunca ter sido abordada em contexto teórico, até à data, logo

considerámos ser uma boa forma de adquirir conhecimentos sobre esse assunto.

Algumas das escalas não se ligam directamente à pessoa com queimadura, contudo a prestação de cuidados de Enfermagem deve ser numa perspectiva holística, pelo que vão adequar-se às necessidades do cliente, ao longo do processo de tratamento e reabilitação.

No decorrer da pesquisa bibliográfica e dada a longevidade de alguns instrumentos de avaliação, tivemos dificuldade em chegar a um consenso relativamente a alguns itens de caracterização dos mesmos. Relativamente aos objectivos inicialmente propostos consideramos que em termos gerais foram cumpridos, sendo que: realizámos pesquisa bibliográfica acerca do tema escolhido, identificando posteriormente os instrumentos de medida que mais se adequavam ao mesmo; em seguida analisámos e sintetizámos, mediante os itens propostos, as características dos instrumentos de medida e avaliação; finalmente reflectimos sobre a importância do papel do Enfermeiro na aplicação desses instrumentos. Consideramos este trabalho muito pertinente porque os profissionais de Enfermagem devem estar sensibilizados para a utilização de instrumentos de avaliação, para uma prestação de cuidados de qualidade.

prevenção é identificar de forma eficaz e eficiente as pessoas com maior risco de desenvolvimento de úlceras de pressão.

Validação para Portugal

A validação ocorreu em 2001 por Ferreira et al.

Em Novembro de 2002 foi realizado um estudo comparativo entre a escala de Braden e a de Norton, em que os resultados revelaram que a escala de Braden apresenta valores com sensibilidade e especificidade mais elevados e consistentes. O resultado obtido neste estudo é uma evidência de que a realidade portuguesa não se afasta muito de outras realidades, nas quais alcançaram-se resultados semelhantes.

Referências bibliográficas

BARANOSKI, Sharon – O essencial sobre o tratamento de feridas: princípios práticos. Loures. Lusodidacta, 2006. ISBN 972-8930-03-8.

FERREIRA, Pedro Lopes et al. – Risco de Desenvolvimento de Úlceras de Pressão: Implementação Nacional da Escala de Braden. Camarate: Lusociência, 2007. ISBN: 978-972-8930-37-0.

POTTER, Patrícia; PERRY, Anne – Fundamentos de