

Tecnologias nas ações em enfermagem: utilização de escalas/testes

Technologies while in the nursing actions: use of scale/tests
Tecnología en las acciones de enfermería: uso de escalas/ testes

Grazielle Roberta Freitas da Silva¹, Dinah Sá Rezende Neta², Illoma Rossany Lima Leite², Eralayne Camapum Brandão³, Lorena Sousa Soares³

¹Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade Federal do Piauí, Teresina, Piauí, Brasil, ²Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí. Teresina, PI. Brasil. ³Discente do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, Teresina, Piauí, Brasil. Bolsista de Iniciação Científica (CNPq/UFPI)

Submissão: 11/01/2011

Aprovação: 07/04/2011

RESUMO

A Enfermagem se apóia na tecnologia do cuidado como expressão do saber fazer com valorização da vida para sua sustentação moral, ética e filosófica. Como todas as ações de enfermagem devem corroborar para o cuidado ao ser humano, e podem ser classificadas como tecnologias, surgiu interesse em desenvolver esse artigo descritivo que teve como objetivo apresentar escalas/teste enquanto tecnologias nas ações de enfermagem nos vários contextos do cuidar humano. Foram descritas aquelas que vêm sendo usadas na Universidade Federal do Piauí, a saber: Breastfeeding Self-Efficacy Scale (BSES-SF); Summary of Diabetes Self-Care Activities (SDSCA); Escala de Braden; Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH) e Nursing Activities Score (NAS). Foram descritas sua origem, suas propriedades, dimensões, formas de aplicação e interpretação. Essas tecnologias vêm mostrando possíveis soluções para a melhoria das práticas em enfermagem, já que permitem ao profissional um olhar sistematizado sobre seu cotidiano.

Descritores: Enfermagem. Escalas. Avaliação.

ABSTRACT

Nursing is based on the technology of care as an expression of knowing how to value life for its support of moral, ethical and philosophical. Because all nursing actions should corroborate care for the human being, and can be classified as technology has emerged an interest in developing this descriptive article aims to show scale/test technologies while in the nursing actions in various contexts of human care. We described those that have been used in Federal University of Piauí, namely: Breastfeeding Self-Efficacy Scale (BSES-SF), Summary of Diabetes Self-Care Activities (SDSCA), Braden Scale, Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH) and Nursing Activities Score (NAS). We described their origin, their properties, dimensions, placement and interpretation. These technologies have shown potential solutions for improving practices in nursing, as they allow professionals to a systematic look over their daily lives.

Descriptors: Nursing. Scales. Evaluation.

RESUMEN

Enfermería se basa en la tecnología de la atención como una expresión de saber valorar la vida por su apoyo moral, ético y filosófico. Debido a que todas las acciones de enfermería debe corroborar el cuidado del ser humano, y puede ser clasificada como la tecnología ha surgido un interés en el desarrollo de este artículo descriptivo tiene como objetivo mostrar la escalas/ teste como tecnologías de pruebas, mientras que en las acciones de enfermería en diferentes contextos del cuidado humano. Se describen los que se han utilizado en la Universidad Federal de Piauí, a saber: Breastfeeding Self-Efficacy Scale (BSES-SF); Summary of Diabetes Self-Care Activities (SDSCA); Escala de Braden; Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH) e Nursing Activities Score (NAS). Se describe su origen, sus propiedades, dimensiones, ubicación e interpretación. Estas tecnologías han demostrado las posibles soluciones para mejorar las prácticas de enfermería, ya que permiten a los profesionales a una mirada sistemática a lo largo de su vida cotidiana.

Descritores: Enfermería. Escalas. Evaluación.

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Apesar do grande foco humanista da Enfermagem, o avanço tecnológico em suas múltiplas expressões vem ganhando espaço na sua área de conhecimento, o que leva ao interesse pela produção de conhecimentos sobre o tema. Entender a concepção de tecnologia em enfermagem é um desafio para uma profissão cujo foco histórico é o ser humano.

Entretanto, a tecnologia não pode ser entendida como um paradigma de cuidado oposto ao humano, mas, sobretudo, um agente e objeto em função da pessoa. A tecnologia pode ser um fator que humaniza, mesmo nas arenas mais tecnologicamente intensas de cuidado em saúde. As dualidades da tecnologia como produto e significado, matéria e significado, produto e processo, repousam não em sua oposição necessária à humanização, mas, especialmente, em suas recursividades, isto é, na sua existência como ambas, força material objetiva e como uma realidade dinâmica e construída socialmente⁽¹⁻²⁾. As tecnologias podem ser classificadas em leve, referentes às relações, acolhimento, gestão de serviços; em leve-dura, ao abordar saberes bem estruturados, como o processo de enfermagem; e dura quando envolvem os equipamentos tecnológicos(máquinas).

Assim, um determinado conceito de tecnologia, no processo de produzir e consumir saúde exige o reconhecimento de muito mais que suas características enquanto instrumento: Tecnologia-equipamento como o conjunto de saberes e fazeres relacionados a produtos e materiais que definem terapêuticas e processos de trabalho e se constituem em instrumentos ou extensões da nossa habilidade física e mental de realizar ações, que acontecem em uma relação cultural, social e profissional na produção da saúde⁽²⁾.

A Enfermagem se apóia em duas grandes bases de atuação: a tecnologia do cuidado como expressão do saber fazer e o valor da vida como sustentação moral e ética do seu trabalho, que por sua vez se sustentam com a formação profissional, a produção científica e filosófica por meio de estratégias políticas⁽³⁾.

A idéia de tecnologia não está ligada somente a equipamentos tecnológicos, mas também ao 'saber fazer' e a um 'ir fazendo'. No campo da saúde, embora as categorias tecnológicas se inter-relacionem, não deve prevalecer à lógica do 'trabalho morto', aquela expressa nos equipamentos e saberes estruturados. O ser humano necessita das tecnologias de relações, de produção de comunicação, de acolhimento, de vínculos, de autonomização, denominadas 'tecnologias leves'. As tecnologias têm sempre como referência o trabalho que se revela como ação intencional sobre a realidade na busca de produção de bens/produtos que, necessariamente, não são materiais, palpáveis, mas podem ser simbólicos. Não obstante, é necessário ressaltar que, embora seguindo referenciais teórico-filosóficos distintos, é possível encontrar interfaces entre a classifica-

ção de tecnologias em saúde, especialmente as leves, com alguns pressupostos de teóricas acerca do cuidado, uma vez que esse tipo de tecnologia tem como premissa a produção de relações de reciprocidade e de interação, indispensáveis à efetivação do cuidar em enfermagem⁽¹⁻²⁾.

Nesse contexto tecnológico, em que a enfermagem está inserida, muitas escalas e testes vêm sendo elaborados, traduzidos, adaptados, validados e aplicados, com vistas a mensurar e/ou identificar situações nas quais se possam atuar de forma mais científica e eficaz. Com a familiaridade dessas tecnologias, pode-se selecionar a mais adequada para cada: faixa etária, instituição, campo de atuação e/ou investigação. Considerando esses pressupostos, o objetivo desse artigo descritivo é apresentar escalas/testes enquanto tecnologias nas ações de enfermagem nos vários contextos do cuidar humano.

2 UTILIZANDO ESCALAS E TESTES PARA O CUIDAR

Serão descritos detalhadamente os principais instrumentos de mensuração em saúde (escalas e teste) quem vêm sendo usadas na enfermagem da Universidade Federal do Piauí (UFPI), a saber: Breastfeeding Self-Efficacy Scale(BSES); Summary of Diabetes Self-Care Activities (SDSCA); Escala de Braden; Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH) e Nursing Activities Score (NAS). Justifica-se esse enfoque local, haja vista as autoras desse artigo, estarem inseridas em projetos de pesquisa e/ou extensão aplicando essas tecnologias.

Durante seu processo de elaboração, tradução e/ou adaptação para o Brasil, a maioria desses instrumentos tem seus títulos alterados para o português, porém é convenção entre os pesquisadores manter os títulos, bem como as siglas de abreviatura, em inglês (ou sua língua original), com vistas a facilitar a comunicação com todos os pesquisadores e leitores estrangeiros.

Breastfeeding Self-Efficacy Scale- Short Form(BSES-SF)

Dos instrumentos conhecidos internacionalmente, têm-se a Breastfeeding Self-Efficacy Scale - Short Form (BSES-SF). A BSES-SF é a forma reduzida da Breastfeeding Self-Efficacy (BSES)⁽⁴⁾, no Canadá. Em português: Escala de Auto-Eficiência em Amamentação. Esta versão foi revista e desenvolvida uma "Short-Form", no qual a escala original tem 33 itens e a reduzida tem 14 itens. No Brasil, a BSES foi traduzida, adaptada e validada para o português brasileiro⁽⁵⁾ e bem como a sua versão curta (BSES-SF)⁽⁶⁾. Trata-se de uma preciosa ferramenta ao dispor dos profissionais de saúde por identificar mães em risco de abandonarem precocemente o ato de amamentar, avaliar comportamentos inerentes à amamentação, avaliar a eficácia das intervenções ou ajudar na construção de programas direcionados. Tal fato pode levar a médio ou longo pra-

zo à redução das taxas de desmame precoce⁽⁵⁾ e conseqüentemente à melhoria da qualidade de vida do binômio mãe-filho.

Constitui-se de 14 itens que abordam duas categorias de domínio: Técnica (8 itens) e Pensamentos Intrapessoais (6 itens). Cada item é avaliado de acordo com uma escala de concordância (tipo Likert) com a seguinte pontuação: 1. discordo totalmente, 2. discordo, 3. às vezes concordo, 4. concordo e 5. concordo totalmente. De modo que se pode obter um escore total variável de 14 a 70 pontos. A partir do somatório, classifica-se a eficácia: eficácia baixa (14 a 32 pontos); eficácia média (33 a 51 pontos) e eficácia alta (52 a 70 pontos)^(4,6).

Ainda não é consenso qual o intervalo de aplicação, parece que o mais indicado é que ocorra mensalmente, se possível associando os achados ao peso da criança. Porém essa tecnologia permite ao profissional de saúde conhecer previamente a área ou domínio em que a mulher tem menor auto-eficiência, possibilitando, assim, a implementação de estratégias de cuidado e promoção da amamentação mais personalizada. É interessante atentar para as diferenças dos escores de cada aplicação, nem apenas o escore final, o que retratará mudanças comportamentais frente a amamentação.

Summary of Diabetes Self-Care Activities (SDSCA)

A avaliação dos pacientes diabéticos pode ser realizada utilizando-se a escala Summary of Diabetes Self-Care Activities (SDSCA), que se propõe a medir indiretamente a adesão ao regime terapêutico, por meio dos níveis de autocuidado. Sua validade e confiabilidade já foram avaliadas e estabelecidas em populações norte-americanas de língua inglesa⁽⁷⁾ e espanhola⁽⁸⁾ e também em portuguesa de Portugal⁽⁹⁾. Já traduzida e validada para o português do Brasil com título: Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes⁽¹⁰⁾.

É considerada de fácil aplicação e custo controlado, com adequadas propriedades psicométricas e excelente opção de avaliação do autocuidado, tendo em vista já ter sido aplicada em pacientes adolescentes e adultos com diabetes tipo 1 e 2, respectivamente⁽⁷⁾. Além disso, o autocuidado, anteriormente visto como algo particular e subjetivo pode agora ser mensurado de forma precisa.

A SDSCA avalia cinco aspectos do regime de tratamento do Diabetes Mellitus (DM), agrupados em seis dimensões do autocuidado: alimentação (geral e específica), atividade física, uso da medicação, monitorização da glicemia e o cuidado com os pés, avaliando também o tabagismo. As dimensões representam atividades distintas do tratamento do diabetes, realizadas de maneira independente pelos pacientes. O questionário original⁽¹¹⁾ foi revisado e modificado a partir da avaliação de sete estudos que o utilizaram na avaliação dos pacientes⁽¹²⁾. Possui 12 itens para medir os componentes do autocuidado no DM, apresentando, também, outros 14

itens adicionais que podem ser utilizados para investigação mais detalhada de alguns desses cuidados^(7,10).

A avaliação é parametrizada em dias da semana, numa escala de 0 a 7, correspondendo aos comportamentos referentes aos últimos sete dias. Os hábitos tabagísticos são considerados separadamente, por estarem codificados de forma diferente, valorizando a média de cigarros consumidos por dia⁽⁹⁻¹⁰⁾.

As questões relativas à alimentação específica (consumo de carnes vermelhas; de pão; mistura de hidratos de carbono às principais refeições; de bebidas alcoólicas, dentro e fora das refeições; doces e uso do açúcar) encontra-se com pontuação invertida, já que os resultados devem mostrar a adesão ao que é recomendado e não às práticas desaconselhadas.

Ao final seu escore, isoladamente, não representa relevância clínica, porém quando aplicado de forma longitudinal, mostra como o paciente esta se cuidado. Porém, ainda não há consenso sobre o número de aplicações necessárias.

Escala de Braden

Foi desenvolvida em 1987, para diminuir a incidência da úlcera por pressão (UP), no qual se contabilizava os fatores que contribuem para a compressão prolongada, bem como os que contribuem para a redução da tolerância tecidual⁽¹²⁾. No Brasil, foi testada sua validade de predição em 34 clientes de unidade de terapia intensiva (UTI), obtendo excelentes propriedades psicométricas⁽¹³⁾.

Nessa escala são avaliados seis fatores de risco (sub-escalas) no paciente, que são: 1 - Percepção sensorial: referente à capacidade do paciente reagir significativamente ao desconforto relacionado à pressão; 2 - Umidade: refere-se ao nível em que a pele é exposta à umidade; 3 - Atividade: avalia o grau de atividade física; 4 - Mobilidade: refere-se à capacidade do paciente em mudar e controlar a posição de seu corpo; 5 - Nutrição: retrata o padrão usual de consumo alimentar; 6 - Fricção e Cisalhamento: retrata a dependência do paciente para a mobilização e posicionamento e sobre estados de espasticidade, contratura e agitação que podem levar à constante fricção⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

As cinco primeiras sub-escalas são pontuadas de 1 (menos favorável) a 4 (mais favorável); a sexta sub-escala, fricção e cisalhamento, é pontuada de 1 a 3. O somatório total fica entre os valores de 6 a 23. A contagem de pontos baixa, indica baixa habilidade funcional, estando, portanto, o paciente em alto risco para desenvolver UP⁽¹⁶⁾. Atualmente, o risco é classificado por níveis, considerando o somatório dos escores ou escore total, e definindo-os como: sem risco - pacientes com escore de 19 a 23; baixo risco - com escore de 15 a 18; risco moderado - escore de 13 a 14; risco alto ou elevado - escores entre 10 a 12; e, risco muito elevado - escore igual ou menor que nove⁽¹²⁻¹⁶⁾.

Essa escala constitui-se uma importante ferramenta

preditiva, a qual deve ser aplicada na avaliação que antecede a alta hospitalar⁽¹⁵⁾. Sugere-se ainda que sua aplicação na admissão e no decorrer da internação hospitalar.

Em estudo realizado 100 pacientes no momento da admissão hospitalar em Teresina, aplicando escala de Braden, predominou pacientes sem risco (82%), porém encontrou-se elevada incidência (40,7%). Pode-se verificar que a avaliação dos riscos deve ocorrer nas primeiras horas de admissão, no qual muitos pacientes já apresentam riscos iminentes, sendo reavaliados sempre que houver mudança indicativa de risco, o que significa que uma só avaliação não é válida. Sugere-se adoção de medidas adequadas para prevenir e/ou minimizar os fatores de riscos⁽¹⁷⁾.

Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH)

O surgimento de úlceras pode ser inevitável principalmente em pacientes graves internados em UTIs, de tal forma, que o estadiamento e a cicatrização precisam ser monitorados efetivamente, proposta da escala Pressure Ulcer Escala for Healing (PUSH). Essa escala foi desenvolvida e validada, pelo Task Force da National Pressure Ulcer Advisory Panel⁽¹⁸⁾ e traduzida para ser usada no Brasil⁽¹⁹⁾.

Considera três parâmetros, área da ferida, quantidade de exsudato e aparência do leito da ferida, para avaliação da cicatrização e resultados de intervenções⁽¹⁹⁾: O escore total pode variar de 0 a 17. Escores maiores indicam piores condições da úlcera e escores que diminuem indicam melhora na cicatrização. Portanto, medindo apenas três variáveis, o instrumento PUSH gera escores que, em sua magnitude e direção, podem descrever as condições e a evolução das UPs.

Além dos três parâmetros, a escala contém definições operacionais para cada um deles: uma tabela para registrados os escores de cada parâmetro e o escore total de acordo com a data, um gráfico para visualização da evolução dos escores totais e uma folha de instruções para o avaliador.

Para garantir consistência na aplicação do instrumento de avaliação do processo de cicatrização da ferida, podem ser estabelecidas definições operacionais para cada característica. Seguem as etapas de aplicação⁽¹⁸⁻²⁰⁾:

Etapa 1: mede-se a ferida em seu maior comprimento (céfalo-caudal). Uma segunda medida deve ser efetuada para a maior largura (lateralmente). Multiplicam-se as duas medidas para obter a área, em centímetros quadrados, que pode variar de 0 a > 24cm², e, então, seleciona-se, na escala, a categoria à qual essa medida corresponde e consequentemente registrando-se o subescore obtido (0 a 10).

Para mensuração das úlceras usamos, no primeiro estudo aplicando a escala PUSH em Teresina⁽²¹⁾, as seguintes condutas: colocou-se papel grau cirúrgico estéril sobre a ferida e em seguida o avaliador fez o

mesmo desenho em papel A4, considerando todas as suas dimensões e assim realizou a medição nesse papel A4 livre de qualquer exsudato, pois na cidade ainda não se disponibiliza de fitas métricas descartáveis, como sugeridas pelas normas internacionais. Em seguida usou-se uma única e mesma régua graduada para todas as medições. Todas essas condutas foram aplicadas todas as vezes em que as lesões foram medidas⁽²¹⁾.

Etapa 2: avalia-se a quantidade de exsudato presente, após a remoção da cobertura e antes da aplicação de qualquer agente tópico, classificando-a na escala como ausente (0), pequena (1), moderada (2) ou grande (3) quantidade.

Etapa 3: identifica-se o tipo de tecido presente no leito da ferida, marcando os seguintes escores na escala:

Quadro 1- Avaliação do tecido no leito da úlcera, segundo PUSH⁽¹⁹⁾.

Score	Tecido	Características observadas no tecido do leito da UP
4	Necrótico (escara)	Coloração preta, marrom ou castanha que adere firmemente ao leito ou às bordas e pode apresentar-se mais endurecido ou mais amolecido, comparativamente à pele periferida.
3	Esfacelo	Coloração amarela ou branca que adere ao leito da ferida e apresenta-se como cordões ou crostas grossas, podendo ainda ser mucinoso.
2	Granulação	Coloração rósea ou vermelha, de aparência brilhante, úmida e granulosa.
1	Epitelial	Para as feridas superficiais, aparece como um novo tecido róseo ou brilhante (pele) que se desenvolve a partir das bordas ou como "ilhas" na superfície da lesão.

Etapa 4: Soma-se os subescores alcançados nas três características para obter o escore total da escala PUSH e registra-se na Tabela de Cicatrização da UP.

Etapa 5: Registra-se o escore total no Gráfico de Cicatrização, conforme a data.

Cada etapa deve ser realizada para cada UP avaliada, em um total máximo de 4 lesões no mesmo paciente, como recomendado pela NPUAP⁽¹⁸⁾ ao aplicar PUSH.

Em estudo longitudinal prospectivo, realizado em três UTIs de um Hospital em Teresina-PI, com amostra não probabilística por conveniência de 19 pacientes e 66 aplicações da escala PUSH teve-se: prevalência de 61,29% de UP, das quais 63,33% eram sacrais, grau II, 29,6%, tratadas com ácidos graxos essenciais. Houve queda ou manutenção dos escores da escala. A escala foi útil para monitorar a avaliação cicatricial, o que representou confiabilidade⁽²⁰⁾.

Nursing Activities Score (NAS)

O NAS foi um índice criado resultante de modificações do Therapeutic Intervention Scoring System-28

(TISS-28), seu antecessor. Trata-se de um instrumento para avaliação da carga de trabalho de enfermagem em UTI, descrevendo aproximadamente duas vezes mais o tempo gasto pela enfermagem no cuidado ao paciente crítico quando comparado com o TISS-28⁽²¹⁾. O índice originalmente descrito na língua inglesa foi traduzido e validado em 2002⁽²²⁾. Depois de cumpridas as etapas de adaptação transcultural, o instrumento final, em português denominado Escore de Atividades de Enfermagem (EAE), foi testado para avaliar suas propriedades psicométricas. Em seguida, foi sugerido como indicador confiável e válido para mensurar carga de trabalho de enfermagem em UTI⁽²²⁾.

É composto por sete grandes categorias: atividades básicas, suporte ventilatório, cardiovascular, renal, neurológico, metabólico e intervenções específicas, em um total de 23 itens, cujos pesos variam de um mínimo de 1,2 a um máximo de 32,0. Ressalta-se que os itens 1, 4, 6, 7 e 8 apresentam subitens. São os seguintes itens que compõe o NAS⁽²¹⁻²²⁾:

Quadro 2- Itens do Nursing Activities Score (NAS)

1. Monitorização e controlesA ;	13. Reposição intravenosa de grandes perdas de fluidos;
2. Investigações laboratoriais: bioquímicas e microbiológicas;	14. Monitorização do átrio esquerdo;
3. Medicação, exceto drogas vasoativas;	15. Reanimação cardiorespiratória;
4. Procedimentos de higieneB;	16. Técnica de hemofiltração, técnicas dialíticas;
5. Cuidados com todos os drenos, exceto SNG;	17. Medida quantitativa do débito urinário;
6. Mobilização e posicionamentoC ;	18. Medida da pressão intracraniana;
7. Suporte e cuidados aos familiares e parentesD;	19. Tratamento da acidose/alcalose metabólica;
8. Tarefas administrativas e gerenciaisE;	20. Nutrição parenteral total;
9. Suporte respiratório;	21. Alimentação enteral por SNG ou outra via gastrointestinal;
10. Cuidados com vias aéreas artificiais;	22. Intervenção(ões) específica(s) na UTI
11. Tratamento para melhora da função pulmonar;	23. Intervenções específicas fora da UTI.
12. Medicação vasoativa, independente do tipo e dose;	

^aSubitens 1a,1b, 1c

^BSubitens 4a, 4b, 4c

^CSubitens 6a, 6b e 6c

^DSubitens 7a, 7b

^ESubitens 8a, 8b, 8c

Cada item possui uma pontuação, portanto o escore atribuído resulta da soma das pontuações dos itens que correspondem às necessidades de assistência direta e indireta dos pacientes. Esse escore representa quanto tempo de um profissional de enfermagem o paciente requereu nas últimas 24 horas. Como resultado, a pontuação passou a representar a porcentagem de tempo gasto pelos profissionais de enfermagem na assistência direta ao paciente, podendo atingir até 176,8%. Assim se a pontuação for 100, interpreta-se que o paciente requereu 100% do tempo de um profissional no seu cuidado nas últimas 24 horas⁽²³⁻²⁵⁾. O preenchimento dos itens é feito com base no registro das atividades de enfermagem realizadas, o que parece ser um dificultador para usar o NAS⁽²⁶⁾.

Recentemente foi realizado estudo retrospectivo realizado em uma das UTIs de Teresina-PI, com amostra de 66 pacientes e 285 medidas do escore NAS. Quanto à carga de trabalho de enfermagem, foi verificada uma média do escore total do NAS de 68,1%(51,5% a 108,3%), o que representa elevada necessidade de cuidados e correto dimensionamento. Verificou-se que houve correlação estatística entre NAS e desfecho clínico ($p= 0,000$). Sugere-se estudos utilizando-o para adequar recursos humanos em UTI⁽²⁶⁾.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Um instrumento quando elaborado e/ou traduzido passa por uma série de especificações de natureza psicométrica, o que requer procedimentos estatísticos aprimorados. Só assim, os instrumentos de mensuração em saúde (escalas/testes) podem ser aplicados em várias situações distintas. Dessa forma, pode-se mensurar os fenômenos de saúde, gerando cada vez mais validade clínica desses instrumentos, enquanto tecnologias de cuidar, o que representa sistematizar o cotidiano da enfermagem nos vários contextos de atuação. Existem muitos instrumentos de mensuração em saúde e cada um tem vantagens e desvantagens, e os profissionais podem determinar qual o melhor dentro das suas necessidades assistências e da sua realidade profissional.

REFERÊNCIAS

- Martins CR, Dal Sasso GTM. Tecnologia: definições e reflexões para a prática em saúde e enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2008; 17(1):11-2.
- Barbosa SFF, Sasso GTMD, Berns I. Enfermagem e tecnologia: análise dos grupos de pesquisa cadastrados na Plataforma Lattes do CNPq. *Texto Contexto Enferm*. 2009; 18(3): 443-448.

- Nietzsche EA, Leopardi MT O saber da enfermagem como tecnologia: a produção de enfermeiros brasileiros. *Texto Contexto Enferm* 2000; 9(1):129-52.
- Dennis CL, Faux S. Development and Psychometric Testing of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale. *Res Nurs Health* 1999; 22(5):399-409.
- Oriá MOB. Tradução, adaptação e validação da Breastfeeding Self-Efficacy Scale: aplicação em

- gestantes[tese]. Fortaleza (CE): Universidade Federal do Ceará; 2008.
6. Dodt RCM. Aplicação e validação da Breastfeeding Self-Efficacy Scale - Short Form em puérperas[tese]. Fortaleza (CE): Universidade Federal do Ceará; 2008.
7. Toobert DJ, Hampson SE, Glasgow RE. The summary of diabetes self-care activities measure: results from 7 studies and a revised scale. *Diabetes Care* 2000; 23(7):943-50.
8. Vincent D, McEwen MM, Pasvogel A. The validity and reliability of a Spanish version of the summary of diabetes self-care activities questionnaire. *Nurs Res.* 2008; 57(2):101-6.
9. Bastos F, Severo M, Lopes C. Propriedades psicométricas da escala de autocuidado com a diabetes traduzida e adaptada. *Act Med Port.* 2007; 20(1): 11-20.
10. Michels, MJ, Coral MHC, Sakae TM, Damas TB, Furlanetto LM. Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes: tradução, adaptação e avaliação das propriedades psicométricas. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2010; 54(7):644-51.
11. Toobert DJ, Glasgow RE. Assessing diabetes self-management: the summary of diabetes self-care activities questionnaire. In: Bradley C, editor. *Handbook of Psychology and Diabetes.* Switzerland: Harwood Academic. 1994. p. 351-75.
12. Bergstrom N, Allman RM, Alvarez OM, Bennet MA, Carlson CE, Frantz RA, et al. Treatment of pressure ulcer. *Clinical practice guideline.* n.15. 1994; Rockville: Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research, 1004 (AHCPR publication, n.95-0653).
13. Paranhos WY, Santos VLCG. Avaliação de risco para úlcera e pressão por meio da escala de Braden, na língua portuguesa. *Rev. Esc. Enferm USP* 1999; 33(n.esp):191-206.
14. Chayamiti EMPC, Caliri MHL. Úlcera por pressão em pacientes sob assistência domiciliar. *Acta paul. enferm.* 2010; 23(1): 29-34.
15. Faustino AM, Caliri MHL. Úlcera por pressão em pacientes com fratura de fêmur e quadril: um estudo descritivo. *OBJN.* 9(1), 2010. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/issue/view/22>
16. Sousa CA, Santos I, Silva LD. Aplicando recomendações da Escala de Braden e prevenindo úlceras por pressão - evidências do cuidar em enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2006; 59(3): 279-84.
17. Veloso NF. Caracterização dos riscos para úlceras por pressão em ambiente hospitalar: aplicação da escala de Braden [Monografia]. Teresina(PI): Universidade Federal do Piauí. Bacharelado em Enfermagem; 2010.
18. National Pressure Ulcer Advisory Panel. Conceito e classificação de úlcera por pressão: atualização da NPUAP. *Rev Estima.* 2007; 5 (3): 43-44.
19. Santos VLCG, Azevedo MAJ, Silva TS, Carvalho VMJ, Carvalho VF. Adaptação Transcultural do Pressure Ulcer Escala for Healing (PUSH), para a língua portuguesa. *Rev. Latinoam. enferm.* 2005; 13(3): 305-13.
20. Silveira SLP. Avaliação das úlceras por pressão por meio da aplicação da escala Pressure Ulcer Escala for Healing [Monografia]. Teresina (PI): Universidade Federal do Piauí. Bacharelado em Enfermagem; 2010.
21. Gonçalves LA, Padilha KG. Fatores associados à carga de trabalho de enfermagem em Unidade Intensiva. *Rev Esc Enferm USP* 2007; 41(4): 1-11.
22. Queijo AF, Padilha KG. Nursing Activities Score (NAS): adaptação transcultural e validação para a língua portuguesa. *Rev Esc Enferm USP* 2009; 43(1):1-10.
23. Miranda DR, Rijk A, Schaufeli W, Iapichino G. Nursing Activities Score (NAS). *Crit Care Med.* 2003; 31(2): 374-82.
24. Ducci AJ, Padilha KG. Nursing activities score: estudo comparativo da aplicação retrospectiva e prospectiva em unidade de terapia intensiva. *Acta Paul Enferm.* 2008; 21(4): 581-7.
25. Padilha KG, Sousa RMC, Queijo AF, Mendes AM, Miranda DR. Nursing Activities Score in the intensive care unit: analysis of the related factors. *Intensive Crit Care Nurs.* 2008; 24:197-204.
26. Leite IRL. A demanda de trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva [Monografia]. Teresina(PI): Universidade Federal do Piauí. Bacharelado em Enfermagem; 2010.