

USO DA ESCALA DE BRADEN E SUA APLICAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO

Adriana Avanzi Marques Pinto

Heloisa Helena de Almeida Sanches Pinheiro de Britto

dri1981@yahoo.com.br

helobritto_sanches@outlook.com

RESUMO: Esta respectiva pesquisa buscou identificar as ações de prevenção e avaliação do risco de um paciente acamado em desenvolver lesão por pressão, por parte das equipes de saúde tanto das Unidades Básicas de Saúde quanto das Estratégias de Saúde da Família da cidade de Assis/SP. Junto aos dados coletados a partir das entrevistas, tanto com a equipe de saúde quanto com os familiares/cuidadores, observou-se a deficiência na compreensão por parte dos realizadores dos cuidados aos pacientes, os quais encontram dificuldade no entendimento do que é prevenção de propiamente e o cuidado. Assim ao se avaliar as orientações para realização dos cuidados, propostos pela equipe de saúde, em relação a sua eficácia foi possível observar que os profissionais desconhecem ações de avaliação, prevenção e cuidado relacionados ao paciente acamado que possuem o risco do desenvolvimento de lesão por pressão.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária a Saúde, Úlcera por Pressão, Avaliação de Resultados (Cuidados de Saúde).

ABSTRACT: This research aimed to identify the actions of prevention and evaluation of the risk of a patient bedridden in developing pressure injury, by the health teams of both the Basic Health Units and the Family Health Strategies of the city of Assis / SP. Along with the data collected from the interviews, both with the health team and with the family / caregivers, the deficiency in the comprehension by the directors of the care of the patients was observed, who find difficulty in understanding what is prevention of properly And care. Thus, when evaluating the guidelines for the performance of care, proposed by the health team, in relation to its effectiveness, it was possible to observe that the professionals are not aware of evaluation, prevention and care actions related to the bedridden patient who are at risk of developing pressure injury.

KEY WORDS: Primary Health Care, Pressure Ulcer, Outcome Assessment (Health Care).

1. Introdução

A lesão por pressão é definida como uma lesão de pele causada pela interrupção sangüínea em uma determinada área que se desenvolve devido a uma pressão aumentada por um período prolongado. (SANVITTO, 2013).

O local mais freqüente para o seu desenvolvimento é na região sacra, calcâneo, nádegas, trocânteres, cotovelos e tronco, os fatores que contribuem para o risco de desenvolvimento de lseão por pressão são vários, dentre eles temos a imobilidade, pontos de pressão prolongados, fricção, traumatismos, idade avançada, desnutrição, incontinência urinária e fecal, infecção, deficiência de vitamina, pressão arterial, umidade excessiva e edema. (SANVITTO, 2013).

As úlceras por pressão podem e são classificadas em estágios segundo a sua evolução:

-Estágio I: A pele encontra-se intacta, porém observa-se vermelhidão e um pouco de ulceração de pele;

-Estágio II: A pele começa a perder sua espessura, apresentando abrasão, cratera superficial ou bolha;

-Estágio III: Apresenta-se uma ferida de formação completa, a qual envolve a epiderme, derme e o subcutâneo;

-Estágio IV: Ocorre então uma lesão significativa com a espessura completa de perda tecidual com exposição óssea, a desintegração ou necrose para os músculos, ossos e estruturas de suporte como os tendões e cápsula articular. (MATOS; DUARTE; MINETTO, 2010)

A Organização Mundial da Saúde (OMS) utiliza a incidência e a prevalência das lesões por pressão como um dos indicadores para determinar a qualidade dos cuidados prestados nos serviços de saúde. Segundo a OMS, aproximadamente 95% das lesões de pressão podem ser evitadas com a adoção de medidas especiais.

No Brasil, não há dados suficientes que indiquem a incidência e a prevalência de lesão por pressão no País. Os estudos voltados para esse caráter são localizados em cidades específicas e realizados em alguns setores hospitalares. Não existindo também dados precisos na literatura a respeito dos custos gerados pelas lesões de pressão para o sistema de saúde. (BLANES, et al., 2004)

A prevalência de lesões por pressão no ambiente hospitalar é extremamente alta, variando de 2,7% ao máximo de 29,5%. Pacientes tetraplégicos (60%) e idosos com fraturas de colo de fêmur (66 %) atingem as mais altas taxas de complicações, seguidos por pacientes criticamente doentes (33%). De uma forma geral, aproximadamente 40% dos pacientes com lesões medulares que completam o seu tratamento desenvolverão uma úlcera por pressão. Como a população de idosos tende a se tornar a de maior crescimento em nosso meio, pacientes ambulatorial com assistência domiciliar são reconhecidos como de alto risco para o desenvolvimento de lesões de decúbito. (COSTA, et al., 2005)

As Lesões por Pressão representam um sério problema para os serviços de saúde, principalmente para as equipes de enfermagem, as quais oferecem cuidados seguidos aos pacientes 24 horas por dia e, multidisciplinar, quer seja pela elevada incidência, prevalência e diversidade de medidas profiláticas e terapêuticas existentes, quer seja pelo aumento da mortalidade, morbidade e custos delas provenientes. (SANTOS, et al., 2005)

Os cuidados de enfermagem às lesões por pressão envolvem intervenções relacionadas ao acompanhamento integral do cliente em risco de adquirir a lesão, por meio da

utilização de escalas de predição de risco, conhecimento dos fatores de risco e da realidade das unidades de saúde. (MEDEIROS; LOPES; JORGE; 2009)

Com a possibilidade de auxiliar os profissionais e verificar os riscos que tem um paciente em desenvolver lesão por pressão durante seu período de internação, a criação de diversas escalas vem sendo a nível mundial. Entre elas, destacam-se a de Norton, Gosnell, Waterloo e Braden, esta última possui grande notoriedade por ter sido estudada e submetida a testes que apuravam sua confiabilidade e validade, a qual avalia 5 fatores de risco do paciente, colocadas como subescalas, dentre eles: percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, nutrição e fricção e cisalhamento. (MATOS; DUARTE; MINETTO; 2010), (FREITAS; ALBERTI, 2013)

Essas seis sub-escalas recebem uma pontuação, conforme o comprometimento apresentado, recorrendo-se à definição dos parâmetros incluídos na escala. A pontuação varia de 1 a 4, exceto na sub-escala Fricção e Forças de deslizamento, que varia de 1 a 3, assim a soma das seis sub-escalas pode variar entre 6 e 23. Quanto menor o valor, maior será o comprometimento apresentado e, conseqüentemente, maior a exposição ao risco. (MATOS, DUARTE, MINETTO, 2010), (FREITAS; ALBERTI, 2013)

Depois de avaliadas cada uma das seis sub-escalas somam-se as respectivas pontuações obtendo-se uma pontuação total que resulta no valor da Escala de Braden. (MATOS, DUARTE, MINETTO, 2010), (FREITAS; ALBERTI, 2013)

O valor da pontuação total é categorizado em dois níveis de risco:

- **Alto Risco** – Pontuação ≤ 16
- **Baixo Risco** – Pontuação ≥ 17

Recomenda-se que cada uma das seis sub-escalas devam ser analisadas individualmente, com a finalidade de implementar intervenções preventivas para cada uma delas. Assim a avaliação do risco deve ser desenvolvida imediatamente a admissão do paciente, em conjunto com a avaliação de toda a pele e a integridade da mesma. No qual se refere à reavaliação, recomenda-se uma nova avaliação a cada 48 horas ou sempre que haja uma alteração significativa na situação clínica do indivíduo, como transferência para a unidade de cuidados intensivos, falência de órgãos ou sistema, septicemia, febre, instabilidade hemodinâmica, infecção urinária, entre outras complicações.

Em relação ao seguimento dos cuidados, a reavaliação poderá ser semanal e posteriormente mensal, conforme o risco que o paciente apresente for diminuindo. (MATOS, DUARTE, MINETTO, 2010), (FREITAS; ALBERTI, 2013)

Com esse instrumento, o estudo de risco torna-se satisfatório e seu uso é imprescindível quando em processo de decisão para a realização das medidas preventivas a serem aplicadas pelo enfermeiro. Assim a escala de Braden permite estimar a capacidade em premeditar o surgimento de lesão por pressão, conhecendo-se assim a incidência da lesão por pressão e os seus fatores associados. (MATOS, DUARTE, MINETTO, 2010), (FREITAS; ALBERTI, 2013)

Mas o cuidado em saúde não se limita ao âmbito hospitalar, ao se recuperar esse paciente recebe alta e os cuidados em relação a essa LPP, bem como a prevenção de novas lesões, precisa ter continuidade, neste momento quem assume esse cuidado é a família juntamente com a unidade de saúde pertencente a sua área de abrangência.

Sabemos da importância da articulação entre os níveis de atenção a saúde, e é neste momento que a rede de atenção à saúde se estabelece. Conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (MS), as ações realizadas no âmbito domiciliar no contexto da Atenção Primária, adquirem características que compreendem ações sistematizadas, articuladas e regulares; realizando ações de promoção, recuperação e reabilitação em saúde. Com esta ação de acompanhamento mais próximo do domicílio, busca-se diminuir o índice de internação hospitalar, por meio da realização de procedimentos simples e atividades no domicílio, junto a equipes de enfermagem e multidisciplinar e a família, oferecendo desta forma um maior conforto ao paciente e diminuição nos custos para tratamentos. (CADÓ et al., 2012)

Neste sentido o paciente tem a continuidade da sua assistência, porém para que possamos ter sucesso nesse cuidado, a família e a equipe de saúde precisam estar preparadas para isso, para tanto as ferramentas disponíveis precisam ser utilizadas. Como as equipes das unidades de saúde tem se preparado para lidar com a transição do perfil epidemiológico que vem sofrendo nosso país? Como dar sequência a esse cuidado iniciado no âmbito hospitalar e que até então não fazia parte dos cuidados prestados pela Atenção Primária a saúde?

Com o envelhecimento da população percebemos a necessidade de se aprimorar os cuidados realizados pelas equipes de saúde, pois até então o perfil de adoecimento da população era voltado a cuidados com doenças transmissíveis, exigindo ações de combate a doenças. Hoje percebemos que os motivos que levam ao adoecimento dos indivíduos estão relacionados com problemas de saúde que matem maior relação com os hábitos de vida, mas também com fatores que estão ligados a longevidade, como sequelas de algumas doenças, que acabam por deixar o indivíduo acamado por longos anos e como consequência tem as lesões por pressão. As LPP demandam cuidado

intensivo dos familiares e cuidadores, bem como das equipes de saúde para evitar que se estabeleçam, pois quando presentes são de difícil tratamento, demandam cuidados intensos e longos períodos para que a sua cicatrização aconteça por completo, isso nem sempre acontece de fato devido aos locais acometidos e a falta de materiais e medicamentos necessários bem como o custo elevado desse tratamento.

Acredita-se que quanto maior o tempo de exposição do paciente acamado a períodos sem mudança de decúbito existe um maior risco de se desenvolver LPP devido à circulação sanguínea não ser efetiva, principalmente nos pontos do corpo que sofrem maior pressão, como calcâneos, região sacra, trocanteriana, escapular, chegando a acometer até mesmo a região auricular em alguns casos de total imobilidade do paciente e a falta de cuidado realizado pela família no lar ou equipe de saúde no âmbito hospitalar. Nem sempre a não realização do cuidado necessário está associado a negligência ao paciente, mas sim ao desconhecimento da importância desses cuidados necessários, como também a falta de avaliação adequada do risco em desenvolver a LPP.

Assim a melhor maneira seria identificar os riscos potenciais que o paciente acamado tem em desenvolver a LPP e agir antes mesmo da mesma acontecer, assim temos um custo menor a efetividade do cuidado muito maior do que demanda uma ferida já aberta. Desta forma, ao aplicar uma escala que avalia esse risco estaremos evitando o surgimento da LPP, ao mesmo tempo estaremos capacitando à família ou cuidadores e a equipe de saúde, para que esta não aconteça e demandem um tempo maior de cuidado para o paciente que já se apresenta dependente de alguém para se alimentar-se, movimentar-se, enfim para realização das atividades diárias.

Assim esse estudo busca analisar o uso da Escala de Braden na avaliação do risco em desenvolver lesão por pressão nos pacientes acamados atendidos pela Atenção Primária do município de Assis/SP, bem como avaliar as ações de prevenção para o surgimento de lesão por pressão realizada pelas equipes de saúde e familiares ou cuidadores.

2. Revisão de literatura

Em uma busca realizada na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) foi possível perceber a relação desse tema ao ambiente hospitalar. Dos 20 artigos encontrados que tinham como

tema a LPP, no que se refere a sua incidência e prevenção, 15 tinham como foco central a LPP analisada em âmbito hospitalar, dois em pacientes institucionalizados, dois com foco no cuidado domiciliar em si, sem abordar a importância da Atenção Primária nesse cuidado e um estudo era de revisão de literatura. Isso demonstra a importância de estudos voltados para atenção Primária, pois de alguma maneira o paciente após a sua alta hospitalar irá procurar as unidades de saúde para orientações, retirada de materiais, acompanhamento da ferida ou de patologias que o paciente necessite.

Quando analisado o aspecto que contribui para o surgimento das LPP, é possível perceber que quanto maior o comprometimento nas atividades de vida diária o paciente apresenta, maior é o risco em desenvolver LPP, isso pode ser confirmado por um estudo realizado com pacientes que mantinham acompanhamento domiciliar por um programa em Belo Horizonte, 97,3% dos pacientes que desenvolveram LPP apresentavam comprometimento nas suas atividades. (FREITAS; ALBERTI, 2013)

No que se refere a aplicação da Escala de Braden e a sua evidência na avaliação da prevenção da LPP, um estudo realizado na UTI de um hospital do Rio de Janeiro, observou-se a incidência de LPP em 11 pacientes dos 41 avaliados, representando 26,83%, o local mais acometido também foi a região sacra com 60,7%. (SOUSA; SANTOS; SILVA, 2006)

Diante desses dados é possível identificar que existe uma lacuna na atuação do enfermeiro no cuidados com feridas, visto que nem sempre as ferramentas disponíveis são utilizadas da maneira correta. Porém não é possível afirmar que esse problema também acontece na Atenção Primária, visto o número escasso de literatura sobre o tema.

3. Método

Trata-se de um estudo exploratório de caráter descritivo com abordagem qualitativa dos dados obtidos, o qual buscou identificar quais ações estão sendo realizadas para a prevenção da LPP na Atenção Primária do município de Assis/SP.

O cenário do estudo compreendeu a Atenção Primária a Saúde (APS) do município, composta por sete Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 12 Unidades de Saúde da

Família (USF). Os participantes foram as equipes de saúde, representadas pelos enfermeiros, técnicos ou auxiliares de enfermagem e os familiares ou cuidadores dos pacientes com mobilidade física prejudicada atendidos pelas unidades da rede de atenção a saúde, que aceitaram participar da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista gravada mediante aplicação de um questionário semi-estruturado elaborado pelas autoras, com perguntas abertas. As entrevistas foram realizadas tanto com um membro da equipe de enfermagem da unidade de saúde, como com um membro da família ou cuidador dos pacientes com algum tipo de patologia ou condição física que limitasse sua movimentação de forma independente. A análise do produto final tomou como base da análise de conteúdo, modalidade temática proposta por Bardin (1970).

Todo o processo de coleta de dados só teve início após aprovação do comitê de ética em pesquisa, atendendo a Resolução 466 de 2012 do CNS – MS e todos participantes foram submetidos a aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

4. Resultados e Discussão

Com as respectivas dezenove unidades de saúde da APS da cidade de Assis/SP, tivemos a participação de dez unidades. Os profissionais que não puderam participar alegaram a não existência de pacientes acamados com lesão por pressão na área de abrangência ou a indisponibilidade de tempo para colaboração com a coleta de dados. A partir das entrevistas realizadas foi possível destacar 4 categorias de análise que seguem abaixo.

4.1 Categorias de análise para a Equipe de Saúde:

Avaliação da equipe de saúde mediante encaminhamento de outro serviço ou busca pelos familiares de pacientes que apresentam algum tipo de lesão por pressão:

“[...] Pacientes quando vem do Hospital Regional que vem já com úlcera por pressão que é um paciente acamado... Geralmente a Enfermeira do Regional liga pra gente, solicita uma visita né [...]”.

“[...] O paciente chega para nós através dos familiares, o qual quando o paciente tá acamado. Então nós agendamos uma visita [...]”.

Conforme destaca Ferreira et al, (2014) percebe-se que encaminhamento tardio do paciente já com a lesão por pressão instalada não é uma realidade encontrada somente nesse estudo. Outros fatores importantes são a sobrecarga do serviço de saúde em acompanhar os pacientes que exigem visitas periódicas e a capacitação e disponibilidade de recursos materiais para a execução dos curativos pelos cuidadores, o que nem sempre acontece. Para tanto, os autores asseguram que a partir dos resultados obtidos no estudo citado, a equipe de saúde precisa ter o conhecimento sobre a prevenção e tratamento das lesões por pressão, bem como assegurar a diminuição na incidência de novas lesões e possível, a cura e a minimização de complicações.

Cuidados de prevenção com base no conhecimento do cuidador e poder aquisitivo da família:

“[...] Tem pacientes que são super instruídos e eles até conseguem pagar alguém para fazer esse cuidado e tem outros que não... Quando o paciente ainda tem instrução, que entende o processo de cuidado é bem mais simples.”

Nesta categoria, observou-se que o surgimento de LPP está ligado às condições intrínsecas e extrínsecas de cada indivíduo. Nas entrevistas realizadas, percebe-se que a equipe de saúde utiliza como parâmetro a orientação de que “cada caso é um caso”, direcionando que as dificuldades e deficiências apresentadas pelas famílias no cuidado do paciente acamado ao nível de escolaridade e dificuldades financeiras vividas (FERREIRA et al, 2014).

4.2 Categorias de análises para Familiares/Cuidadores:

Desconhecimento do familiar/cuidador sobre cuidados de prevenção de lesão por pressão:

“Os cuidados é mais dar banho nele né, depois nós lavamos bem a ferida com o soro e depois, nós colocamos a pomada né, colocamos a gaze e cola ali.”

“Os cuidados?... Os medicamentos você fala? [...]”.

Ferreira et al, (2014), destacam a importância no modo em como o cuidador realiza os cuidados e aplica ou não as orientações recebidas pela equipe de saúde podem influenciar as condições das LPP em cada paciente, acrescentam que tanto familiares como cuidadores, relatam não terem sido orientados em relação as formas de prevenção das LPP. Nas entrevistas realizadas nota-se que as orientações, segundo o familiares ou cuidadores foram transmitidas, porém há uma desconexão do que foi transmitido para o que foi compreendido. Assim compreende-se que a orientação foi realizada, contudo não de modo significativo, o que pode contribuir para a falta de entendimento dos cuidados a serem realizados pelos familiares ou cuidadores.

As orientações a respeito dos cuidados a serem dispensados em domicílio na prevenção de LPP devem fazer parte de programas estruturados de educação em saúde para as pessoas em cuidados paliativos e seus familiares (FERREIRA et al, 2014). Ao se observar a realidade do cenário em que este estudo aconteceu e a rede de atenção a saúde, as ações de educação em saúde são realizadas pela equipe de saúde em suas visitas, não existindo um trabalho específico para orientar e capacitar a respeito dos procedimentos com curativos.

Realização de cuidados para os tratamentos da lesão por pressão já instalada:

“É, a troca né... Se ela tá de xixi, a gente lava no leito mesmo e troca ela, a fralda. O curativo se estiver molhado a gente troca também... Aí, o curativo passa o soro fisiológico, aí depois passa a Rifocina [...]”.

“[...] A gente passa pomada, que é quatro de uma vez... E passa o óleo de girassol direto... É recomendado [...]”.

“Eu viro ela de posição de duas em duas horas... Passo creme hidratante, o óleo Dersani para fazer o curativo [...]”.

Como observado no estudo a realização dos cuidados com o paciente acamado começam a acontecer quando já se tem uma lesão instalada, não existindo a preocupação em realizar ações para prevenção das mesmas. Por mais que os cuidados são realizados por meio de técnicas corretas, é notável que os cuidados preventivos ainda sejam confundidos cuidados de proteção. O que corrobora com a falha na transmissão das orientações, o que poderia assegurar um melhor entendimento da família ou cuidador para compreender cuidados de prevenção e de promoção a saúde.

Ferreira et al, (2014), identificam que as estratégias para orientação de familiares ou cuidadores, tanto para a prevenção como para o tratamento da LPP, podem se tornar mais efetivas. Para tanto torna-se necessária uma atuação mais próxima aos pacientes e seus familiares, viabilizando não só visitas domiciliares mais frequentes, mas também intervenções alternativas por meio de monitoramento telefônico ou folder institucional com orientações básicas sobre LPP, entre outras possibilidades

Assim é preciso avançar na sistematização dos cuidados de enfermagem a fim de realizar a prevenção primária e secundária das LPP, o que inclui o diagnóstico precoce destas, por exemplo, por meio do uso de um instrumento avaliativo de risco de desenvolvimento da lesão ou a partir da capacitação dos profissionais para a busca de novos casos, como para agirem na prevenção, promoção e cuidado do paciente usuário do Sistema Único de Saúde (FERREIRA et al, 2014).

Ao que diz respeito ao uso da Escala de Braden na avaliação de risco em desenvolver uma LPP na APS, foi constatado que as equipes de saúde, em sua maioria das USF, não realizam qualquer avaliação por meio de instrumentos.

Muitos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem desconhecem esta escala de avaliação, muitas vezes não realizam a avaliação por já ter sido feita pelo médico da unidade.

Quando comparado o uso da escala pelos profissionais das UBS, existe o conhecimento deste método de avaliação, porém não é aplicado devido isso não ser rotina da equipe.

Percebe-se assim que o atendimento é realizado após a identificação do caso, nas USF isso é trazido pelos agentes comunitários.

Ao se questionar a equipe de saúde sobre a aplicação da Escala de Braden no auxílio para o cuidado, existe um consenso que seria de grande eficácia, mas sua implantação poderia mostrar a necessidade de um maior número de profissionais para a realização dos curativos e consequentemente um espaço adequado na unidade para receber os pacientes que podem ir até ela, ou até mesmo a disponibilidade de um veículo para equipe realizar as visitas para a identificação de novos casos e a realização dos cuidados de rotina, fortalecendo a promoção da saúde.

5. Conclusão

Ao estudar a realidade do cenário da APS de Assis foi possível identificar que os cuidados de prevenção de LPP realizados pela equipe de saúde se encontram

fragilizados, devido ao desconhecimento sobre as formas de prevenção. Existe uma sobrecarga do sistema e uma impossibilidade de abranger e atender tantos casos.

Foi possível observar conforme destaca Ferreira et al, (2014), uma íntegra atuação da Equipe de Saúde na correta transmissão das orientações para os familiares/cuidadores, tanto no cuidado como na prevenção. Porém podemos destacar que existem deficiências na transmissão dos cuidados realizados pela equipe de saúde e a compreensão dos familiares/cuidadores e, conseqüentemente sua realização, o que corrobora com a pesquisa e a coleta de dados realizada neste estudo.

As orientações de cuidado realizadas trazem eficácia, mas o conhecimento teórico transmitido contém falhas, como simplificar e distinguir os cuidados de curativo que a família/cuidador realiza, de ações de prevenção que os mesmos diretamente ou indiretamente realizam, os quais necessitam de um reforço maior para que a prevenção seja algo válido e presente para o paciente acamado com propensão a desenvolver a lesão.

Fica evidente que a diferenciação de assistência de cada paciente para outro é devido a problemas intrínsecos ou extrínsecos existentes na vida do paciente atendido pela unidade. Esses fatores refletem uma adaptação do meio, no caso a situação do paciente para a realidade do funcionamento do trabalho da equipe de saúde, contendo motivos como, o tempo pela sobrecarga de trabalho e os materiais que eles podem dispor para o paciente/usuário.

Esse modo de trabalho gera deficiências para a prevenção das LPP, em sua totalidade seu efeito reparador para a lesão está presente, mas a família/cuidador acaba compreendendo que o ato de trocar o curativo é a prevenção de LPP.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.

BAVARESCO, Talina; MEDEIROS, Regina Helena; LUCENA, Amália Fátima. **Implantação da Escala de Braden em uma unidade de terapia intensiva de um hospital universitário**. Revista Gaúcha de Enfermagem.,v. 32. n. 4, p. 703-710, 2011.

BLANES, Leila; DUARTE, Ivone da Silva; CALIL, José Augusto, FERREIRA, Lydia Masako. **Avaliação clínica e epidemiológica das úlceras por pressão em pacientes internados no Hospital São Paulo**. Rev Assoc Med Bras. v. 50, n. 2, p. 182-7, 2004.

CADÓ, Thaís; ZANOS, Débora; VIEIRA, Gêssica; SKUPIEN, Jonas; FRIGO, Letícia. **Úlcera por pressão - abordagem interdisciplinar na atenção básica: uma revisão bibliográfica.** Fórum de Fisioterapia, trabalho de pesquisa – Centro Universitário Franciscano-UNIFRA [Internet].

COSTA, Márcio Paulino Costa; STURTZ, Gustavo; COSTA, Fabio Paganini Pereira da Costa; FERREIRA, Marcus Castro; FILHO, Tarcísio E. P. Barros. **Epidemiologia e tratamento das úlceras de pressão: experiência de 77 casos.** Act Ortop Bras., v.13, n. 3, p. 124 -133, 2005.

FAUSTINO, Andréa Mathes; CALIRI, Maria Helena Larcher. **Úlcera por pressão em pacientes com fratura de fêmur e quadril: um estudo descritivo.** Online braz. j. nurs. (Online). v. 9, n. 1, 2010.

QUEIROZ, Ana Carolina de Castro Mendonça; MOTA, Dálete Delalibera Corrêa de Faria; BACHION, Maria Marcia; FERREIRA, Ana Cássia Mendes. **Úlceras por pressão em pacientes em cuidados paliativos domiciliares: prevalência e características.** Revista da Escola de Enfermagem da USP. v. 48, n. 2 (2014).

FREITAS, Jaqueline de Paula Chaves Freitas; ALBERT, Luiz Ronaldo. **Aplicação da Escala de Braden em domicílio: incidência e fatores associados a úlcera por pressão.** Acta paul. enferm. v.26, n. 6, p. 515-521, 2013.

MATOS, Letícia Sousa; DUARTE, Nalu Lopes Vasconcelos; MINETTO, Rita de Cássia **Incidência e prevalência de úlcera por pressão no CTI de um Hospital Público do DF.** Rev. Eletr. Enf. [Internet]. v. 12, n. 4, p. 719-26, 2010.

MEDEIROS, Adriana Bessa Fernandes; LOPES, Consuelo Helena Aires de Freitas; JORGE, Maria Salete Bessa. **Análise da prevenção e tratamento das úlceras por pressão propostos por Enfermeiros.** Rev. Esc. Enferm. USP. v. 43, n. 1, p. 223- 228, 2009.

ROGENSK, Noemi Marisa Brunet; SANTOS, Vera Lúcia Conceição de Gouveia. **Estudo sobre a incidência de úlcera por pressão em um hospital universitário.** Rev Lat Am Enfermagem. v. 13, n. 4, p. 474-480, 2005.

SANTOS, Vera Lúcia Conceição de Gouveia; AZEVEDO, Maria Augusta Junqueira; SILVA, Thais Salimben; CARVALHO, Vilma Maria Justo, CARVALHO, Viviane Fernandes de. **Adaptação transcultural do pressure ulcer scale for healing (PUSH) para a língua portuguesa.** Rev. LatinoAm. Enfermagem. v. 13, n. 3, p. 305-13, 2005.

SANVITTO, Gilberto. **Úlceras de Pressão.** ABC da Saúde [Internet]. Data de Acesso: 06/12/2015 - Código do Conteúdo: Artigo 626, 2013.

SOUSA, Cristina Albuquerque de; SANTOS, Iraci dos; SILVA, Lolita Dopico da. **Aplicando recomendações da Escala de Braden e prevenindo úlceras por pressão: evidencias do cuidar em enfermagem.** Rev Bras Enferm. v. 59, n. 3, p. 279-284, 2006.