



Fundação Educacional do Município de Assis  
Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis  
Campus "José Santilli Sobrinho"

**PATRICIA MARQUES MONTEIRO DO NASCIMENTO**

**ÚLCERAS POR PRESSÃO: UTILIZAÇÃO DA ESCALA DE BRADEN  
COMO FERRAMENTA DE AVALIAÇÃO DE FATORES DE RISCO:  
UMA REVISÃO DA LITERATURA**

Assis

2011

**PATRICIA MARQUES MONTEIRO DO NASCIMENTO**

**ÚLCERAS POR PRESSÃO: UTILIZAÇÃO DA ESCALA DE BRADEN  
COMO FERRAMENTA DE AVALIAÇÃO DE FATORES DE RISCO:  
UMA REVISÃO DA LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis, como requisito do Curso de Graduação em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Ms. Luciana Gonçalves Carvalho  
Área de Concentração: Enfermagem

Assis  
2011

## FICHA CATALOGRÁFICA

NASCIMENTO, Patricia Marques Monteiro

Úlcera por Pressão: utilização da Escala de Braden como ferramenta de avaliação de fatores de risco: uma revisão da literatura / Patrícia Marques Monteiro do Nascimento. Fundação Educacional do Município de Assis – FEMA- Assis, 2011. 50p

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Ms. Luciana Gonçalves Carvalho

Trabalho de Conclusão de Curso – Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis – IMESA

1. Escala de Braden. 2. Úlcera por pressão 3. Enfermagem.

CDD: 617.14  
Biblioteca da FEMA

**ÚLCERAS POR PRESSÃO: UTILIZAÇÃO DA ESCALA DE BRADEN  
COMO FERRAMENTA DE AVALIAÇÃO DE FATORES DE RISCO:  
UMA REVISÃO DA LITERATURA**

**PATRICIA MARQUES MONTEIRO DO NASCIMENTO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis, como requisito do Curso de Graduação analisado pela seguinte comissão examinadora:

---

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Ms. Luciana Gonçalves Carvalho.

---

Analizador (1):

Assis  
2011

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me confiar o Seu amor para que eu possa cuidar de vidas, pois sem ele, o cuidado é meramente mecânico, e nós não cuidamos de máquinas, mas de pessoas.

Agradeço aos meus pais que sempre sonharam em ter um filho “formado na faculdade”, pois aí está, o sonho se concretizou.

À minha irmã Luciene e seu esposo Rafael, que me ajudaram psicologicamente e financeiramente, sem a ajuda de vocês teria sido praticamente impossível, mas sei que foram usados por Deus para me abençoarem nessa etapa da minha vida. Muito obrigada.

Ao meu esposo Samir e meus filhos Sarah e Daniel, amores da minha vida, pela compreensão nos momentos de cansaço, ausência e irritação e pelas palavras de incentivo do Samir: Só falta mais um pouco!

Agradeço também a todos os professores de Enfermagem, pois ofereceram conhecimentos fundamentais para minha carreira e em especial à minha orientadora, Prof<sup>a</sup> Luciana por ter a sabedoria e a paciência para me orientar.

Às pessoas maravilhosas que conheci nesses anos, colegas de classe que se tornaram amigas, obrigada, vocês enfeitaram a minha vida com a sua juventude e alegria.

E também aos colegas de trabalho que me apoiaram nos momentos difíceis, principalmente à Elisangela, obrigada pela força.

Amo todos vocês!!!

“Apesar dos nossos defeitos, precisamos enxergar que somos pérolas únicas no teatro da vida e entender que não existem pessoas de sucesso ou pessoas fracassadas. O que existe são pessoas que lutam pelos seus sonhos ou desistem deles. Nunca desista dos seus sonhos”.

(Augusto Cury, 2004)

## RESUMO

A úlcera por pressão é uma complicação comum em pacientes críticos hospitalizados, tornando-se um problema sério para os mesmos e causando problemas adicionais como dor, sofrimento e aumento na morbimortalidade, prolongando o tempo e o custo da internação.

A prevenção deste tipo de complicação é um desafio para a assistência de enfermagem. A Escala de Braden é um instrumento que permite uma melhor avaliação de risco para desenvolvimento das úlceras de pressão, o que pode determinar a modificação no processo de assistência e redução na incidência de novos casos. Neste contexto, a finalidade deste foi analisar definições e características associadas à Úlcera por pressão, identificar a presença de fatores de risco descritos na literatura e quantificar em artigos científicos a existência da utilização da Escala de Braden como ferramenta de avaliação de fatores de risco, buscando no banco de dados SCIELO, TESES USP e GOOGLE ACADÊMICO. Quanto aos resultados, foram analisados 18 artigos que evidenciam a manifestação de indicadores expressivos da Escala de Braden, norteando ações de cuidado ao paciente, percebe-se a importância do conhecimento de toda a equipe envolvida no cuidado, principalmente da equipe de enfermagem e também, do bom senso das unidades de saúde para o controle do problema que pode ser evitado.

**Palavras-chave:** Escala de Braden; Úlcera por pressão; Enfermagem.

## **ABSTRACT**

The Pressure Ulcer is a common complication in critical hospitalized patients, turning into a serious problem to them and leading them to additional problems like pain, suffering and morbidity mortality, extending the time and costs of hospitalization.

Preventing this kind of complication is a challenge to the nursing care. The Braden Scale is an instrument that allows a better risk assessment of developing the Pressure Ulcers, leading to a change in the care and reducing the reincidence of new cases. In this context the purpose of this coursework was to analyze the definitions and characteristics associated to the Pressure Ulcer, identify the presence of risk factors reported in the literature and quantify in scientific articles the existance of the Braden Scale as an instrument of risk assessment, looking into databases SCIELO, USP THESIS, and GOOGLE SCHOLAR. Regarding the results, 18 articles that show the expression of significant indexes of the Braden Scale, guiding actions in patient care, were analyzed. It is noticeable the importance of knowing the entire team involved in the patient care, mainly the nursing staff, and also the sense of health facilities in controlling the problem that can be avoided.

**Keywords:** Braden Scale, Pressure Ulcer, Nursing.



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Artigos encontrados e bases de dados .....	34
Quadro 2 - Artigos publicados em periódicos nacionais, na língua portuguesa, no período de janeiro de 2000 a julho de 2011 .....	3513
Quadro 3 - Descritor “Escala de Braden” e sua relação com os objetivos dos artigos .....	36

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	11
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	13
2.1 OBJETIVO GERAL .....	13
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	13
<b>3 JUSTIFICATIVA</b> .....	14
<b>4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	15
4.1 ÚLCERAS POR PRESSÃO .....	15
4.1.1 CONCEITO DE ÚLCERA POR PRESSÃO .....	16
<b>5 ESCALA DE BRADEN</b> .....	20
5.1 PERCEPÇÃO SENSORIAL .....	21
5.2 UMIDADE .....	22
5.3 MOBILIDADE/ ATIVIDADE .....	23
5.4 NUTRIÇÃO .....	24
5.5 FRICÇÃO E CISALHAMENTO .....	24
<b>6 AVALIAÇÃO DO RISCO NA ESCALA DE BRADEN</b> .....	27
<b>7 ÚLCERAS DE PRESSÃO E SUA PREVENÇÃO</b> .....	28
<b>8 MATERIAL E MÉTODO</b> .....	32
8.1 TIPO DE ESTUDO .....	32
8.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	32
8.3 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS .....	32
8.4 ANÁLISE DOS DADOS .....	33
<b>9 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	34
<b>10 CONCLUSÃO</b> .....	39
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	41
<b>APÊNDICE A - ESCALA DE BRADEN</b> .....	47
<b>APÊNDICE B - LISTA DOS ARTIGOS QUE COMPÕE A AMOSTRA</b> .....	48

# 1 INTRODUÇÃO

Na prática da enfermagem percebe-se a grande necessidade do profissional em se capacitar buscando conhecimento, se aperfeiçoando e melhorando a qualidade da sua assistência prestada, lembrando-se que o alvo de seu cuidado é o total bem estar do paciente, indivíduo este que deve ser entendido como um ser humano formado por corpo, mente e espírito, então devem ser observados como seres únicos, proporcionando uma visão integral, e desafiando a oferecer a ele uma assistência individualizada com base no entendimento do processo saúde-doença, suas condições fisiológicas e psicossociais. Este paciente então precisa de uma equipe multiprofissional capacitada e envolvida e com uma visão holística no seu cuidado. Porém na vivência hospitalar observa-se que um alto número de pacientes apresenta algum tipo de complicação durante a sua permanência hospitalar e a que mais prevalece é o desenvolvimento de úlcera por pressão, em sua maioria estes pacientes apresentam certa condição de dependência que leva à condição nutricional prejudicada, seja por um quadro neurológico, procedimento cirúrgico ou condições clínicas. Muitos podem ser os fatores que venham a propiciar o desenvolvimento da condição de formação de úlceras por pressão, e a seriedade desta condição exige atenção especial do profissional a cada paciente, num processo de enfermagem individualizado, desenvolvendo cuidado personalizado. A experiência profissional e o seu olhar clínico são importantíssimos para decidir corretamente em favor do bem estar do paciente.

O aperfeiçoamento e atualização dos profissionais envolvidos no cuidado destes pacientes pode oferecer uma melhor qualidade do cuidado. Segundo MAKLEBUST & SIEGGREEN (1996) apud Fernandes, a prevalência de úlceras por pressão no cenário hospitalar nos EUA gira em torno de 3.5% a 29%, destaca-se ainda que essa diferença de valores decorra dos problemas conceituais nas definições do que seja prevalência, nas diferenças conceituais de úlcera por pressão e da inclusão ou não da úlcera no estágio I.

ALLMAN et al. (1986) apud Fernandes, relatam que em estudos realizados na

Europa, Canadá e África do Sul, 3% a 11% de pacientes hospitalizados apresentaram úlceras por pressão.

O desenvolvimento da úlcera por pressão (UP) está relacionado ao paciente e ao meio externo, há vários fatores envolvidos, a imobilidade é um fator de risco importante. Pacientes com instabilidade hemodinâmica, sedados, com alteração do nível de consciência, restrição de movimentos, que estão fazendo uso de medicações vasoativas e suporte ventilatório são mais propensos à UP (FERNANDES, 2000).

Para uma efetiva prevenção, na admissão do paciente deverá ser feita uma avaliação do seu risco em desenvolver UP devendo ser refeita no máximo a cada 48 horas ou quando houver alteração no seu quadro, especialmente em pacientes críticos. O método mais utilizado para avaliação é a Escala de Braden, desenvolvida nos Estados Unidos por BERGSTRON et al. (1987), e validada para a língua portuguesa por PARANHOS e SANTOS (1999).

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Verificar se as pesquisas nacionais realizadas sobre a prevenção das Úlceras por Pressão utilizaram a versão adaptada da Escala de Braden para a língua portuguesa.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar definições e características associadas à Úlcera por pressão;
- Identificar a presença de alguns fatores de risco descritos na literatura e a sua relação com o desenvolvimento de Úlcera por Pressão;
- Quantificar em artigos científicos a existência da relação direta com o tema proposto;
- Apresentar medidas preventivas direcionadas pela área de enfermagem juntamente com o auxílio da Escala de Braden.

### 3 JUSTIFICATIVA

Devido à grande incidência de Úlceras por Pressão em pacientes hospitalizados/acamados, e das mesmas prolongarem o tempo de hospitalização e contribuírem para o aumento da mortalidade, elevarem os custos terapêuticos, aumentarem a carga de trabalho da equipe que presta assistência e com isso a necessidade de recursos humanos e materiais, bem como a utilização de equipamentos caros para a resolução do problema, além de representarem um acréscimo no sofrimento físico e emocional do paciente e seus familiares. Sabendo-se que a Escala de Braden é um instrumento eficiente para predizer o risco do aparecimento da UP, foram buscados artigos publicados na literatura nacional no período de janeiro de 2000 e julho de 2011, indexados no Scientific Library Online (SCIELO), Teses USP e Google Acadêmico e observou-se quantos deles abordam a utilização da Escala de Braden como ferramenta de prevenção, com o intuito de ratificar a eficiência da Escala de Braden como um método preditivo para que o enfermeiro possa realizar o plano de cuidados através do escore obtido desta ferramenta.

Portanto, compreende-se que estudos relacionados a esta temática poderão contribuir para a compreensão dos fatores que envolvem o desenvolvimento das Úlceras por Pressão e, com isso, a clarificação dos conceitos a respeito, porém se faz necessário que a equipe multiprofissional e instituições busquem o conhecimento e utilização de todos esses avanços, principalmente no que se refere à incidência, fatores intrínsecos, extrínsecos, as condições predisponentes e a associação de todos eles relacionados à ocorrência de Úlcera por Pressão em pacientes internados como forma de consolidar melhor e cada vez mais a qualidade da assistência prestada, bem como, contribuindo para minimização do problema.

## 4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 4.1 ÚLCERAS POR PRESSÃO

A pele é o maior órgão do corpo, segundo Irion (2005), um adulto tem aproximadamente 2 m<sup>2</sup>, com aproximadamente 2 mm de espessura. Tem como função separar fisicamente o ambiente interno do corpo do ambiente externo, agindo como barreira física contra microorganismos, traumas, luz ultravioleta, alguns parasitas e também desempenha o papel na termorregulação.

A pele é formada por duas camadas primárias, a epiderme e a derme, e uma camada de gordura subcutânea, a hipoderme, que é a camada mais profunda da pele sendo esta importante para aumentar o isolamento térmico da pele e proteger de lesões por pressão entre as protuberâncias ósseas.

A epiderme é constituída por ceratinócitos que formam a barreira física da pele, células de Langerhans, que são células do sistema imunológico, células de Merkel, que são receptores sensitivos, e os melanócitos, que produzem melanina e protegem da radiação ultravioleta. A função da epiderme é manter a integridade da pele e atuar como barreira física.

A derme é formada por duas camadas principais, a papilar que é importante na regulação da perda de calor e a reticular que tem sua camada muito mais espessa que a papilar e é relativamente acelular e avascular. As principais células da derme são os fibroblastos que secretam macromoléculas importantes no processo de cicatrização. São comuns na derme as fibras elásticas, que são compostas por fibrilina e elastina atribuindo elasticidade à pele, e as fibras de colágeno que são responsáveis pela resistência ao estiramento da pele. A função da derme é fornecer suporte, resistência, sangue e oxigênio à pele.

Na convivência hospitalar são usados muitos termos para se referir a úlcera por pressão como úlceras de decúbito, ferida de pressão e escara sendo esta última, no entanto, um termo usado para se referir ao tecido necrosado da ferida a qual dificulta a classificação da úlcera por pressão enquanto não for retirada da sua superfície.

#### 4.1.1 Conceito de Úlcera por Pressão

Segundo Irion (2005, p.121), “a úlcera por pressão é definida como qualquer lesão provocada por pressão mantida sobre a superfície da pele que causa dano ao tecido subjacente”.

“Áreas localizadas de morte celular, que se desenvolvem quando o tecido mole é comprimido, entre uma proeminência óssea e uma superfície dura, por período de tempo prolongado” (National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP,1989; 1994).

Segundo Silva; Figueiredo; Meireles (2007, p.317):

Úlceras por pressão são lesões decorrentes de hipóxia celular, levando à necrose tecidual. Geralmente, estão localizadas em áreas de proeminências ósseas e ocorrem quando a pressão aplicada à pele, por algum tempo, é maior que a pressão capilar normal (32 mmHg/arteríolas e 12 mmHg/vênulas). Podem ser ocasionadas por fatores internos e externos. (SILVA; FIGUEIREDO; MEIRELES, 2007,p.317).

As úlceras por pressão são definidas como lesões de pele ou partes moles originadas basicamente de isquemia tecidual prolongada. Qualquer posição mantida por um paciente durante um longo período de tempo pode provocar lesão tecidual, principalmente em tecidos que sobrepõe uma proeminência óssea, devido à presença de pouco tecido subcutâneo nessas regiões. A compressão dessas áreas diminui o fluxo sanguíneo local facilitando o surgimento de lesão por isquemia tecidual e necrose (IRION, 2005; SMELTZER; BARE, 2005).

Fatores externos ou extrínsecos são aqueles relacionados ao mecanismo de lesão, dentre eles, a pressão que o tecido mole sofre entre uma saliência óssea e uma face dura, ocorrendo uma pressão maior que a pressão capilar, originando uma isquemia, a umidade excessiva causada por incontinência urinária entre outros, onde ocorre a maceração da pele tornando-a mais exposta a lesões, o cisalhamento que acontece quando o paciente desliza na cama ocasionando dobras na pele, e a fricção, quando ocorre o atrito entre duas superfícies, sendo a forma mais comum no momento em que se arrasta o paciente ao invés de levantá-lo.



Fatores internos ou intrínsecos estão relacionados a condições do estado físico do paciente, como a nutrição, nível de consciência, incontinência urinária ou fecal, idade avançada, mobilidade reduzida ou ausente, doenças de base, peso corporal.

Em 1998, NPUAP atualizou a descrição para as Úlceras de Pressão permitindo a uniformidade das informações em âmbito internacional.

Segundo Rogenski, 2002, o NPUAP é um órgão norte americano, composto por 15 profissionais, especialistas reconhecidos nas áreas de medicina, enfermagem, podologia, nutrição e fisioterapia e é responsável pelo estabelecimento de diretrizes para a prevenção e o tratamento das UP nos EUA. Essas diretrizes têm norteado o cuidado com UP, em instituições de saúde de diferentes níveis, além de fundamentar as intervenções, em vários países ao redor do mundo.

As úlceras segundo a classificação proposta pela NPUAP são classificadas em quatro estágios:

Estágio I: É um eritema da pele intacta que não embranquece após a remoção da pressão. Em indivíduos com a pele mais escura, a descoloração de pele, o calor, o edema e o endurecimento podem ser também indicadores.

Estágio II: É uma perda parcial da pele, envolvendo epiderme, derme, ou ambos. A úlcera é superficial e apresenta-se clinicamente como uma abrasão, uma bolha ou uma cratera rasa.

Estágio III: É uma perda da pele na sua total espessura, envolvendo danos ou uma necrose do tecido subcutâneo que pode se aprofundar, mas não chegando até a fáscia. A úlcera apresenta-se clinicamente como uma cratera profunda.

Estágio IV: É uma perda da pele na sua total espessura, com uma extensa destruição, necrose do tecido ou danos no músculo, ossos ou estruturas de suporte, por exemplo: tendões ou cápsulas das juntas (NPUAP, 1998).

Segundo Costa et al, 2003 a maior prevalência das úlceras de pressão foi associada à presença de anemia, doença mental e do sistema nervoso. Quanto às demais morbidades não foi verificada diferença estatisticamente significativa. As úlceras por pressão podem se desenvolver em 24 horas ou levar até 5 dias para sua manifestação. No estudo feito por eles, a primeira úlcera apareceu em média 4,9 dias após a admissão no hospital.

A frequência das regiões mais afetadas segundo Costa et al, foram a região sacral

(57,1%) e os calcanhares (35,7%), que são áreas submetidas à grande pressão naqueles indivíduos que ficam por longos períodos em decúbito dorsal, ratificando o descrito por outros autores. Essas áreas são mais predispostas à formação de UP devido à grande pressão exercida pelo peso corporal durante o repouso prolongado em superfície inadequada.

A UP pode surgir em todas as posições que sejam mantidas por longo tempo um paciente. Essas áreas incluem as regiões sacrais, coccígenas, tuberosidades isquiáticas, trocânter maior, calcâneo, maléolos, côndilo medial da tíbia, cabeça da fíbula, escápula, cotovelo, processos acromiais e cristas ilíacas (IRION, 2005).

Historicamente, percebe-se que o surgimento das UP era atribuído exclusivamente à falta de cuidado por parte da equipe de enfermagem. Cabe mencionar que Florence Nightingale considerava as UP resultado da falta de cuidado da enfermeira, transformando-a em um problema exclusivo da enfermagem. Atualmente, porém, esse paradigma com relação à gênese das úlceras por pressão vem mudando de forma gradativa, pois, apesar de a compressão do tecido entre dois planos constituir a causa essencial para o seu aparecimento, há entre os profissionais maior consciência de que fatores externos, como forças mecânicas, raramente ocorrem de forma isolada. Não se pode ignorar a influência de fatores intrínsecos e individuais que podem afetar o metabolismo tecidual, fragilizar os tecidos ou comprometer a oxigenação (SILVA; FIGUEIREDO E MEIRELES, 2007, p.331).

Pacientes limitados ao leito por longos períodos, aqueles com disfunção motora ou sensorial, atrofia muscular e diminuição do acolchoamento entre a pele sobreposta e o osso subjacente estão predispostos à úlcera por pressão que surge quando a pressão aplicada à pele sobre um período de tempo é maior do que a pressão de fechamento capilar normal, que é em torno de 32 mmHg.

Segundo Delisa e Gans (2002), apud Rosa (2009), os fatores que auxiliam no desenvolvimento das UPs podem ser considerados primários e secundários. A pressão, o atrito por cisalhamento e fricção são os três fatores primários.

A NPUAP em 1989 propôs os fatores de risco secundários que são definidos como características intrínsecas e extrínsecas identificáveis, que aumentam a suscetibilidade de uma pessoa a adquirir uma ferida.

Os fatores intrínsecos, aqueles que são inerentes ao indivíduo, estão relacionadas

às variáveis do estado físicos dos pacientes e os fatores extrínsecos, estão relacionados ao mecanismo da lesão. Nos fatores intrínsecos e extrínsecos estão incluídos mobilidade, nutrição, idade, umidade/incontinência, comprometimento da percepção sensorial ou cognição (Smeltzer; Bare, 2002).

## 5 ESCALA DE BRADEN

Braden e Bergstrom construíram a Escala de Braden partindo do conceito da fisiopatogenia da UP, destacando os dois fatores críticos para a sua formação, a saber, intensidade e duração da pressão e a tolerância dos tecidos para aguentar essa pressão. A intensidade e a duração da pressão estão relacionadas à mobilidade, atividade e percepção sensorial, enquanto a tolerância da pele e das estruturas subjacentes referem-se a fatores intrínsecos, como nutrição e idade e a fatores extrínsecos, como umidade, fricção e cisalhamento, Bergstrom et al.1987, apud Rogenski, 2002.

A pressão capilar normal é de 32mmhg, quando ocorre uma pressão que excede esse limite em proeminências ósseas, acarreta a diminuição do suprimento sanguíneo de nutrientes e de oxigênio aos tecidos, persistindo a pressão, ocorre a isquemia que pode envolver a pele, tecido subcutâneo, tecido muscular e ósseo. (Fernandes, 2000).

A duração da pressão é um fator importante, pois quanto maior o tempo de exposição à pressão, maiores serão os danos aos tecidos. Segundo Irion (2005), uma pressão maior por menos tempo ou uma pressão menor durante mais de 2h podem causar necrose tissular.

Fisiologicamente, o idoso é mais propenso às alterações mórbidas, pois o envelhecimento traz mudanças que provocam variação no tamanho das células epiteliais, forma e propriedade corante das basais e menor número de células e melanócitos. A derme costuma ser menos espessa, apresentando diminuição do número de células, da vascularidade e degeneração das fibras de elastina. A pele é mais seca como resultado da diminuição da atividade das glândulas sebáceas e do suor. As alterações cardiovasculares resultam numa perfusão tissular diminuída, os músculos atrofiam-se e as estruturas ósseas tornam-se proeminentes. A diminuição da percepção sensorial e a reduzida habilidade para se reposicionar contribuem para uma pressão prolongada sobre a pele (PHILIPS; GILCHREST, 1995, apud MOI, 2004).

Esta escala foi traduzida para vários idiomas, entre eles o chinês, japonês, francês, alemão e italiano, sendo utilizada em vários países. Paranhos & Santos (1999) adaptaram a escala de Braden para a língua portuguesa e testaram sua validade preditiva em pacientes de UTI e concluíram que tem um alto valor preditivo nessa população.

A Escala de Braden apresenta seis sub-escalas (BERGSTRON et al., 1987; PARANHOS e SANTOS, 1999)

- a) Percepção sensorial
- b) Umidade
- c) Atividade
- d) Nutrição
- e) Fricção e Cisalhamento

## 5.1 PERCEPÇÃO SENSORIAL

O sistema sensorial é composto por receptores sensoriais, estruturas responsáveis pela percepção de estímulos provenientes do ambiente, e do interior do corpo. Estes receptores têm a capacidade de transformar os estímulos em impulsos nervosos, os quais são transmitidos ao sistema nervoso central, que por sua vez, determina as diferentes reações do nosso organismo.

Existem várias doenças como traumas neurológicos, sedação ou uso de anestésicos que podem afetar a percepção sensorial e levar a diminuição do nível de consciência e conseqüentemente, diminuindo a capacidade de resposta para a dor e o desconforto que levaria o paciente a perceber as sensações da necessidade de realizar a mudança de decúbito, aliviando a pressão em regiões dotadas de proeminências ósseas, desenvolvendo uma condição de isquemia e formação de UP devido a incapacidade de mobilização.

A percepção sensorial é definida na escala de Braden como a capacidade do paciente de reagir significativamente à pressão relacionada ao desconforto. A sensação de pressão ou desconforto estimula a mudança de

posição espontaneamente em pacientes capacitados ou faz com que estes solicitem ajuda de outras pessoas (BERGSTROM ET AL, 1987) apud COSTA

A maioria dos pacientes neurológicos apresenta diminuição da percepção sensorial e de atividade motora, acarretando um alto risco para o desenvolvimento de UP. Confirma-se que percepção sensorial diminuída e falta de atividade são fatores preditivos de UP observando-se que a incidência de UP foi elevada em pacientes com doenças neurológicas (Anjos et al, 2011).

LEAL, 2005 destaca também a prática terapêutica em ambiente de UTI onde o paciente é submetido a uma sedação profunda que leva a uma paralisação dos movimentos devido o uso de neurobloqueadores musculares, aumentando o risco de formação de UP. Nos pacientes cirúrgicos há uma prevalência em UP, relacionado ao ato anestésico-cirúrgico, o tempo cirúrgico e no pós-operatório, principalmente em pacientes que foram submetidos a mais de um procedimento cirúrgico.

## 5.2 UMIDADE

O paciente acamado pode apresentar situações que podem trazer complicações ao seu tratamento principalmente quando está exposto a umidade excessiva, pois pode favorecer a maceração e ruptura da pele que contribuem para a formação de UP.

A exposição da pele à umidade é um fator de risco significativo para o desenvolvimento da úlcera, principalmente em consequência da maceração dos tecidos, o que leva intolerância tissular. Braden (1997) afirma que a pele, exposta excessivamente a qualquer tipo de umidade, apresenta um enfraquecimento das camadas externas, tornando-se mais vulnerável às lesões ( COSTA, 2003).

Os fatores que favorecem a exposição do paciente à umidade podem estar relacionados a alterações do nível de consciência ou complicações do sistema neurológico periférico, como incontinência urinária e fecal, transpiração excessiva, outros fatores são secreções dos drenos, drenagens de feridas e restos alimentares

(Braden e Bergstrom, 1987, apud Costa, 2003)

Dependendo da fonte da umidade, o pH da pele também pode ser alterado, causando injúria química e tornando-a ainda mais susceptível às forças externas conduzindo à maceração e lesão, destruindo, portanto, a barreira natural da epiderme (BERGSTROM et al 1987, apud LEAL, 2005).

“Alguns estudos descrevem que pacientes incontinentes tem até cinco vezes maior risco para desenvolverem UP se comparados a pacientes não incontinentes” (LISE, 2007).

### 5.3 MOBILIDADE/ ATIVIDADE

A condição patológica que o paciente apresenta poderá interferir com suma importância no risco para o surgimento de UP, sendo que determinadas morbidades podem interferir na mobilidade do mesmo. A mobilidade diz respeito à capacidade do paciente em mudar a posição do seu corpo no leito, aliviando a pressão exercida sobre proeminências ósseas evitando a isquemia tecidual, melhorando a circulação local.

LEAL, 2005 cita que em um estudo multicêntrico, Bergstrom et al. (1996) verificaram que os itens de mobilidade e atividade da escala de Braden foram preditores e positivos para UP.

De acordo com LISE,2007, muitas são as condições clínicas que podem levar a imobilidade do paciente, entre elas podemos citar o acidente vascular encefálico, traumatismo craniano, depressão, confusão mental, lesão medular, sedação, pós operatórios, politraumatizados, e está relacionada diretamente ao nível de consciência e condição neurológica do paciente e é o fator intrínseco principal na formação de UP.

A mobilidade auxilia no bem estar físico e psíquico do ser humano, sendo um dos fatores de risco mais importantes no desenvolvimento da UP. Pacientes em UTIs possuem elevado risco para desenvolvimento de UP, principalmente os que se

encontram em uma ou mais situação de risco para imobilidade, relacionadas a doenças graves, coma patológico ou induzido ou sob o uso de aparelhagem que impossibilita a mudança de decúbito (Costa et al, 2005).

A incapacidade de mudar, manter ou sustentar posições corporais, a falta de habilidade em retirar qualquer pressão sobre o corpo, fazendo promover a circulação tecidual, a intensidade e a duração por longo tempo de pressão sobre os tecidos, apresenta entre os fatores críticos grande importância para o desenvolvimento de UP (ANSELM;PEDUZZI E FRANCA,2009).

#### 5.4 NUTRIÇÃO

A úlcera é um expoente da fragilidade interna e têm observado que pacientes com UP ou com risco aumentado para desenvolvê-la frequentemente não estão nutridos de forma adequada. Dentre os fatores nutricionais que interferem no risco para o desenvolvimento de UP estão: inadequação da ingestão dietética, pobre ingestão habitual de proteína, baixo índice de massa corporal, perda de peso, valores baixos de pregas cutâneas e baixos níveis séricos de albumina (CAMPOS et al, 2004)

A má nutrição ou sua deficiência é um dos primeiros fatores que interferem no aparecimento de UP, colaborando de uma forma importante para a diminuição da tolerância tissular à pressão. A diminuição ou a falta de proteína leva os tecidos a formações de lesões. O trauma tecidual ou infecções causam deficiências de proteínas e a hipoalbuminemia causa alterações na pressão oncótica e consequente edema, o que compromete a difusão tissular de oxigênio e de nutrientes, causando a hipóxia e morte tissular (Maklebust e Sieggreen, 1996, apud SOUZA, SANTOS E SILVA, 2006).

#### 5.5 FRICÇÃO E CISALHAMENTO

De acordo com Leal, 2005, os pacientes com alteração de nível de consciência e com quadro de agitação psicomotora com movimentos involuntários e repetitivos acabam promovendo uma lesão na pele que recobre as proeminências ósseas. Junto a esse quadro de dependência causado pela redução de mobilidade e a falta



de cuidado no manuseio do paciente aumentam o risco de fricção da pele.

A fricção acontece quando a pele se move contra uma superfície de apoio, ou seja, é a força de duas superfícies movendo-se uma sobre a outra. A fricção pode causar danos ao tecido quando o paciente é arrastado na cama, em vez de ser levantado. Isso faz com que a camada superficial de células epiteliais seja retirada. A fricção está sempre presente quando o cisalhamento acontece (DELISA; GANS, 2002) apud GOULART et al, 2008.

ANTONELLI, 2007, aponta que a fricção causa a remoção do estrato córneo, iniciando a ulceração superficial quando as áreas são esfregadas na superfície da cama ou cadeira.

O cisalhamento é provocado pela junção da força da gravidade com a fricção, exercendo força contrária na pele. A gravidade força o corpo do paciente para baixo e a superfície da cama exerce uma força igual e contrária sobre o mesmo, o paciente quando é “arrastado” o atrito causado na pele contra as proeminências ósseas causa o cisalhamento. Também ocorre, quando se eleva a cabeceira da cama acima de 30 graus, fazendo com que o corpo deslize, favorecido pela força da gravidade, e a pele permanece no lugar, causando assim uma deformação ou rompimento de vasos sanguíneos e tecidos causando o cisalhamento e favorecendo o desenvolvimento das UPs, atingindo as regiões sacral e coccígeana (MAKLEBUST; SIEGGREEN, 1996) apud LEAL, 2005.

É comum o aparecimento das forças de fricção e cisalhamento nos pacientes em UTI, sendo que estão, em sua maioria, instáveis, acamados e com alterações do nível de consciência. Braden e Bergstrom (1987) apontam a fricção e o cisalhamento como importantes fatores de risco para formação de úlceras de pressão. As autoras afirmam que fricção ocorre no momento em que as forças de duas superfícies deslizam, resultando em abrasão, podendo, na maioria das vezes, formar bolhas (COSTA,2003).

O processo de formação de UP é complexo e há pelo menos dois fatores de risco considerados muito importantes, que é a pressão exercida direta sobre os tecidos e o efeito de forças de cisalhamento e fricção. Entende-se então que as forças de

fricção e de cisalhamento sempre ocorrem juntas e simultaneamente, quando há um mau posicionamento no leito.

## 6 AVALIAÇÃO DO RISCO NA ESCALA DE BRADEN

O risco é avaliado em escores que vão de 6 a 23, as subescalas percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade e nutrição são pontuadas de um a quatro e a subescala fricção e cisalhamento é pontuada de um a três. A avaliação deve ser realizada pelo enfermeiro que interpretará da seguinte maneira:

- abaixo ou igual a 11 : risco elevado
- de 12 a 14: risco moderado
- de 15 a 17: risco pequeno
- maior ou igual a 18: risco baixo

Conclui-se que quanto menor a pontuação maior o risco de desenvolver a UP.

A escala de Braden é uma ferramenta importante para o enfermeiro com relação a medidas preventivas a serem tomadas de acordo com o risco de cada paciente, pois ao enfermeiro sempre são atribuídas responsabilidades no reconhecimento dos pacientes de risco e pela associação com a deficiência na qualidade de assistência associada aos fatores predisponentes intrínsecos e extrínsecos, que acabam por elevar os índices de UP em pacientes hospitalizados (FERNANDES, 2000).

A identificação do risco e a utilização de medidas preventivas podem levar a diminuição da incidência de UP, favorecendo também a cicatrização das lesões existentes logo no momento da admissão do paciente ao hospital, fazendo com que haja melhora na assistência de enfermagem.

## 7 ÚLCERAS DE PRESSÃO E SUA PREVENÇÃO

Planejamento e metas devem ser elaborados, podendo incluir como principais, o alívio da pressão, melhoria da mobilidade, a melhoria da percepção sensorial, a perfusão tissular, a melhoria da condição nutricional, a diminuição das forças de atrito e tração, superfícies secas em contato com a pele e a cicatrização de UP, se presente (SMELTZER & BARE, 2002, P. 131).

De acordo com as Diretrizes da Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR) sobre Intervenções, os indivíduos devem ser avaliados no ato da internação em hospitais para tratamento de pacientes agudos e de reabilitação, casas de repouso, programas de tratamento domiciliar e outras instituições de saúde. Pode-se realizar uma avaliação sistemática de riscos com a utilização de um instrumento de avaliação tal como a Escala de Braden ou a Escala de Norton. O risco de desenvolvimento de UP deve ser reavaliado periodicamente, todas as avaliações devem ser registradas.

As diretrizes da AHCPR para a Previsão e Prevenção de Úlcera por pressão abordam quatro aspectos do cuidado e discriminam as ações necessárias para a obtenção dos objetivos (Feridas, Irion, 2007, p.373).

### I - Avaliação do Risco

- a) Considerar como em risco para úlcera todas as pessoas restritas ao leito ou cadeira de rodas, ou aquelas cuja capacidade de se reposicionarem está debilitada;
- b) Selecionar e usar um método de avaliação do risco, como a Escala de Norton ou Braden, para assegurar uma avaliação sistemática dos fatores individuais de risco;
- c) Avaliar todos os pacientes em risco no momento da admissão no serviço de saúde e posteriormente em intervalos regulares;
- d) Identificar todos os fatores individuais de risco (diminuição do estado mental, umidade, incontinência, deficiências nutricionais), de forma a direcionar as medidas preventivas específicas.

### II - Cuidados com a Pele e Tratamento Precoce (medidas preventivas)

- a) Inspeccionar a pele pelo menos uma vez diariamente e documentar as observações;

- b) Individualizar a frequência do banho. Usar um agente de limpeza suave. Evitar água quente e fricção excessiva;
- c) Avaliar e tratar a incontinência. Quando esta não puder ser controlada, limpar a pele no momento em que sujar, selecionar absorventes higiênicos que forneçam de forma rápida uma superfície seca para a pele;
- d) Usar hidratantes para pele seca. Minimizar os fatores ambientais que causam o ressecamento da pele como ar frio e de baixa umidade;
- e) Evitar massagear as proeminências ósseas;
- f) Usar um posicionamento apropriado, técnicas corretas de movimentação e transferência de forma a minimizar a lesão da pele devido à fricção e forças de cisalhamento;
- g) Usar lubrificantes secos (amido de milho) ou coberturas protetoras (tipo curativos transparentes) para reduzir a lesão por fricção;
- h) Identificar e corrigir os fatores que comprometam a ingestão calórica e de proteínas e considerar a utilização de suplementação ou suporte nutricional para pessoas que necessitem;
- i) Instituir um programa para manter ou melhorar o estado de atividade e mobilidade;
- j) Monitorizar e documentar intervenções e resultados.

### III - Redução da Carga Mecânica e Utilização de Superfícies de Suporte

- a) Reposicionar as pessoas restritas ao leito pelo menos a cada duas horas; pessoas restritas à cadeira a cada hora;
- b) Usar uma escala de horário de reposicionamento por escrito;
- c) Colocar as pessoas em risco, em colchões ou almofadas que reduzam a pressão. Não usar almofadas tipo argola;
- d) Considerar o alinhamento postural, a distribuição do peso, balanço e estabilidade e o alívio da pressão quando posicionar pessoas em cadeiras ou cadeiras de rodas; ensinar as pessoas restritas à cadeira e que são capazes, a mudar a posição para aliviar o peso a cada 15 minutos;
- e) Usar recursos tipo trapézio ou o forro de cama para elevar ou movimentar ao invés de arrastar as pessoas durante a transferência ou mudança de posição; usar

travesseiros ou almofadas de espuma para manter as proeminências ósseas como joelhos e calcâneos fora do contato direto com a cama ou o próprio corpo;

f) Usar recursos que aliviem totalmente a pressão nos calcâneos (colocar travesseiros sob a panturrilha para elevar os pés); evitar posicionar diretamente no trocânter. Quando usar o decúbito lateral diretamente no trocânter, use a posição lateral inclinada em ângulo de 30 graus;

g) Elevar a cabeceira da cama o menos possível e por pouco tempo (ângulo máximo de 30 graus).

#### IV – Educação

a) Implementar programas educacionais para a prevenção de úlceras de pressão que sejam estruturados, organizados, compreensivos e direcionados para todos os níveis de fornecedores de serviços de saúde, pacientes e cuidadores;

b) Incluir informação sobre:

- etiologia e fatores de risco para úlcera por pressão;
- instrumentos de avaliação de risco e sua aplicação;
- avaliação da pele;
- seleção e uso de superfícies de suporte;
- desenvolvimento e implementação de programas individualizados de cuidados com a pele;
- demonstração do posicionamento para diminuir o risco de perda da integridade dos tecidos;
- documentação correta de dados pertinentes.

Segundo Fernandes, 2000, a maioria das úlceras de pressão são preveníveis através de cuidados adequados ao indivíduo, da orientação e educação do mesmo e cuidadores e da disponibilidade de recursos necessários.

A provisão de qualidade no cuidado ao paciente crítico é uma prioridade. A qualidade do cuidado está associada com o nível de qualificação dos profissionais, nível de satisfação destes, com os recursos físicos e financeiros destinados para a prestação do cuidado, assim como com as questões organizacionais que envolvem a assistência. Quando a qualidade está comprometida existe certo grau de fragilidade no objetivo e na proposição do cuidado que é assistir o doente de forma integral e individualizada.

As prevenções das úlceras de pressão foram e continuarão sendo um cuidado de suma importância na Enfermagem retratando a qualidade da assistência de enfermagem. Compreender a prática do cuidar só é possível a partir de uma concepção holística, ou seja, um cuidar que veja diante de si a pessoa integralmente (LOBOSCO et al, 2008).

## **8 MATERIAL E MÉTODO**

### **8.1 TIPO DE ESTUDO**

Trata-se de uma revisão de literatura, por meio de pesquisa bibliográfica, retrospectiva, de natureza descritiva, com abordagem quantitativa, enfatizando o uso da Escala de Braden como ferramenta de prevenção da UP.

### **8.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA**

A população do estudo será constituída por todos os artigos que abordam o uso da Escala de Braden como ferramenta de prevenção da UP publicados na literatura nacional no período de janeiro de 2000 e julho de 2011. Para obtenção dos dados, utilizou-se o levantamento bibliográfico realizado nas bases de dados SCIELO, GOOGLE ACADÊMICO E TESES USP.

Os artigos que comporão a amostra serão definidos a partir dos seguintes critérios de inclusão:

- a) Publicados em periódicos nacionais, na língua portuguesa, no período de jan/2000 e jul/2011
- b) Indexados nas bases de dados referidas anteriormente, por meio do descritor: Escala de Braden;
- c) Referir-se ao uso da Escala de Braden como ferramenta de prevenção da UP.

### **8.3 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS**

Este trabalho foi desenvolvido a partir de dados pesquisados em bibliotecas, fichários, catálogos, bibliografias sobre o assunto, fornecendo dados essenciais para a elaboração do mesmo. Seleccionadas as obras que poderiam ser úteis para o desenvolvimento do assunto, procedeu-se em seguida, à localização das informações necessárias a mesma.

Verifica-se ainda que o levantamento bibliográfico é uma etapa fundamental da



pesquisa. Além de proporcionar uma revisão sobre a literatura referente ao assunto, a pesquisa bibliográfica vai possibilitar a determinação dos objetivos, a construção das hipóteses e oferecer elementos para fundamentar a justificativa da escolha do tema. Através do levantamento bibliográfico, obtêm-se os subsídios para elaborar um histórico da questão, bem como uma avaliação dos trabalhos publicados sobre o tema (ANDRADE, 2000).

O objetivo geral desta pesquisa, como foi dito anteriormente, é identificar o uso da Escala de Braden como meio de auxílio na prevenção das UPs, buscando nesta pesquisa, quantificar em artigos científicos a existência da relação direta com tema proposto, classificando e citando os que foram encontrados, para enfatizar que essa escala auxilia na assistência da enfermagem preventiva. Ainda referenciando o tema exposto por esse trabalho, verifica-se que neste conceito, a úlcera sendo uma lesão provocada pela pressão exercida contra os tecidos, pode comprometer a epiderme, a derme, a hipoderme o tecido muscular e as aponeuroses. A causa direta é a compressão da área corporal sobre a superfície do colchão, cadeira, ou aparelho gessado reduzindo o fluxo sanguíneo, provocando trombose capilar e prejudicando a nutrição da região sob pressão.

#### 8.4 ANÁLISE DOS DADOS

Após a leitura analítica das pesquisas selecionadas e do preenchimento do instrumento elaborado para tal finalidade, os dados obtidos serão agrupados em tabelas e quadros e a distribuição analisada através da frequência simples e relativa.

## 9 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os Resultados e discussão desta pesquisa sobre o tema “Úlcera por pressão: utilização da Escala de Braden como ferramenta de avaliação de fatores de risco”, foram encontrados nas bases de dados abaixo citadas. Os artigos que constituíram a amostra foram definidos a partir dos seguintes critérios de inclusão demonstrados nos quadros a seguir.

No apêndice B, têm-se a lista com os nomes dos autores dos respectivos artigos e o nome do periódico demonstrando sua publicação e ano dos mesmos.

### **Quadro 1 - Artigos encontrados e bases de dados**

12	SCIELO
02	TESES USP
04	GOOGLE ACADÊMICO

**Quadro 2 - Artigos publicados em periódicos nacionais, na língua portuguesa, no período de janeiro de 2000 a julho de 2011**

ANO DA PUBLICAÇÃO DO ARTIGO	TÍTULO DO ARTIGO PESQUISADO
2002	Aplicação do Protocolo de Monitorização em pacientes com risco de desenvolver úlcera por pressão: um estudo de caso.
2004	Apropriação de concepções de Neuman e Braden na prevenção de úlceras de pressão.
	Avaliação clínica e epidemiológica das úlceras de pressão em pacientes internados no Hospital São Paulo.
2006	Aplicando recomendações da Escala de Braden e prevenindo úlceras de pressão- Evidências do cuidar em Enfermagem.
2007	Avaliação dos pacientes portadores de lesão por pressão internados em Hospital Geral.
	Fatores de risco para o desenvolvimento de úlceras de pressão em idosos institucionalizados.
	Avaliação do custo do tratamento de úlceras de pressão em pacientes hospitalizados usando curativos industrializados.
	Prevenção de úlcera por pressão: instrumentalizando a enfermagem e orientando o familiar cuidador.
2008	Uso da Escala de Braden e de Glasgow para identificação do Risco para úlceras de pressão em pacientes internados em Centro de Terapia Intensiva.
	Indicador Assistencial de Enfermagem: Incidência de úlcera por pressão em adultos hospitalizados.
2009	Úlcera por pressão: risco e gravidade do paciente e carga de trabalho de enfermagem.
2010	A enfermagem e a utilização de Escala de Braden em úlcera por pressão.
	Fatores associados à úlcera por pressão em pacientes internados nos Centros de Terapia Intensiva de Adultos.
	Aplicabilidade do protocolo de prevenção de úlcera por pressão em unidade de terapia intensiva.
2011	Avaliação de risco para úlcera por pressão em pacientes críticos.
	Validade preditiva da Escala de Braden para risco de desenvolvimento de úlcera por pressão em pacientes críticos.
	Perfil clínico e diagnósticos de enfermagem de pacientes em risco para úlcera por pressão.
	Úlcera por pressão: avaliação de fatores de risco em pacientes internados em um hospital universitário.

Fonte: Autora da pesquisa, (2011)

**Quadro 3 - Descritor “Escala de Braden” e sua relação com os objetivos dos artigos**

TÍTULO DO ARTIGO PESQUISADO	OBJETIVOS DOS ARTIGOS
Aplicação do Protocolo de Monitorização em pacientes com risco de desenvolver úlcera por pressão: um estudo de caso	Avaliar e controlar rigorosamente, através da adoção de medidas preventivas, as áreas com maior risco de desenvolver UP, através dos enfermeiros da UTI do HURNP que elaboraram o “Protocolo de Monitorização do Paciente Crítico com Risco de Desenvolver Úlcera por pressão”.
Apropriação de concepções de Neuman e Braden na prevenção de úlceras de pressão	Propor um referencial teórico visando prevenir ou diminuir a incidência de úlcera por pressão.
Avaliação clínica e epidemiológica das úlceras de pressão em pacientes internados no Hospital São Paulo	Caracterizar o perfil dos pacientes internados no Hospital São Paulo, portadores de úlcera por pressão (UP).
Aplicando recomendações da Escala de Braden e prevenindo úlceras de pressão- Evidências do cuidar em Enfermagem	Verificar o risco de acometimento de úlcera por pressão (UP) no paciente, e sua validade do cuidado de enfermagem aplicando a escala de Braden para verificar as evidências desse cuidado na incidência da UP.
Avaliação dos pacientes portadores de lesão por pressão internados em Hospital Geral	Determinar a prevalência e analisar o perfil dos portadores de lesão por pressão, enfocando fatores de risco, características clínicas e demográficas dos pacientes internados em hospital geral e estágio e localização das lesões no corpo.
Fatores de risco para o desenvolvimento de úlceras de pressão em idosos institucionalizados	Analisar os fatores de risco para o desenvolvimento de UPs (UP) em idosos institucionalizados.
Avaliação do custo do tratamento de úlceras de pressão em pacientes hospitalizados usando curativos industrializados	Identificar o fator crítico que aumenta a demanda e custos com curativos industrializados.
Prevenção de úlcera por pressão: instrumentalizando a enfermagem e orientando o familiar cuidador.	Descrever o processo de instrumentalização par auxiliares, técnicos de enfermagem e familiares na prevenção de úlcera por pressão em pacientes de uma UTI adulto.

Uso da Escala de Braden e de Glasgow para identificação do Risco para úlceras de pressão em pacientes internados em Centro de Terapia Intensiva	Avaliar os fatores de risco para o desenvolvimento de úlcera por pressão presentes em pacientes internados em um centro de terapia intensiva de um hospital universitário.
Indicador Assistencial de Enfermagem: Incidência de úlcera por pressão em adultos hospitalizados	Avaliar a incidência de úlceras de pressão em pacientes adultos internados.
Úlcera por pressão: risco e gravidade do paciente e carga de trabalho de enfermagem	Verificar a associação entre ocorrência de UP em pacientes em estado crítico com escores de Escala de Braden, gravidade do paciente e carga de trabalho e, identificar os fatores de risco para UP em pacientes de UTI.
A enfermagem e a utilização de Escala de Braden em úlcera por pressão	Caracterizar o perfil sociodemográfico de pacientes portadores de úlcera por pressão, nas unidades de internação e analisar essas escaras quanto a sua localização, aos diagnósticos médicos e ao seu potencial de risco.
Fatores associados à úlcera por pressão em pacientes internados nos Centros de Terapia Intensiva de Adultos	Estimar a ocorrência de úlcera por pressão e seus fatores associados, nos Centros de Terapia Intensiva de adultos em Belo Horizonte.
Aplicabilidade do protocolo de prevenção de úlcera por pressão em unidade de terapia intensiva	Avaliar a aplicabilidade da Escala de Braden, uma vez que a implementação deste instrumento pelos enfermeiros torna possível uma melhor avaliação de risco para desenvolvimento de UP.
Avaliação de risco para úlcera por pressão em pacientes críticos	Analisar os fatores de risco para o desenvolvimento de úlcera por pressão em pacientes adultos internados em Centro de Terapia Intensiva.
Validade preditiva da Escala de Braden para risco de desenvolvimento de úlcera por pressão em pacientes críticos	Avaliar a validade preditiva da Escala de Braden em pacientes críticos.
Perfil clínico e diagnósticos de enfermagem de pacientes em risco para úlcera por pressão	Caracterizar os pacientes em risco para úlcera por pressão e identificar os seus diagnósticos de enfermagem.
Úlcera por pressão:avaliação de fatores de risco em pacientes internados em um hospital universitário	Avaliar e classificar os pacientes segundo o escore Braden e verificar se há associação entre as variáveis clínicas estudadas e o escore de risco segundo Braden.

Fonte: autora da pesquisa (2011)

Diante dos objetivos propostos nos artigos encontrados, todos buscam relacionar o comprometimento da enfermagem, empenho dos procedimentos curativos, e da aplicação da Escala de Braden, permitindo zelar por elementos do cuidar e saber dos profissionais de saúde.

Fica evidente que a amostra de indicadores significativos da Escala de Braden, norteiam ações de cuidado concluindo-se que estes são condições essenciais para aplicação do conhecimento técnico-científico imprescindível à prática profissional, na promoção da saúde dos pacientes acometidos por UP.

Considera-se que ao enfermeiro cabe intervir, cuidando, assistindo e incentivando o indivíduo (paciente crítico) a utilizar suas melhores possibilidades de respostas aos agressores. É de suma importância as avaliações constantes da integridade da pele e intervenção eficiente de enfermagem. E assim cabe-lhe incentivar sua equipe de trabalho a buscar atualização para a melhoria do cuidado ao paciente.

O uso da Escala de Braden na língua portuguesa traz parâmetros benéficos em relação à assistência de enfermagem preventiva diante da UP. Os escores totais da Escala de Braden demonstrados nesta pesquisa, associados ao desenvolvimento de UPs em pacientes, são instrumentos bastante empregados pelos enfermeiros no auxílio da identificação dos pacientes em risco e dos fatores de risco individuais. Esta escala é utilizada para o planejamento das medidas preventivas direcionadas para o controle do problema, a identificação do risco e o uso de medidas preventivas recomendadas, podem levar à redução da incidência de UP, dificultar o seu agravamento e prevenir recidivas, assim como favorecer a cicatrização das lesões presentes já na admissão do paciente no hospital, melhorando a qualidade da assistência de enfermagem e do serviço de saúde como um todo. Entretanto torna-se necessário envolvimento dos profissionais de enfermagem em todos os níveis para que a realidade presente nos serviços seja modificada.

## 10 CONCLUSÃO

As úlceras por pressão sempre foram um problema de saúde, são lesões decorrentes da hipóxia celular, levando a necrose tecidual. A prevenção das úlceras inicia-se com a identificação do paciente de risco, diante do comentado, os fatores predisponentes para a UP são intrínsecos como, a percepção sensorial, a tolerância tissular, aspecto nutricional, o envelhecimento. Respectivamente existem os fatores extrínsecos como a umidade, fricção e cisalhamento que aumentam os índices de UP em pacientes que são hospitalizados. Tem se buscado melhorar os cuidados prestados aos pacientes, especialmente àqueles ante a presença do estado crítico em que se encontram. Sendo assim, com a finalidade de melhorar a qualidade na assistência, a enfermagem tem papel primordial na promoção da qualidade de vida do paciente.

A úlcera por pressão é de difícil tratamento, em geral prolongado e oneroso, o que confirma a premissa da prevenção, diante disso, a equipe multiprofissional tem a responsabilidade de implementar medidas preventivas nos indivíduos que apresentem riscos para desenvolvimento de UP, no intuito de diminuir o impacto desse agravo. Assim a Escala de Braden adaptada à Língua Portuguesa é um instrumento preditivo essencial para o não desenvolvimento das UPs. Esta escala de avaliação de risco determina em escores numéricos o grau de risco de um paciente em desenvolver a lesão.

Gomes, et al, 2011, salienta a importância da utilização da Escala de Braden na prática clínica como instrumento bastante útil de predição para o desenvolvimento de UP ou sua recidiva.

A Escala de Braden tem uma grande relevância na assistência de enfermagem, visando à involução e prevenção das UPs (ARAÚJO et al, 2010).

Considerando a importância inquestionável de prevenção das UP nos hospitais e o número acentuado de pacientes com acometimento de lesão na pele por pressão, verificou-se que a utilização das formas de prevenção para a Escala de Braden está definido com descritor magno, determinando nesta, que esse intento responde a utilização e funcionalidade dessa mesma escala na prática, e auxiliando na

assistência da enfermagem preventiva. A equipe de enfermagem é a mais atuante junto aos pacientes acamados, uma vez que permanecem ao lado do paciente e de sua família tempo integral durante a hospitalização. Por esta razão, os profissionais de enfermagem, são os principais responsáveis na prevenção do aparecimento dessas feridas. Porém, sabe-se que a atuação deve ser multiprofissional, pois a predisposição para o desenvolvimento das UPs é multifatorial. Percebe-se a importância do conhecimento de toda a equipe envolvida no cuidado, principalmente da equipe de enfermagem e também, do bom senso das unidades de saúde para o controle do problema que pode ser evitado.



## REFERÊNCIAS

ANDRADE, M.M. **Introdução à metodologia do trabalho científico**. São Paulo: Atlas, 2000.

ANJOS, Regimara; DANSKI, Mitzy,T,R; LAZZARI, Luciana,S,M; MINGORANCE, Priscila; SANGLARD, Thais,S. **Avaliação do risco para úlcera por pressão com base na Escala de Braden**. Campo Grande, 2011. Disponível em: <<http://www.abeneventos.com.br/16senpe/senpe-trabalhos/files/0031.pdf>> acesso: 13/08/2011

ANSELMÍ, Maria, L; PEDUZZI, Marina and FRANCA JUNIOR, Ivan. **Incidência de úlcera por pressão e ações de enfermagem**. *Acta paul. enferm.* [online]. 2009, vol.22, n.3, pp. 257-264. ISSN 0103-2100. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n3/a04v22n3.pdf>>. Acesso: 20/09/2011

ANTONELLI, Elida, Juliana. **Padrão de produção de óxido nítrico e citocinas pró e antiinflamatórias em pacientes com úlcera de pressão suplementados com ácido ascórbico**, 2007. Uberaba-MG. Disponível em: <[http://www.uftm.edu.br/patolo/cpgp/imagem/Tese\\_ElidaME.pdf](http://www.uftm.edu.br/patolo/cpgp/imagem/Tese_ElidaME.pdf)>.

ARAUJO, Cleide, R, D; LUCENA, Sheila, T,M,I; SANTOS, Iolanda, B,C; SOARES, Maria,J,G,O. **A enfermagem e a utilização da Escala de Braden em úlcera por pressão**. *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 2010 jul/set; 18(3):359-64. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v18n3/v18n3a04.pdf>>. Acesso em: 01/08/2011

BLANES, L.; DUARTE, I. S.; CALIL, J. A.; FERREIRA, L. M. Avaliação clínica e epidemiológica das úlceras por pressão em pacientes internados no Hospital São Paulo. **Rev Assoc Med Bras** 2004; 50(2): 182-7, disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/u50n2/20781.pdf>>. Acesso em: 14/08/2011.

CAMPOS, Suellen,F; CHAGAS, Ângela, C,P; COSTA, Aline,B,P; FRANÇA, Rosilene, E,M; JANSEN, Ann, K. **Fatores associados ao desenvolvimento de úlceras de pressão: o impacto da nutrição**. *Rev. Nutr.* [online]. 2010, vol.23, n.5, pp. 703-714. ISSN 1415-5273. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v23n5/a02v23n5.pdf>>. Acesso em: 05/09/2011

COSTA, Idevânia, G. **Incidência de Úlcera de pressão e fatores de risco relacionados em pacientes de um centro de terapia intensiva**. [dissertação de mestrado]. Ribeirão Preto: USP; defesa: 03/07/2003. Disponível em: <[http://www.teses.usp.br/tesesdisponiveis/22/22132/tde-09032004-0845518/pt\\_br.php](http://www.teses.usp.br/tesesdisponiveis/22/22132/tde-09032004-0845518/pt_br.php)>. Acesso em: 19/07/2011.

COSTA, Márcio,P; STUTZ, Gustavo; COSTA, Fabio,P,P; FERREIRA, Marcus,C; FILHO, Tarcisio, E,P,B. **Epidemiologia e tratamento das úlceras de**

**pressão:experiência de 77 casos.** *Acta ortop. bras.* [online]. 2005, vol.13, n.3, pp. 124-133. ISSN 1413-7852. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/aob/v13n3/25672.pdf>>. Acesso em: 05/09/2011

CREMASCO, M.F; WENZEL, F.; SARDINHA, F.M; ZANEI, S.S.V; WHITAKER, I.Y. **Úlcera por pressão: risco e gravidade do paciente e carga de trabalho de enfermagem.** Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe/11.pdf>>. Acesso em: 27/09/2011

European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. **Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide.** Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009. Disponível em:<[http://www.epuap.org/guidelines/Final\\_Quick\\_Treatment.pdf](http://www.epuap.org/guidelines/Final_Quick_Treatment.pdf)>. Acesso em: 15/08/2011

FERNANDES, Luciana, M; CALIRI, Maria,H,L. **Uso da Escala de Braden e de Glasgow para identificação do risco para úlceras de pressão em pacientes internados em centro de terapia intensiva.** *Rev latino-am enfermagem* 2008 novembro-dezembro; 16(6) 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n6/pt\\_06.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n6/pt_06.pdf)>. Acesso em: 29/09/2011.

FERNANDES,L.M. **Úlceras de pressão em pacientes críticos hospitalizados. Uma revisão integrativa da literatura** [dissertação de mestrado]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2000. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-25112004-092213/pt-br.php>>. Acesso: 19/07/2011.

GOMES, Flávia, S,L; BASTOS, Marisa, A,R; MATOZINHOS, Fernanda, P; GOMES,F.S.L; BASTOS,M.A.R; MATOZINHOS,F.P. **Fatores Associados à úlcera por pressão em pacientes internados nos Centros de Terapia Intensiva de Adultos.** *Rev.Esc. Enferm. Usp,* 2010; disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n4/31.pdf>>. Acesso em: 27/09/2011.

GOULART, Fernanda,M; FERREIRA, Juliana,A; SANTOS, Katiúscia,A.A; MORAIS, Valéria, M; FILHO, Getulio, A.F. **Prevenção de úlcera por pressão em pacientes acamados: Uma revisão de literatura,** 2008. Disponível em: <<http://www.faculdadeobjetivo.com.br/arquivos/prevencaodeulcera.pdf>>. Acesso em: 26/08/2011

IRION, Glenn. **Feridas** - Novas abordagens, Manejo clínico e Atlas em cores. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A, 2005.

ITO, P. E.; SÁ, D. M.; KASAI, F.; GUARIENTE, M. H. D. M.; BARROS, S. K. S. A. Aplicação do protocolo de monitorização em paciente com risco de desenvolver úlcera de pressão: um estudo de caso. **XI Encontro Anual de Iniciação Científica** - de 1 a 4/10/2002 - Maringá – PR. Universidade Estadual de Maringá/Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, disponível em:

<<http://www.revistas.unipar.br/saúde/article/viewfile/247/220>>. Acesso em: 14/08/2011.

LEAL, Patrícia, S; **Úlceras por Pressão: Avaliação pela Escala de Braden em Pacientes Institucionalizados**. [dissertação de mestrado]. São José dos Campos- SP 2005. Disponível em: <<http://www.biblioteca.univap.br/dados/000001/00000153.pdf>>. Acesso em: 22/09/2011

LIMA,A.C.B; GUERRA,D.M. **Avaliação do custo do tratamento de úlceras por pressão em pacientes hospitalizados usando curativos industrializados**. Ciênc. saúde coletiva vol.16 no.1 Rio de Janeiro, Jan. 2011; disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v16n1/a29.pdf>>. Acesso em: 27/09/2011.

LISE, Fernanda; SILVA, Lurdes C. **Prevenção de úlcera por pressão: instrumentalizando a enfermagem orientando o familiar cuidador**. Maringá, v. 29, n. 2, p. 85-89, 2007. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/.../530>>. Acesso em: 22/09/2011.

LOBOSCO, Fernandes; VASCONCELOS, Darlen, D; ALMEIDA, Linhares; FELICIANO, Dire,G. **O enfermeiro atuando na prevenção das úlceras de pressão**. Junho, 2008. Disponível em: <<http://www.revistas.um.es/eglobal/article/download/14681/14161>>. Acesso em: 19/07/2011

LUCENA,A.F; SANTOS,C.T; PEREIRA,A.G.S. Perfil clínico e diagnóstico de enfermagem de pacientes em risco para úlcera por pressão. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, maio-junho 2011; disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt\\_11.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt_11.pdf)>. Acesso em: 27/09/2011.

MOI, Regiane C. **Envelhecimento do sistema tegumentar: revisão sistemática da literatura** [dissertação de mestrado] Ribeirão Preto, 2004; defesa: 03/03/2004. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-18052004-103619/pt-br.php>>. Acesso em: 19/07/2011.

MORO, A.; MAURICI, A.; VALLE, J. B.; ZACLIKEVIS, V. R.; JUNIOR, H. K. Avaliação dos pacientes portadores de lesão por pressão internados em hospital geral. **Rev Assoc Med Bras** 2007; 53(4): 300-4; disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf.ramb/v53n4/13.pdf>>. Acesso em: 14/08/2011.

NASCIMENTO,E.W; OLIVEIRA,E.C; FALCÃO,V.T.F. Aplicabilidade do protocolo de prevenção de úlcera de pressão em unidade de terapia intensiva. **Rev. Bras.Ter. Intensiva**, 2010; disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v22n2/a12v22n2.pdf>>. Acesso: 27/09/2011.

PARANHOS, Wana, Y.; SANTOS Vera, C. G. **Avaliação do risco para úlcera**

**de pressão por meio da Escala de Braden na língua portuguesa.** Rev Esc Enferm USP, v.33, Número Especial, 1999. Disponível em <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/799.pdf>>. Acesso em 28/09/2011.

ROCHA, Carulina,G; CHAVES, Ana,P.R; GEORGO, Karin,B; BOAVENTURA, Aline,C; BRASILEIRO, Marislei,E; SANTOS, Vinícius,B. **Úlcera por pressão: proposta de sistematização da assistência de Enfermagem em unidade de cuidados intensivos à luz da literatura.** Revista Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição [serial on-line] 2009 jan-jul 1(2) 1-18. Disponível em: <[http://www.ceen.com.br/conteudo/downloads/4552\\_31.pdf](http://www.ceen.com.br/conteudo/downloads/4552_31.pdf)>. Acesso: 05/09/2011.

ROGENSKI, Noemi M.B. **Estudo sobre a prevalência e a incidência de úlceras de pressão em um Hospital Universitário,** [dissertação de mestrado]. São Paulo: USP; defesa: 01/03/2002. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/717138/tde-21012011-090804/pt.br.php>>. Acesso em: 18/07/2011.

ROSA, Claudinei,A; JUNIOR, Juan, G,P. **O uso da Escala de Braden como ferramenta de avaliação de risco para o paciente desenvolver úlceras por pressão: uma revisão de literatura.** Londrina, 2009. Disponível em: <[www.corenpr.org.br/artigos/claudineijuan.doc](http://www.corenpr.org.br/artigos/claudineijuan.doc)>. Acesso em: 12/09/2011.

SERPA, Letícia, F. **Capacidade preditiva da subescala nutrição da Escala de Braden para avaliar o risco de desenvolvimento de úlceras por pressão** [dissertação de doutorado]. São Paulo, 2006. Disponível em: <[http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/717139/tde.../Leticia\\_Serpa.pdf](http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/717139/tde.../Leticia_Serpa.pdf)>. Acesso em: 08/09/2011

SILVA, Roberto.C.L; FIGUEIREDO, Nébia, M.A; MEIRELLES, Isabela,B; **Feridas - Fundamentos e atualizações em enfermagem.** 2. ed. São Caetano do Sul: Yendis, 2007

SILVA, S.S; MILLIDIÚ, V; URBANETTO,J.S; GUSTAVO, A.S; HAX,G. Indicador Assistencial de Enfermagem: Incidência de Úlcera de Pressão em Adultos Hospitalizados. **Rev. Eletr. PUCRS,** 2008; disponível em: <<http://www.revistaeletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/graduação/article/viewfile/2776/2119>>. Acesso em: 14/08/2011.

SILVA,D.P; BARBOSA, M.H; ARAÚJO,D.F; OLIVEIRA,L.P; MELO,A.F. Úlcera por pressão: avaliação de fatores de risco em pacientes internados em um hospital universitário. **Ver. Eletr. Enf.** 2011; disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v13n1/pdf/ubn1ab.pdf>>. Acesso em: 27/09/2011.

SMELTZER, S.C; BARE, B,G. **Tratado de Enfermagem médico-cirúrgica.** 9ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002

SOUSA, C. A.; SANTOS, I.; SILVA, L. D. Apropriação de Concepções de

Neuman e Braden na Prevenção de Úlceras por Pressão. **R Enferm UERJ** 2004; 12:280-5; disponível em: <<http://www.facen.uerj.br/v12n3/v12na305.pdf>>. Acesso em: 14/08/2011.

SOUZA, Cristina,A; SANTOS, Iraci; SILVA, Lolita,D. **Aplicando recomendações da Escala de Braden e prevenindo úlceras por pressão** - evidências do cuidar em enfermagem. *Rev Bras Enferm* 2006 maio-jun; 59(3):279-84. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n3/a06v59n3.pdf>>. Acesso em: 13/08/2011

SOUZA, D. M. S. T.; SANTOS, V. L. C. G. Fatores de Risco para o Desenvolvimento de Úlceras por Pressão em Idosos Institucionalizados. **Rev Latino-am Enfermagem** 2007 setembro-outubro; 15(5); disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n5/pt\\_v15n5a11.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n5/pt_v15n5a11.pdf)>. Acesso em: 14/08/2011.

TEMPONI, Hanrieti, R; MELÉNDES, Gustavo, V; **Avaliação de risco para úlcera por pressão em pacientes críticos**. *Rev. Bras. Enferm. USP* 2011; 45(2):313-18. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/v45n2a01.pdf>>. Acesso: 23/08/2011

## APÊNDICE

## APÊNDICE A - ESCALA DE BRADEN

ESCALA DE BRADEN				
	1 PONTO	2 PONTOS	3 PONTOS	4 PONTOS
<b>Percepção sensorial:</b> Habilidade de responder significativamente à pressão relacionada com o desconforto	<b>Completamente limitado</b> não responde a estímulo doloroso (não geme, não se esquivava ou agarra-se), devido a diminuição do nível de consciência ou sedação, ou devido a limitação da habilidade de sentir dor na maior parte da superfície corporal	<b>Muito limitado:</b> responde somente a estímulos dolorosos, não consegue comunicar o desconforto a não ser por gemidos ou inquietação, ou tem um problema sensorial que limita a habilidade de sentir dor ou desconforto em mais da metade do corpo	<b>Levemente limitado:</b> responde aos comandos verbais, porém nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição. Ou tem algum problema sensorial que limita a sua capacidade de sentir dor ou desconforto em uma ou duas extremidades	<b>Nenhuma limitação:</b> responde aos comandos verbais. Não tem problemas sensoriais que poderiam limitar a capacidade de sentir ou verbalizar dor ou desconforto
<b>Umidade:</b> Grau ao qual a pele está exposta à umidade	<b>Constantemente úmida:</b> a pele é mantida úmida/molhada quase constantemente por suor, urina, etc. A umidade é percebida cada vez que o paciente é movimentado ou posicionado	<b>Muito úmida:</b> a pele está muitas vezes, mas nem sempre úmida/molhada. A roupa de cama precisa ser trocada pelo menos uma vez durante o plantão	<b>Ocasionalmente úmida:</b> a pele está ocasionalmente durante o dia úmida/molhada, necessitando de uma troca de roupa de cama uma vez por dia aproximadamente	<b>Raramente úmida:</b> a pele geralmente está seca, a roupa de cama só é trocada nos horários de rotina
<b>Atividade física:</b> Grau de atividade física	<b>Acamado:</b> mantém-se sempre no leito	<b>Restrito à cadeira:</b> a habilidade de caminhar está severamente limitada ou inexistente. Não aguenta o próprio peso e/ou precisa ser ajudado para sentar-se na cadeira ou cadeira de rodas	<b>Caminha Ocasionalmente:</b> caminha ocasionalmente durante o dia, porém por distâncias bem curtas, com ou sem assistência. Passa a maior parte do tempo na cama ou cadeira	<b>Caminha Frequentemente:</b> caminha fora do quarto pelo menos duas vezes por dia e dentro do quarto pelo menos a cada duas horas que está acordado
<b>Mobilidade:</b> Habilidade de mudar e controlar as posições corporais	<b>Completamente imobilizado:</b> não faz nenhum movimento do corpo por menor que seja ou das extremidades sem ajuda	<b>Muito limitado:</b> faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou das extremidades, no entanto é incapaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sem ajuda	<b>Levemente limitado:</b> faz mudanças frequentes, embora pequenas, na posição do corpo ou das extremidades, sem ajuda	<b>Nenhuma limitação:</b> faz mudanças grandes e frequentes na posição sem assistência
<b>Nutrição:</b> Padrão usual de ingestão alimentar	<b>Muito pobre:</b> nunca come toda a refeição. É raro quando come mais de 1/3 da comida oferecida. Come 2 porções ou menos de proteína por dia. Toma pouco líquido. Não toma nenhum suplemento dietético líquido. Está em jejum ou mantido em dieta de líquidos claros ou hidratação EV por mais de 5 dias	<b>Provavelmente inadequado:</b> raramente faz uma refeição completa e geralmente come somente metade de qualquer alimento oferecido. A ingestão de proteína inclui somente 3 porções de carne ou derivados de leite. De vez em quando toma um suplemento alimentar. Ou recebe menos do que a quantidade ideal de dieta líquida ou alimentação por sonda	<b>Adequado:</b> come mais da metade da maior parte das refeições. Ingerir um total de 4 porções de proteína (carne, derivados do leite) por dia. Ocasionalmente recusa uma refeição mas, usualmente irá tomar um suplemento dietético oferecido. Ou está recebendo dieta por sonda ou Nutrição Parenteral Total, que provavelmente atende a maior parte das suas necessidades nutricionais	<b>Excelente:</b> come a maior parte de cada refeição. Nunca recusa a alimentação. Come geralmente um total de 4 ou mais porções de carne e derivados do leite. De vez em quando come entre as refeições. Não necessita de suplemento alimentar
<b>Total de pontos</b>				

Traduzido por Maria Helena Larcher Caliri-(EERP-USP), com autorização da autora Barbara Braden.

## APÊNDICE B - LISTA DOS ARTIGOS QUE COMPÕE A AMOSTRA

1. BLANES, L.; DUARTE, I. S.; CALIL, J. A.; FERREIRA, L. M. Avaliação clínica e epidemiológica das úlceras por pressão em pacientes internados no Hospital São Paulo. **Rev Assoc Med Bras** 2004; 50(2): 182-7.
2. FERNANDES, L. M.; CALIRI, M. H. L. Uso da Escala de Braden e de Glasgow para Identificação do Risco para Úlceras de Pressão em Pacientes Internados em Centro de Terapia Intensiva. **Rev Latino-am Enfermagem** 2008 novembro-dezembro; 16(6).
3. ITO, P. E.; SÁ, D. M.; KASAI, F.; GUARIENTE, M. H. D. M.; BARROS, S. K. S. A. Aplicação do protocolo de monitorização em paciente com risco de desenvolver úlcera de pressão: um estudo de caso. **XI Encontro Anual de Iniciação Científica** - de 1 a 4/10/2002 - Maringá – PR. Universidade Estadual de Maringá/Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação.
4. MORO, A.; MAURICI, A.; VALLE, J. B.; ZACLIKEVIS, V. R.; JUNIOR, H. K. Avaliação dos pacientes portadores de lesão por pressão internados em hospital geral. **Rev Assoc Med Bras** 2007; 53(4): 300-4.
5. SOUSA, C. A.; SANTOS, I.; SILVA, L. D. Aplicando Recomendações da Escala de Braden e Prevenindo Úlceras por Pressão – Evidências do Cuidar em Enfermagem. **Rev Bras Enferm** 2006 maio-jun; 59(3): 279-84.
6. SOUSA, C. A.; SANTOS, I.; SILVA, L. D. Apropriação de Concepções de Neuman e Braden na Prevenção de Úlceras por Pressão. **R Enferm UERJ** 2004; 12:280-5.
7. SOUZA, D. M. S. T.; SANTOS, V. L. C. G. Fatores de Risco para o Desenvolvimento de Úlceras por Pressão em Idosos Institucionalizados. **Rev Latino-**



am **Enfermagem** 2007 setembro-outubro; 15(5).

8. SILVA, S.S; MILLIDIÚ, V; URBANETTO,J.S; GUSTAVO, A.S; HAX,G. Indicador Assistencial de Enfermagem: Incidência de Úlcera de Pressão em Adultos Hospitalizados. **Rev. Eletr. PUCRS**, 2008.

9. LISE.F; SILVA.L.C. Prevenção de úlcera de pressão: instrumentalizando a enfermagem e orientando o familiar cuidador. **Periódicos UEM**, 2007.

10. SILVA,D.P; BARBOSA, M.H; ARAÚJO,D.F; OLIVEIRA,L.P; MELO,A.F. Úlcera por pressão: avaliação de fatores de risco em pacientes internados em um hospital universitário. **Ver. Eletr. Enf.** 2011.

11. ARAÚJO,C.R.D; LUCENA,S.T.M; SANTOS,I.B.C; SOARES,M.J.G.O. A enfermagem e a utilização da Escala de Braden em Úlceras por pressão.**Rev.enferm. UERJ**, 2010 jul/set.

12. NASCIMENTO,E.W; OLIVEIRA,E.C; FALCÃO,V.T.F. Aplicabilidade do protocolo de prevenção de úlcera de pressão em unidade de terapia intensiva. **Rev. Brás.Ter. Intensiva**, 2010.

13. LUCENA,A.F; SANTOS,C.T; PEREIRA,A.G.S. Perfil clínico e diagnóstico de enfermagem de pacientes em risco para úlcera por pressão. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, maio-junho 2011.

14. LIMA,A.C.B; GUERRA,D.M. Avaliação do custo do tratamento de úlceras por pressão em pacientes hospitalizados usando curativos industrializados. **Ciênc. saúde coletiva**, vol.16 n.1 Rio de Janeiro Jan. 2011.

15. GOMES,F.S.L; BASTOS,M.A.R; MATOZINHOS,F.P. Fatores Associados à úlcera por pressão em pacientes internados nos Centros de Terapia Intensiva de Adultos. **Rev. Bras. Enferm.** Usp, 2010.

16. GOMES,F.S.L; BASTOS,M.A.R; MATOZINHOS,F.P. Avaliação de risco para úlcera por pressão em pacientes críticos. **Rev. Esc. Enfer.** USP, 2010.

17. SERPA, L.F; SANTOS, V.L.C.G; CAMPANILI, T.C.G.F; QUEIROZ,M. Validade preditiva da Escala de Braden para o risco de desenvolvimento de úlcera por pressão em pacientes críticos, **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, jan-fev 2011.

18. CREMASCO, M.F; WENZEL, F.; SARDINHA, F.M; ZANEI, S.S.V; WHITAKER, I.Y. **Úlcera por pressão: risco e gravidade do paciente e carga de trabalho de enfermagem.**