

Incidência de úlcera por pressão: Indicador de qualidade na assistência de enfermagem à pacientes internados com AIDS

Edilene Aparecida Araujo da Silveira¹, Edmar Porfirio de Oliveira²

¹UETDI, ²Divisão de Enfermagem

RESUMO

A úlcera por pressão é uma área de necrose que acomete regiões submetidas à pressão. A Escala de Braden auxilia na avaliação e norteia ações preventivas. O objetivo do estudo foi conhecer a incidência de úlcera por pressão e avaliar os instrumentos preenchidos pelos enfermeiros quanto aos escores da escala de Braden. A escala de Braden foi aplicada em pacientes internados com aids durante os anos de 2010 e 2011. Os dados foram analisados de acordo com cada subescala. A incidência de úlcera adquirida nos dois anos permaneceu durante a maior parte do tempo abaixo de 25%. A maioria dos pacientes tinha escore da Escala de Braden menor de 12, sendo que as escalas de atividade física, mobilidade e percepção sensorial apresentaram os menores escores. Conclui-se que é de suma importância a manutenção desse indicador de qualidade, bem como a aplicação do instrumento e a supervisão do enfermeiro quanto às ações desenvolvidas pela equipe de enfermagem na assistência prestada.

Palavras-chave: indicadores, úlcera por pressão, escala de Braden.

Introdução

Segundo o National Pressure Ulcer Advisory Panel, úlcera por pressão é caracterizada por áreas de necrose celular que ocorrem sobre proeminências ósseas que são expostas à pressão por tempo suficiente para causar isquemia tecidual. Apesar de ser multifatorial, sua principal causa (fator de risco) é a pressão exercida sobre um capilar entre o arcabouço ósseo e uma superfície. O capilar ao permanecer colabado, resulta em necrose tissular.¹

Essa lesão pode resultar em inúmeras complicações e agravar o estado clínico de pessoas internadas como desconforto físico para o paciente, aumento no custo do tratamento e estadia hospitalar, necessidade de cuidados intensivos de enfermagem, entre outras complicações.

O profissional precisa conhecer os fatores de risco para que possa atuar na prevenção do desenvolvimento de úlcera por pressão.²

A ocorrência de úlcera por pressão resulta da interação de múltiplos fatores relacionados ao paciente, ao ambiente e aos processos assistenciais. Os determinantes críticos são caracterizados pela intensidade e duração da pressão e a tolerância dos tecidos e estruturas adjacentes à pressão.³ É preciso haver a combinação do tempo e da pressão pois a pressão por si só não causa lesão.²

Os fatores de risco para úlcera por pressão são classificados em internos e externos. Os fatores externos se referem ao mecanismo de lesão, que influenciado pela tolerância tissular, diminuem a circulação sanguínea e acometem a superfície da pele exposta. Dentre eles estão a pressão, cisalhamento e fricção.

Os fatores internos são relacionados ao estado físico do paciente como presença de incontinência urinária ou fecal, mobilidade reduzida, menor quantidade de tecido adiposo e doenças crônicas.⁴

Dentre as doenças crônicas, a Síndrome da Imunodeficiência adquirida (aids) é uma doença infecciosa que produz perda de peso, diarreia e outros sintomas. Ela pode estar acompanhada por doenças oportunistas, que pioram o estado de saúde do paciente e agravam o quadro imunológico.⁵

A combinação de diversos sinais e sintomas que ocorrem na aids pode predispor o paciente a úlceras por pressão. Eles podem permanecer confinados ao leito durante longos períodos, apresentar emagrecimento intenso, disfunção motora e sensorial.⁵

É importante que profissionais que trabalham em unidades que atendam pessoas com aids fiquem atentos ao surgimento de úlceras por pressão e busquem a prevenção dessas lesões.

Os cuidados de enfermagem preventivos são significativos para redução do número de úlceras por pressão. Ao identificar os fatores de risco para desenvolvimento de úlcera por pressão, a enfermagem planeja ações de caráter preventivo com a finalidade de melhorar a qualidade da assistência.⁶

Dentre as intervenções de enfermagem preventivas estão os cuidados com a integridade da pele, uso de emolientes para hidratação e dispositivos para incontinência urinária, posicionamento no leito, cuidados higiênicos, alimentação rica em vitaminas e proteínas de acordo com a idade e condição clínica; manejo da dor, implementação de atividades educativas, elevação da cabeceira até 30°, realização de pesquisas de enfermagem.⁷

Na situação clínica, é preciso avaliar os fatores de risco usando instrumentos que consigam quantificá-los o que permite a adoção de uma linguagem única entre profissionais e cuidadores. Os instrumentos irão identificar os indivíduos que possuem necessidades de medidas de prevenção e possibilitar o reconhecimento dos fatores específicos que os põem em risco.²

Dentre os instrumentos, a escala de Braden é a mais utilizada devido ao seu bom desempenho em testes de validação. No Brasil, a escala de Braden foi validada para a língua portuguesa por Paranhos em 1999. Avalia-se 6 fatores de risco que assumem a forma de subescalas: percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, nutrição, fricção e cisalhamento.⁶

As escalas de percepção sensorial, atividade e mobilidade mensuram determinantes clínicos de exposição para intensa e prolongada pressão; enquanto que as de umidade, nutrição, fricção e cisalhamento medem a tolerância do tecido à pressão.⁶

A subescala fricção e cisalhamento é pontuada de um (menos favorável) a três (mais favorável). As outras subescalas pontuam de um (menos favorável) a quatro (mais favorável). A somatória total varia de 6 a 23. A menor contagem de pontos indica menor habilidade funcional e maior risco para desenvolvimento de úlcera por pressão.⁶

Durante a implementação da escala de Braden em um protocolo de prevenção e tratamento de úlcera por pressão em unidades clínicas e cirúrgicas de um hospital geral de Porto Alegre, foi observado que este instrumento além de avaliar o risco da ocorrência de úlcera por pressão, pode ser usado como subsídio à identificação do Diagnóstico de enfermagem “risco da pele prejudicada”, durante o processo de enfermagem.⁸

Um estudo realizado num hospital geral da região sul do Brasil detectou que a identificação do risco pela escala de Braden deve embasar a prescrição e implementação de ações preventivas de enfermagem, sendo mais efetiva a avaliação de cada subescala e prescrições de enfermagem específicas para cada uma delas.⁹

Além da qualidade do instrumento, um estudo realizado num hospital geral de Recife que observava a aplicabilidade da escala de Braden, percebeu-se que a competência técnica e a habilidade do enfermeiro para avaliar os itens da escala de Braden são indispensáveis para a assistência de enfermagem adequada.¹⁰

É preciso ressaltar que a incidência úlcera por pressão é considerada um indicador da qualidade da assistência prestada pelo serviço de saúde, pois este é um evento adverso decorrente do processo de hospitalização e que reflete a qualidade do cuidado.⁶ Níveis baixos desse indicador estão relacionados com cuidado de enfermagem de qualidade.¹¹

Indicador é uma variável que monitora a qualidade do serviço prestado e possibilita a melhora do cuidado oferecido.¹¹

A equipe multiprofissional tem a responsabilidade de implementar medidas preventivas de úlcera por pressão tendo como objetivo a redução do impacto desse agravo oneroso, de difícil e prolongado tratamento.¹²

Justificativa

A incidência e prevalência de úlceras por pressão permanecem elevadas mundialmente, o que comprova a necessidade da realização de novas pesquisas, no sentido de encontrar soluções que tenham impacto e minimizem essas taxas.

A experiência do uso do indicador de qualidade aliada à taxas de incidência apontam quais intervenções que na prática exercem impacto na redução da incidência. O presente estudo contribui com a reflexão sobre as práticas de prevenção norteadas pelo uso do indicador de qualidade.

Objetivo

Conhecer a incidência de úlcera por pressão em pacientes com aids internados numa unidade especializada, nos anos de 2010 e 2011.

Avaliar os instrumentos preenchidos quanto ao escore das subescalas componentes da Escala de Braden.

Metodologia

Estudo descritivo, desenvolvido, na enfermaria da Unidade Especial de Tratamento de Doenças Infecciosas (UETDI) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Local

A UETDI, inaugurada em 1996, é composta por enfermaria, ambulatório e hospital dia. Na enfermaria há capacidade para 28 leitos adultos, porém são 18 leitos ativados para internação de alta e média complexidade de pacientes adultos com aids. A equipe é constituída por enfermeiros, médicos infectologistas, auxiliares de enfermagem, assistente social, fisioterapeuta e nutricionista.

Na UETDI-enfermaria, a escala de Braden foi implementada em janeiro de 2009 com o objetivo de nortear as ações preventivas e curativas relacionadas à úlcera por pressão. Ela foi escolhida por suas vantagens e indicada pelo grupo de Saúde da Pele. Antes da implementação foi realizada uma apresentação do instrumento pelos enfermeiros que participavam desse grupo.

O instrumento usado pelos enfermeiros é composto por quatro partes: a avaliação e seguimento dos pacientes mediante a escala de Braden, dados demográficos (nome, idade, sexo, cor e registro do paciente), avaliação da úlcera por pressão adquirida e importada quando presentes e dados clínicos (doença e data da internação e da alta). Este instrumento não faz parte do prontuário, sendo ao término da internação, guardados na unidade.

Durante a reunião mensal dos enfermeiros há espaço para discussões a respeito das dificuldades no preenchimento do instrumento. Além disso, no final do ano, o instrumento é avaliado pelos enfermeiros da unidade e por um enfermeiro da Educação Continuada. Neste momento o instrumento é analisado juntamente com os índices de incidência de úlcera por pressão adquirida e importada, quanto ao alcance dos objetivos e necessidades da unidade.

Ao ser admitido na enfermaria da UETDI, o paciente é submetido a avaliação física de acordo com a Escala de Braden, momento em que é obtido o primeiro escore. A escala é novamente aplicada a cada 15 dias, quando há mudança no estado de saúde do paciente e no momento da alta hospitalar. Esse procedimento é realizado com todos os pacientes adultos internados, que apresentam ou não úlceras por pressão.

Após a aplicação da Escala de Braden, o paciente permanece em observação quanto a probabilidade desenvolvimento de úlceras por pressão (UPP), considerando as medidas preventivas adotadas como uso de colchão piramidal "caixa de ovo", mudança de decúbito a cada 2 horas e hidratação da pele com cremes hidratantes.

O enfermeiro é responsável por avaliar a úlcera e o risco de desenvolvimento desta. Diante dessa avaliação, ele escolhe e prescreve as medidas preventivas ou de tratamento a serem aplicadas pela equipe de enfermagem.

Médicos, fisioterapeuta e nutricionista são acionados pessoalmente por enfermeiros, diante da necessidade de avaliações específicas.

Coleta de dados

Fizeram parte do estudo, 165 instrumentos com escalas de Braden que foram preenchidas entre os anos de 2010 e 2011 (anexo 1). É importante ressaltar que esses instrumentos não constam no prontuário do paciente. Eles são preenchidos e permanecem na unidade.

A interpretação dos resultados obtidos pela aplicação da Escala de Braden foi realizada adotando-se os níveis de risco propostos pelas próprias autoras da escala(13). Assim, pontuação menor de onze indica risco elevado, de 12 a 14, risco moderado e de 15 a 16, risco mínimo.¹³

Além da análise da escala de Braden, foram considerados os índices de incidência nos dois anos.

A incidência mensura a velocidade e intensidade com que úlcera acomete os pacientes internados e foi expressa em porcentagem após cálculo por meio da seguinte fórmula¹⁴:

$$\text{Incidência de UPP} = \frac{\text{nº de casos novos de pacientes com UPP em determinado período}}{\text{Nº de pacientes expostos ao risco de adquirir UPP no período}} \times 100$$

Resultados

A partir do preenchimento da Escala de Braden, pudemos obter os seguintes resultados.

A distribuição das planilhas de acordo com a faixa etária dos sujeitos que foram avaliados nos anos de 2010 e 2011 (Gráfico 1), mostrou que as idades variaram de 21 a 80 anos, sendo a faixa etária predominante a de 41 a 50 anos. A maioria dos indivíduos que apresentavam escore de Braden menor de 16 eram homens (61%).

A incidência de úlcera adquirida nos dois anos permaneceu durante a maior parte do tempo abaixo

de 25% (Gráficos 3 e 4).

Em 2010, dos 65 sujeitos avaliados pela escala de Braden como sendo menor de 16, a maioria (55,4%) tinha escore de Braden menor de 12, ou seja, tinham um risco alto para desenvolver úlcera por pressão. Em 2011, 100 sujeitos com escore menor de 16 para Escala de Braden foram avaliados. A maioria (66%) tinha escore de Braden menor de 12 (Gráfico 2).

A avaliação de cada subescala é importante pois ações específicas devem ser prescrita para cada uma.⁹

A tabela 1 mostra o resultado final de cada subescala. Em relação à percepção sensorial, no ano de 2010, a maioria (49,2%) apresentou escore 2(muito limitado) e em 2011, 37% obteve escore 1(completamente limitado).

Em 2010 foi observado escore 1(acamado) para atividade física (49,2%), escore 2 (muito limitado) para mobilidade (50,8%), e em 2011, a maioria dos pacientes obteve, escore 1(acamado) para atividade física (76%), escore 2 (muito limitado) para mobilidade (42%).

Os pacientes apresentaram escore 3 (pele ocasionalmente úmida) para umidade em 2010 (55,4%) e 3 em 2011 (60%).

Em relação à nutrição, é possível notar que a maioria dos pacientes apresentou escore 2 (provavelmente inadequado) para nutrição (58,5%) em 2010 e escore 3 (adequado) (52%) em 2011.

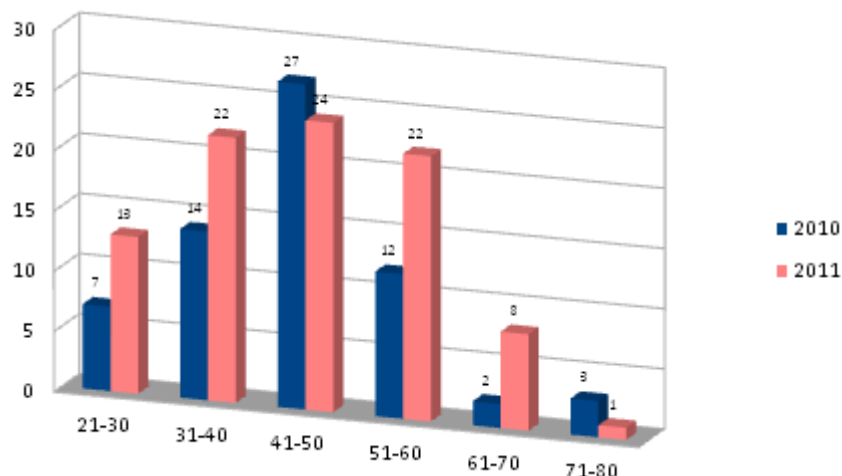


Gráfico 1. Distribuição dos sujeitos de acordo com a faixa etária nos anos de 2010 e 2011

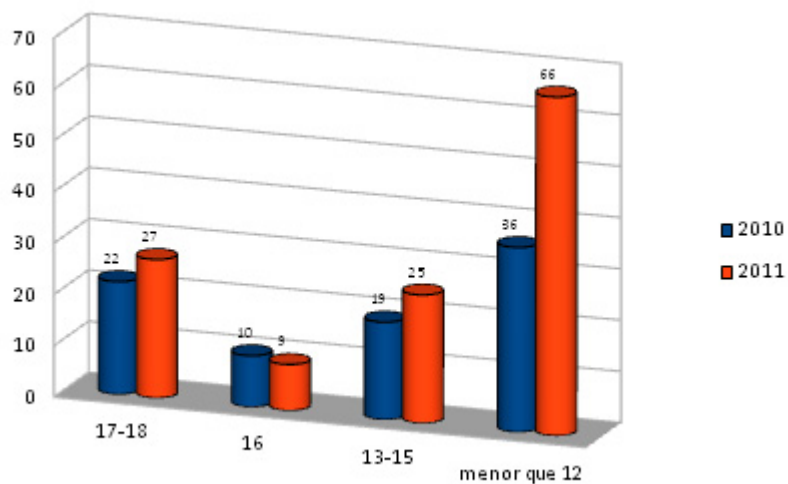


Gráfico 2. Distribuição dos escores da Escala de Braden nos anos de 2010 e 2011

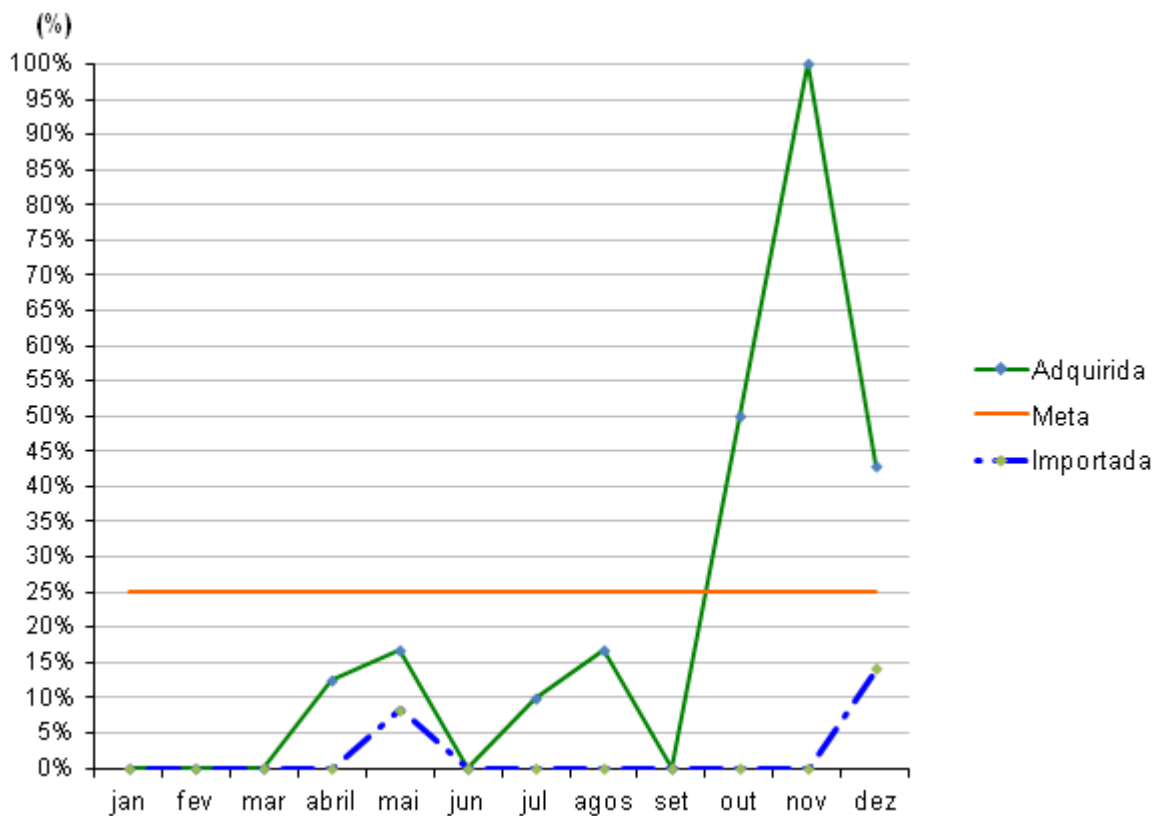


Gráfico 3. Incidência de UPP adquirida e importada em 2011, na UETDI

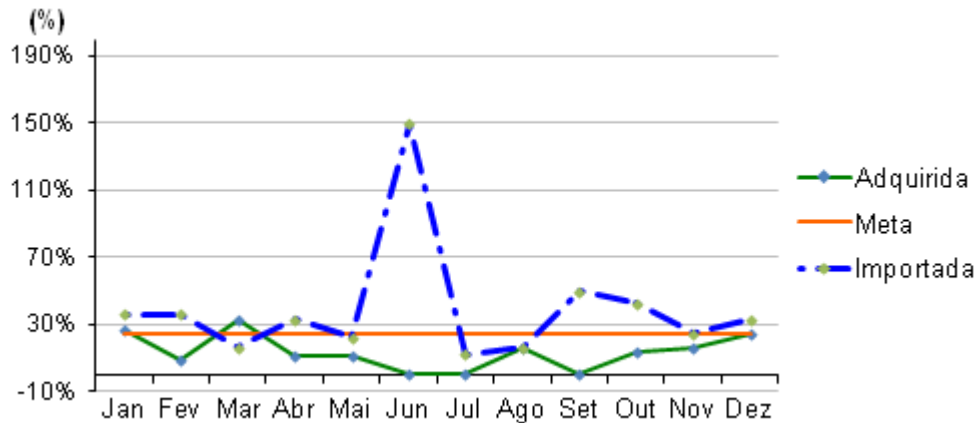


Gráfico 4. Incidência de UPP adquirida e importada em 2011, na UETDI

Discussão

A faixa etária predominante foi menor do que a encontrada em outros estudos sobre incidência e úlcera por pressão, entretanto é compatível com a idade de pessoas vivendo com aids que possuem complicações como doenças oportunistas.

Em relação à incidência, esta foi mensurada em dois índices: incidência de úlceras importadas e incidência de úlceras adquiridas. As úlceras importadas são aquelas adquiridas pelo paciente em serviços fora da UETDI enfermagem, ou seja, o paciente chega à unidade com a lesão formada em diferentes estágios. Ela é detectada no momento da realização do exame físico pelo enfermeiro, na admissão do paciente. As úlceras adquiridas são aquelas que se formam durante a estadia do paciente na UETDI.

A meta é definida como sendo o valor máximo da incidência aceito.

Em 2010, a incidência de úlcera por pressão esteve abaixo de 15%, chegando a ausência de úlceras em alguns meses do ano. Entretanto em outubro, novembro e dezembro, incidência de úlceras adquiridas atingiu 50%, 100% e 40% respectivamente.

Esses valores são atribuídos ao fato que, a partir de agosto, as úlceras foram incluídas na incidência somente ao término da internação. Diante dos resultados alarmantes, houve uma reunião com os enfermeiros e o enfermeiro da educação continuada, na qual decidiu-se que as úlceras por pressão seriam incluídas

na incidência no mês em que fossem detectadas, de acordo com a definição do NAGEH.¹⁴

Dessa forma, durante o ano de 2011, a incidência de úlcera por pressão adquirida se manteve abaixo da meta de 25%, exceto em março, quando houve a mudança do colchão de ar por colchão piramidal. Nesta época a equipe estava se adaptando ao uso do novo material.

A incidência de úlcera importada assume relevância em 2011, uma vez que se manteve acima da meta de 25% durante vários meses, atingindo o valor mais alto em junho. Esse fato ressalta a importância da comunicação com outros serviços e com os cuidadores com a finalidade de prevenção da úlcera por pressão no âmbito externo à UETDI.

Na literatura há grande variação dos índices de incidência de úlcera por pressão em pacientes internados em hospitais gerais. O *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (1989) encontrou prevalências variáveis, de 3% a 14%.

O estudo incidência de úlcera por pressão e a aplicação da Escala de Braden são importantes para o diagnóstico dos pacientes que estão sob risco de desenvolver úlcera por pressão e no embasamento de ações preventivas.¹⁶

O escore geral da Escala de Braden encontrado no presente estudo apontou que a maioria dos pacientes apresenta risco elevado de desenvolver úlcera por pressão. Vários estudos realizados em diferentes hospitais gerais, em UTIs, unidades clínicas e cirúrgicas

Tabela 1. Distribuição dos escores da escala de Braden de acordo com as subescalas, nos anos de 2010 e 2011.

	2010		2011	
	N	%	N	%
Percepção sensorial				
(1) Completamente limitado	11	16,9	37	37,0
(2) Muito limitado	32	49,2	32	32,0
(3) Levemente limitado	20	30,8	26	26,0
(4) Nenhuma limitação	02	3,1	05	5,0
Total	100	100,0	100	100,0
Umidade				
(1) Constantemente úmida	06	9,2	03	3,0
(2) Muito úmida	21	32,3	28	28,0
(3) Ocasionalmente úmida	36	55,4	60	60,0
(4) Raramente úmida	02	3,1	09	9,0
Total	100	100,0	100	100,0
Atividade física				
(1) Acamado	32	49,2	76	76,0
(2) Restrito à cadeira	24	36,9	16	16,0
(3) Caminha ocasionalmente	07	10,8	07	7,0
(4) Caminha freqüentemente	02	3,1	01	1,0
Total	100	100,0	100	100,0
Mobilidade				
(1) Completamente imobilizado	12	18,5	35	35,0
(2) Muito limitado	33	50,8	42	42,0
(3) Levemente limitado	19	29,2	22	22,0
(4) Nenhuma limitação	01	1,5	01	1,0
Total	100	100,0	100	100,0
Nutrição				
(1) Muito pobre	07	10,8	11	11,0
(2) Provavelmente inadequado	38	58,4	37	37,0
(3) Adequado	20	30,8	52	52,0
(4) Excelente	0	0,0	0	0,0
Total	100	100,0	100	100,0
Fricção e cisalhamento				
(1) Problema	24	36,9	53	53,0
(2) Potencial para problema	32	49,2	30	30,0
(3) Nenhum problema aparente	09	13,8	17	17,0
Total	100	100,0	100	100,0

indicam que muitos pacientes apresentam escores abaixo de 11.^{9,10,15}

Um estudo realizado num hospital de São Paulo (SP), verificou que os pacientes que desenvolveram úlcera por pressão tinham escores menores em relação àqueles que não tinham, demonstrando assim, o potencial preditivo da Escala de Braden.¹⁶

A avaliação do escore total da escala de Braden e a avaliação dos escores de cada sub escala são importantes para o estabelecimento de estratégias de prevenção pois revela quais fatores de risco são mais críticos no desenvolvimento de úlceras por pressão.¹⁰

Em relação à habilidade do paciente em responder significativamente à pressão relacionada ao desconforto, o escore de percepção sensorial indicou uma redução de muito limitado em 2010 para completamente limitado em 2011. Num hospital de Porto Alegre, foi encontrado um escore de 2 (muito limitado) em 50% dos pacientes internados em unidades clínicas e cirúrgicas.²

O paciente pode não perceber o desconforto causado pela pressão devido déficit de sensibilidade ou percepção sensorial. Assim, ele tem menor motivação para se movimentar e aliviar a pressão nas proeminências ósseas, o que aumenta significativamente a probabilidade do desenvolvimento de úlcera por pressão.¹²

O enfermeiro deve diagnosticar precocemente este grupo, de forma a implementar ações que reduzam suas complicações.¹⁰

A maioria dos pacientes encontrava-se acamada em relação ao grau de atividade física. Esses pacientes necessitam de maior cuidado relacionado à mudança de decúbito, cuidados com a pele e uso de colchões especiais.⁸

Os escores obtidos na subescala de mobilidade são concordantes com os encontrados na literatura¹⁰ pois os pacientes se mantiveram muito limitados.

A Atividade física e Mobilidade aliviam a pressão por meio do movimento. Paciente que permanece imóvel, não alivia a pressão, mantém os fatores de intensidade e duração da pressão, conseqüentemente tem aumento da probabilidade de UPP.¹²

A imobilidade associada a baixa percepção sensorial predispõe o paciente à UPP. Aproximadamente 80% dos pacientes com aids desenvolve alguma manifestação clínica neurológica, que pode desencadear dificuldades de mobilidade, percepção sensorial e orientação quanto a tempo, espaço e pessoa.⁶

Na UETDI o paciente que possui escores baixos nessas subescalas são colocados sob colchão piramidal e a mudança de decúbito é realizada a cada duas horas, seguindo a prescrição de enfermagem. Durante esta atividade os profissionais de enfermagem buscam manter o posicionamento anatômico, assim reduzindo a pressão sobre os locais de proeminência óssea.

A umidade se constitui em outro fator importante. A umidade pode ser conseqüência de incontinência vesical e fecal, drenagem de feridas, sudorese entre outros. Esse fator atua aumentando a susceptibilidade da pele ao rompimento por fricção e maceração. Há o enfraquecimento das camadas externas da pele e maior vulnerabilidade à lesões. Portanto a enfermagem deve certificar-se que o paciente esteja seco e limpo.^{10, 12}

Pacientes com dificuldades de realizar o auto cuidado, a troca de roupas de cama molhadas devido à drenagens, sudorese e incontinências é realizada assim que a equipe de enfermagem da UETDI percebe a umidade ou quando o paciente solicita. Durante a assistência de enfermagem são usados coletores urinários para o sexo masculino, fraldas descartáveis e curativos que absorvem o exsudato das feridas ou por solicitação do paciente.

Na UETDI a pele é avaliada diariamente no momento do banho e a cada troca de fralda e/ou roupas pela equipe de enfermagem. Diante de alterações, como o surgimento da hiperemia não reativa da pele, o enfermeiro institui medidas para que a pele não se rompa. Dentre essas medidas está a aplicação de barreira protetora na proeminência óssea, a hidratação da pele e a diminuição da pressão sobre essa área e mudança de decúbito a cada duas horas conforme protocolo do Subcomitê de Saúde da pele desta instituição.

A enfermagem deve intervir e cuidar, por meio de avaliações constantes da integridade da pele, tendo como objetivo o bem estar do paciente em qualquer estágio do processo saúde doença. A inspeção da pele do paciente para avaliar a integridade cutânea reflete o processo de observação, no qual identificam-se precocemente ou abrandam-se fatores de risco, prevenindo assim, a UPP ou identificando-a em seus estágios iniciais.⁷

Em relação à nutrição, houve aumento desse escore em 2011. Quando os pacientes apresentam problemas relacionados a esse escore, o enfermeiro pode solicitar a avaliação do nutricionista, de forma a

evitar que problemas nutricionais influenciem negativamente ações preventivas e curativas.

A má nutrição diminui a tolerância do tecido à pressão devido à redução de oxigênio e nutrientes. A lesão pode se cronificar devido à interferência de elementos nutricionais nas fases de cicatrização.

Problemas gastrintestinais aumentam dificuldades alimentares. Os pacientes com diagnóstico de aids emagrecem, ficando desnutridos e aumentando a exposição de proeminências ósseas e a probabilidade de UPP.

A pressão fricção e cisalhamento são fatores externos que podem isoladamente causar UPP. O cisalhamento deforma os tecidos rompendo-os e lesando vasos sanguíneos. Na fricção, duas superfícies ficam em atrito.⁴ Em 2010 foi encontrado escore 2 para fricção e cisalhamento (49,2%) e em 2011, o escore passou para 1(53%).

Nesse contexto que evidencia escores baixos, o paciente necessita de assistência de enfermagem de média e alta complexidade requerendo cuidados durante o reposicionamento. O passante ajuda a movimentar o paciente de uma superfície a outra. Além disso, o paciente é posicionado com a cabeceira elevada a 30°, o que diminui a possibilidade de cisalhamento.

Os cuidados de enfermagem preventivos são significativos para redução do número de UPP. Ao identificar os fatores de risco, a enfermagem planeja ações de caráter preventivo com a finalidade de melhorar a qualidade da assistência.⁷

Considerações finais

Concluimos que é de suma importância a manutenção desse indicador de qualidade, bem como a aplicação do instrumento com a escala de Braden e a supervisão das ações desenvolvidas pela equipe de enfermagem na assistência prestada. É preciso ressaltar que os instrumentos a serem aplicados devem ser simples e de fácil utilização.

A escala de Braden exerce impacto na prática assistencial pois avaliando suas subescalas é possível direcionar ações específicas para cada uma delas. Assim, por exemplo, o escore de fricção e cisalhamento passou de 2 em 2010 para 1 em 2011, apontando que ações voltadas para essa subescala devem ser intensificadas. É possível observar o impacto que essas ações exercem no escore geral e na redução da

incidência de UPP. Sem o uso da escala, as ações se desenvolvem sem um direcionamento necessário e não é possível observar de forma objetiva a influência delas na redução da incidência de UPP.

Além de direcionar ações preventivas, é possível aplicar as ações no tratamento da UPP. Assim, por exemplo, aumentando o escore de fricção e cisalhamento, previne-se descolamentos e formação de túneis, evitando-se a piora do estadiamento da UPP.

A adesão de todos os membros da equipe de saúde no processo de prevenção de úlcera por pressão e o entendimento de todos os envolvidos quanto à necessidade de aplicar a escala de Braden o mais precocemente possível, no sentido de nortear intervenções adequadas e detecção da úlcera por pressão em fases iniciais, faz-se necessário.

Considerando que a incidência de úlcera por pressão é um indicador da qualidade da assistência e de segurança do paciente, usando intervenções adequadas, é possível reduzir a incidência de úlcera por pressão adquirida em nosso serviço. Assim, a meta proposta para 2012 é manter a incidência de UPP adquirida abaixo de 17%.

Referencias Bibliográficas

1. Gomes FSL, Bastos MAR, Matozinhos FP, Temponi HR, Veslasquez-melendez G. Fatores associados à úlcera por pressão em pacientes de terapia intensiva adultos. *Rev Esc Enferm USP* 2010; 44 (4): 1070-6.
2. Irion G. Feridas: novas abordagens, manejo clínico e atlas em cores, Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2005.
3. Anselmi ML, Peduzzi M, França Junior I. Incidência de úlcera por pressão e ações de enfermagem. *Acta Paul Enferm.* 2009;22(3):257-64.
4. Dealey C. Cuidando de feridas: um guia para as enfermeiras, São Paulo, Atheneu, 1996.
5. Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. Brunner e Suddarth Tratamento de Enfermagem Médico cirúrgica, Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2008.
6. Souza CA, Santos I, Silva LD. Aplicando as recomendações da escala de Braden e prevenindo úlceras por pressão - evidências do cuidar de enfermagem. *Rev. Bras Enferm* 2006; 59 (3): 279-84.
7. Medeiros ABF, Lopes CHAF, Jorge MSB. Análise da prevenção e tratamento das úlceras por pressão propostos por enfermeiros. *Rev Esc Enferm USP* 2009; 43 (1): 223-8.
8. Lucena AF; Santos CT; Pereira AGS; Almeida MA; Dias VLM; Friedrich MA. Perfil clínico e diagnóstico de enfermagem de pacientes em risco para úlcera por pressão. *Rev. Latino am Enfermagem.* Ribeirão Preto 2011; 19 (3).

9. Bavaresco T; Medeiros RH; Lucena AF. Implementação da escala de Braden em uma unidade de terapia intensiva de um hospital universitário. *Rev. Gaucha Enferm. Porto Alegre (RS)*, 2011; 32 (4): 703-10.
10. Silva EWNL; Araujo RA; Oliveira EC; Falcão VTFL. Aplicabilidade do protocolo de úlcera por pressão em unidade de terapia intensiva. *Rev. Bras. Ter. Intensiva* 2010; 22 (2): 175-185.
11. Moura GMSS, Juchem BC, Falk MLR, Magalhães AMM, Suzuki LM. Construção e implantação de dois indicadores de qualidade assistencial de enfermagem. *Rev. Gaúcha enferm. Porto Alegre*, 2009; 30 (1): 136-40.
12. Paranhos WY. Úlceras de Pressão. In: Jorge S.A., Dantas S.R. *Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas*, São Paulo, Atheneu, 2005: 287-298.
13. Bergstrom N; Braden BJ; Laguzza A; Holman, V. The Braden Scale for predicting pressure score risk. *Nurs. Res.*, 1987; 36 (4): 205-10.
14. Programa de qualidade hospitalar (CQH) Manual de indicadores de enfermagem NAGEH. São Paulo, APM/CREMESP, 2006, p14.
15. Araujo CR; Lucena STM; Santos IBC; Soares MJGO. A enfermagem e a utilização da escala de Braden em úlcera por pressão. *Rev. Enferm. UERJ Rio de Janeiro*, 2010; 18 (3): 359-64.
16. Rogenski NMB; Santos VLCC. Estudo sobre a incidência de úlceras por pressão em um hospital universitário. *Rev. Latino am enfermagem* 2005; 13 (4): 474-80.

Anexo 1



**AVALIAÇÃO DE RISCO DE DESENVOLVIMENTO DE ÚLCERA POR PRESSÃO
CONFORME A ESCALA DE BRADEN - PARANHOS**

UETDI - ENFERMARIA

Identificação:

Data da internação ___/___/___

Ferida na Internação: () Sim () Não

AVALIAÇÃO DA FERIDA (pré-existente)

PROCEDENCIA

LOCAL:
ESTÁGIO

LOCAL:
ESTÁGIO

	INTERNAÇÃO	RE AVALIAÇÃO										ALTA
DATA												
PERCEPÇÃO SENSORIAL:												
UMIDADE												
ATIVIDADE FÍSICA												
MOBILIDADE												
NUTRIÇÃO												
FRICÇÃO E CISALHAMENTO												
Total de Pontos												
ENFERMEIRA												


Ferida desenvolvida na internação: () sim () não

Data:

Local:

Estágio:

Data de saída: ___/___/___ () Alta () Transferência () Óbito

		ESCALA DE BRADEN			
	1 Ponto	2 Pontos	3 Pontos	4 Pontos	
Percepção sensorial: Habilidade de responder significativamente à pressão relacionada com o desconforto	Completamente limitado: 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.	Muito limitado: 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.	Levemente limitado: 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.	Nenhuma limitação: responde aos comandos verbais. Não tem problemas sensoriais que poderiam limitar a capacidade de sentir ou verbalizar dor ou desconforto.	
Umidade: Grau ao qual a pele está exposta à umidade	Constantemente úmida: 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.	Muito úmida: a pele está muitas vezes, mas nem sempre úmida/molhada. A roupa de cama precisa ser trocada pelo menos uma vez durante o plantão.	Ocasionalmente úmida: a pele está ocasionalmente durante o dia úmida/molhada, necessitando de uma troca de roupa de cama uma vez por dia aproximadamente.	Raramente úmida: a pele geralmente está seca, a roupa de cama só é trocada nos horários de rotina.	
Atividade física: Grau de atividade física	Acamado: mantém-se sempre no leito.	Restrito à cadeira: a habilidade de caminhar está severamente limitada ou inexistente. Não agüenta o próprio peso e/ou precisa ser ajudado para sentar-se na cadeira ou cadeira de roda.	Caminha Ocasionalmente: caminha ocasionalmente durante o dia, porém por distâncias bem curtas, com ou sem assistência. Passa a maior parte do tempo na cama ou cadeira.	Caminha Frequentemente: caminha fora do quarto pelo menos duas vezes por dia e dentro do quarto pelo menos a cada duas horas durante as horas que está acordado.	
Mobilidade: Habilidade de mudar e controlar as posições corporais	Completamente imobilizado: não faz nenhum movimento do corpo por menor que seja ou das extremidades sem ajuda.	Muito limitado: faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou das extremidades no entanto é incapaz de fazer mudança frequentes ou significantes sem ajuda.	Levemente limitado: faz mudanças frequentes, embora pequenas, na posição do corpo ou das extremidades, sem ajuda.	Nenhuma limitação: faz mudanças grandes e frequentes na posição sem assistência.	
Nutrição: Padrão usual de ingestão alimentar	Muito pobre: 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.	Provavelmente inadequado: 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.	Adequado: 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.	Excelente: 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.	
Fricção e distalimento	Problema: necessita assistência moderada ou assistência máxima para mover-se. É impossível levantar-se completamente sem esfregar-se contra os lençóis. Escorrega frequentemente na cama ou cadeira necessitando assistência máxima para frequente reposição do corpo. Espasmos, contrações levam a uma fricção constante.	Potencial para problema: movimenta-se livremente ou necessita uma assistência mínima. Durante o movimento a pele provavelmente esfrega-se em alguma extensão contra os lençóis, cadeiras, ou restrições ou outros equipamentos. A maior parte do tempo mantém relativamente uma boa posição na cadeira ou na cama, porém de vez em quando escorrega para baixo.	Nenhum problema aparente: movimenta-se independentemente na cama ou cadeira e tem força muscular suficiente para levantar o corpo completamente durante o movimento. Mantém o tempo todo, uma boa posição na cama ou cadeira.		

Escala de Braden - Traduzido por Maria Helena Laroche Caliri - EERP - USP, com autorização da autora Barbara Braden.
 Escore - <= 12 Elevado Risco; 13 e 14 - Moderado Risco; 15 e 16 - Baixo Risco; > 17 Sem Risco