

**CLAUDINEI ALEXANDRE DA ROSA  
JUAN GUILLEN PONS JUNIOR**

**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  
CLAUDINEI ALEXANDRE DA ROSA  
JUAN GUILLEN PONS JUNIOR**

**O USO DA ESCALA DE BRADEN COMO FERRAMENTA DE  
AVALIAÇÃO DE RISCO PARA O PACIENTE DESENVOLVER  
ÚLCERAS POR PRESSÃO: UMA REVISÃO DE LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Curso de Graduação em Enfermagem do Centro  
Universitário Filadélfia como requisito para a  
obtenção do Título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Rita de Cássia Domansky

**LONDRINA**

**2009**

**O USO DA ESCALA DE BRADEN COMO FERRAMENTA DE  
AVALIAÇÃO DE RISCO PARA O PACIENTE DESENVOLVER  
ÚLCERAS POR PRESSÃO: UMA REVISÃO DE LITERATURA**

**CLAUDINEI ALEXANDRE DA ROSA  
JUAN GUILLEN PONS JUNIOR**

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado com a nota \_\_\_\_\_, para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem, pela banca examinadora formada por:

BANCA EXAMINADORA

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Rita de Cássia Domansky  
Presidente da Banca

---

Membro da banca

---

Membro da banca

Londrina, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2009.

Dedicamos este trabalho a Deus que nos possibilitou estar desfrutando desse momento.

## **AGRADECIMENTOS**

Aos nossos familiares e amigos que de maneira especial nos deram força e apoio para superar as dificuldades, nos possibilitando mais esta conquista.

Aos docentes que nos encaminharam para a busca do conhecimento, contribuindo para a nossa formação.

*O único lugar que o sucesso vem antes  
do trabalho é no dicionário.*

## RESUMO

A úlcera por pressão constitui um sério problema das instituições hospitalares e asilares e no domicílio. Pode ser definida como uma área localizada da morte tecidual que se desenvolve quando um tecido mole é comprimido entre uma proeminência óssea e uma superfície dura, por um período prolongado de tempo. Nesse sentido, a justificativa elencada para esta pesquisa, é identificar o uso da Escala de Braden como meio de auxílio na prevenção das úlceras por pressão, buscando quantificar em artigos científicos pesquisados no banco de dados da Biblioteca Virtual da Saúde – BIREME, a existência da relação direta com o tema proposto, classificando-os, citando-os os que foram encontrados, para enfatizar que a Escala de Braden auxilia na assistência da enfermagem preventiva em relação à úlcera por pressão. Assim considerando, o objetivo geral deste trabalho é identificar o uso da Escala de Braden como meio de auxílio na prevenção das úlceras por pressão. Nesse sentido, têm-se como objetivos específicos: apresentar algumas características das úlceras de pressão; demonstrar como a Escala de Braden pode auxiliar no tratamento deste tipo de úlcera; apresentar medidas preventivas direcionadas pela área de enfermagem juntamente com o auxílio da Escala de Braden; e elencar quantos artigos científicos foram encontrados, que relacionam os benefícios da Escala de Braden na promoção da saúde de pessoas acometidas de úlceras por pressão.

**Descritores:** Escala de Braden. Úlcera por Pressão. Enfermagem.

## **ABSTRACT**

A pressure ulcer is a serious problem in hospitals and nursing homes and at home. Can be defined as a localized area of tissue death that develops when the soft tissue is compressed between a bony prominence and a hard surface for an extended period of time. Accordingly, the warrants squad for this research is to identify the use of the Braden Scale as an aid in the prevention of pressure ulcers, seeking to quantify in scientific articles in searchable database of the Virtual Library of Health - BIREME, the existence of direct relation to the proposed topic, classifying them, citing them who were found to emphasize that the Braden Scale helps in preventive nursing care for pressure ulcers. So considering the general aim of this study is to identify the use of the Braden Scale as an aid in the prevention of pressure ulcers. In this sense, have specific objectives: to present some characteristics of pressure ulcers; demonstrate how the Braden Scale may help treat such ulcers; present preventative measures directed by the nursing area with the aid of the Braden Scale, and to list how many scientific articles were found, which relate the benefits of the Braden Scale in promoting the health of people afflicted with pressure ulcers.

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

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Artigos publicados em períodos nacionais, na língua portuguesa, no período de janeiro de 1999 a dezembro de 2008.....	31
Quadro 2 – Artigos indexados na base de dados do BIREME, por meio do seguinte descritor: Escala de Braden.....	32
Quadro 3 – Descritor “Escala de Braden” e sua relação com os objetivos dos artigos.....	32

## LISTA DE SIGLAS

UP	Úlcera por pressão
UPs	Úlceras por pressão
NPUAP	National Pressure Ulcer Advisory Panel
JCAHO	Joint Commission for the Accreditation of Health Care Organization
AHCPR	Agency for Health Care Policy and Research

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>14</b>
<b>3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>15</b>
3.1 EPIDEMIOLOGIA DAS ÚLCERAS POR PRESSÃO.....	15
3.1.1 FATORES DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DAS UPS.....	16
3.2 ESTADIAMENTO DAS ÚLCERAS POR PRESSÃO .....	19
3.3 PREVENÇÃO DAS ÚLCERAS POR PRESSÃO.....	20
<b>4 MATERIAIS E MÉTODO.....</b>	<b>24</b>
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	24
4.2 TIPO DE AMOSTRA.....	24
4.3 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS.....	24
4.4 ANÁLISE DOS DADOS.....	25
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>26</b>
<b>6 CONCLUSÃO.....</b>	<b>31</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>33</b>
<b>APÊNDICE.....</b>	<b>36</b>
Apêndice A – Lista dos Artigos Que Compõe a Amostra.....	37

## 1 INTRODUÇÃO

A ocorrência de úlceras por pressão (UPs) em pacientes hospitalizados é um grande problema de saúde, podendo acarretar desconforto físico para o paciente, necessidade de cuidados intensivos de enfermagem, aumento do risco para o

desenvolvimento de complicações adicionais internação hospitalar prolongada, com conseqüente aumento dos custos no respectivo tratamento (KELLER *et al.*, 2002).

O desenvolvimento da úlcera por pressão (UP) é fenômeno complexo e multifatorial, relacionados com o paciente e com o meio externo, sendo a imobilidade o fator de risco de maior importância nos pacientes hospitalizados. Pacientes em cuidados intensivos são propensos a UPs devido à sedação, alteração do nível de consciência, suporte ventilatório, uso de drogas vasoativas, restrição de movimentos por período prolongado de tempo e instabilidade hemodinâmica (FERNANDES, 2000).

As estimativas internacionais estimam que entre 3% a 14% de todos os pacientes hospitalizados atualmente desenvolvem UP, e nos pacientes com doenças crônicas e residentes em asilos para idosos a incidência fica entre 15% e 25% (SOUSA, *et al.*, 2006). No Brasil, No Brasil os estudos epidemiológicos sobre o tema ainda são isolados, com casuísticas pequenas, valendo-se de métodos diferentes, o que não possibilita a comparação dos dados. Vale citar o estudo de Rogenski e Santos (2005) que verificaram a incidência de UPs em 39,8% dos pacientes internados em um Hospital Universitário.

A determinação do risco do paciente para o desenvolvimento da úlcera é a primeira medida a ser adotada para a sua prevenção. Deve ser realizada na admissão do paciente e pelo menos a cada 48 horas, ou quando ocorrer alteração em suas condições de saúde, principalmente em pacientes criticamente enfermos que apresentam grande número de fatores de risco. A Escala de Braden, desenvolvida nos Estados Unidos por BERGSTRON *et al.* (1987), é a mais utilizada mundialmente para a avaliação do risco, e foi validada para a língua portuguesa por PARANHOS e SANTOS (1999), para o uso na população brasileira.

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

1. Percepção sensorial – verifica a capacidade de reagir significativamente à pressão relacionada ao desconforto;
2. Umidade – refere-se ao nível em que a pele é exposta à umidade;
3. Atividade – diz respeito ao grau de atividade física;
4. Mobilidade – mensura a capacidade do paciente em mudar e controlar a posição de seu corpo;
5. Nutrição – retrata o padrão usual de consumo alimentar;

6. Fricção e Cisalhamento – mostra a dependência do paciente para a mobilização e posicionamento e sobre estados de espasticidade, contratura e agitação que podem levar à constante fricção.

As cinco primeiras sub-escalas são pontuadas de um (menos favorável) a quatro (mais favorável) e a sexta subescala, fricção e cisalhamento, é pontuada de um a três. A somatória total fica entre os valores de seis a 23. Ao final da avaliação de risco do paciente, realizada pelo enfermeiro, o risco é interpretado da seguinte forma: abaixo ou igual a 11 significa um risco elevado, de 12 a 14 risco moderado, de 15 a 17 risco pequeno e maior ou igual 18 risco baixo. Assim, pode-se dizer que quanto menor a pontuação maior o risco para o desenvolvimento da UP (BERGSTRON et al., 1987; PARANHOS e SANTOS, 1999).

A Escala de Braden é um instrumento eficaz no auxílio ao enfermeiro no processo de decisão das medidas preventivas a serem adotadas, de acordo com o risco de cada paciente, pois as UPs sempre foram um problema a ser enfrentado pelos enfermeiros, aos quais eram atribuídas as maiores responsabilidades no reconhecimento dos clientes de risco e por sua associação com a deficiência na qualidade da assistência associada aos fatores predisponentes intrínsecos (percepção sensorial, tolerância tissular aspecto nutricional, envelhecimento, doenças degenerativas) e extrínsecos (umidade, fricção e cisalhamento), que acabam por elevar os índices de UP em clientes hospitalizados (FERNANDES, 2000).

Diante do exposto, sendo a Escala de Braden um instrumento capaz de prever o risco do aparecimento da úlcera por pressão, dando subsídios aos enfermeiros para intervirem previamente na prevenção de seu aparecimento, faz-se necessário conhecer os estudos que mostrem o uso da Escala como instrumento de avaliação sistematizada do paciente sob risco.

## **2 OBJETIVO**

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

### **3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

#### **3.1 EPIDEMIOLOGIA DAS ÚLCERAS POR PRESSÃO**

As UPs têm prevalência e incidência elevadas no tratamento agudo e de longo prazo em pacientes hospitalizados e/ou acamados, podendo se desenvolver em 24 horas ou espaçar cinco dias para sua manifestação. Em 2001, nos Estados Unidos, estimava-se que 1,5 a 3 milhões de pessoas desenvolveriam UP/ano. Dados da população norte-americana mostram que a incidência de UP varia entre a população e os locais de atendimento. Nos locais de tratamento agudo, por exemplo, podem variar de 3% a 14%, em um grupo geriátrico a incidência aumenta para 24% e em pacientes com lesão medular pode chegar até 59% o total de pessoas acamadas que desenvolvem uma ou mais feridas (DELISA; GANS, 2002).

No Brasil, Costa (2003), acompanhou por três meses consecutivos, 53 pacientes acamados, dos quais 20 desenvolveram UPs, ou seja, 37,7%. Rogenski e Santos (2005), fizeram seguimento por três meses dos 211 pacientes em risco para o desenvolvimento de UP, em um hospital universitário, e concluíram que 39,8% desses pacientes apresentaram UPs.

Segundo declair (2002, p. 6):

Nos Estados Unidos em média, 2,1 milhões de pessoas apresentam UP no ano, equivalendo a um custo hospitalar mensal de 4 a 7 mil dólares por paciente. Para tal, no Brasil não existem estatísticas do número de pacientes que desenvolvem UP, pois os casos não são registrados ou notificados a um órgão responsável.

Segundo Irion (2005), a UP pode originar-se em várias posições nas quais o paciente seja mantido. As saliências ósseas mais vulneráveis às UPs são: sacro, ísquios trocânteres, calcâneos e cotovelos. SERPA (2006) verificou a incidência de UPs em pacientes de UTI, e constatou 36% de UPs de cotovelos, 21% de sacro, 20% de maléolo e 14% de cóccix.

Costa (2005) verificou 77 UPs em 45 pacientes avaliados, sendo 32,42% na região sacral, 32,47% na região trocantérica e 15,58% nos ísquios. Rogenski e Santos (2005) verificaram predomínio de UPs na região sacra (33,6%), calcâneos (24,6%) e glúteos (23,9%).

### 3.1.1 FATORES DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DAS UPS

Os pacientes confinados no leito por um período longo e com dificuldades sensoriais ou motoras, cognitivas prejudicadas, imobilidade, os que apresentam atrofia muscular e redução do acolchoamento entre a pele sobreposta e o osso subjacente, estão em risco para

desenvolverem úlcera por pressão. Mesmo sendo a pressão exercida no tecido, o fator mais importante para o seu desenvolvimento, outros fatores contribuem para ocorrência de úlcera por pressão (SMELTZER; BARE, 2005).

Segundo Delisa e Gans (2002), 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.

Em 1989, o consenso do National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), ou seja, do Conselho Nacional Consultivo sobre UP propôs os fatores de risco secundários no desenvolvimento das UPs. Estes são definidos como características intrínsecas e extrínsecas identificáveis, que aumentam a suscetibilidade de uma pessoa às forças que induzem as feridas. Os fatores intrínsecos são aqueles inerentes ao indivíduo que predispõe os pacientes acamados às UPs, e estão, relacionados às variáveis do estado físico do paciente. E os fatores extrínsecos são aqueles que independentes do indivíduo, estão relacionados ao mecanismo da lesão. Nos fatores intrínsecos e extrínsecos estão incluídos mobilidade, nutrição, idade, umidade/incontinência, fumo, temperatura elevada, educação, psicossociais, estado cognitivo, lesão medular (SMELTZER; BARE, 2005).

A seguir são descritos fatores primários e secundários para o desenvolvimento das UPs:

- Pressão: a pressão capilar normal é de 32 mmHg, assim quando há uma pressão sobre as proeminências ósseas em indivíduos acamados e/ou sentados, que excede esse limite, o paciente desenvolve uma isquemia no local, sendo que o primeiro sinal é o eritema devido à hiperemia reativa, pois aparece um rubor vermelho vivo à medida que o corpo tenta suprir o tecido carente de oxigênio. Segundo Delisa e Gans (2002, p. 1116), “os tecidos podem tolerar pressões cíclicas muito mais altas que pressões constantes. Se a pressão for aliviada intermitentemente a cada 3 a 5 minutos, pressões mais altas podem ser toleradas”. Fica evidente que uma das metas mais importante que deve ser alcançada para que se obtenha uma boa recuperação do paciente é aliviar a pressão através de mudanças de decúbito freqüentes.

- Cisalhamento: outro fator de risco é o cisalhamento que é uma pressão exercida quando o paciente é movido ou reposicionado na cama e/ou cadeira. Esses pacientes são recolocados na posição inicial repetidas vezes e nesse movimento a pele permanece aderida ao lençol enquanto que o restante do corpo é empurrado

para cima. Devido a essa tração há a torção dos vasos sanguíneos e a interrupção da micro-circulação da pele do tecido subcutâneo. A força de cisalhamento é criada pela interação entre as forças gravitacionais e de atrito, que é a resistência que existe ao movimento entre duas superfícies (SMELTZER; BARE, 2005).

- Fricção: 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 (CARVALHO FILHO; PAPALÉO NETTO, 2006).

- Mobilidade: a mobilidade tem capacidade de mudar e controlar a posição do corpo. Está relacionado ao nível de consciência e competência neurológica. É a capacidade do paciente de aliviar a pressão através do movimento e contribuir para seu bem estar físico e psíquico. As principais condições que contribuem para a imobilidade são: o acidente vascular cerebral, artrite, esclerose múltipla, lesão medular, traumatismo craniano, sedação excessiva, depressão, fraqueza e confusão (JORGE; DANTAS, 2003).

- Nutrição: dois estudos prospectivos mostraram evidências de uma má dieta como fator causador na formação de UPs. Alguns pacientes já entram no hospital desnutridos, enquanto outros, mesmo internados em bom estado nutricional para procedimentos eletivos, podem ter seu estado nutricional comprometido durante a sua hospitalização. A má nutrição é considerada um dos fatores secundários relatados para o desenvolvimento da UP, porque contribui para diminuir a tolerância do tecido à pressão. São recomendadas dietas calóricas, ricas em proteínas e carboidratos, para promover um balanço positivo de nitrogênio e suprir as necessidades metabólicas e nutricionais cruciais para a prevenção das lesões (SOUZA, 2007).

- Idade: o envelhecimento ocasiona alterações que comprometem a habilidade da pele para distribuir efetivamente a pressão como, mudanças na síntese de colágeno que resultam em tecidos com diminuição na força mecânica e aumento na rigidez. Essas mudanças acarretam ainda a redução da capacidade do tecido de distribuir a pressão mantida sobre ele, levando a um comprometimento do fluxo sanguíneo e conseqüentemente ao aumento do risco para as UPs. A idade avançada também é causadora de aumento de internações hospitalares, de

acamações e de condições crônicas de saúde que logo aumenta o risco de pressão, fricção, cisalhamento e diminuição da circulação sanguínea na pele (DELISA; GANS, 2002).

- Umidade: a umidade é um fator contribuinte importante no desenvolvimento de lesões cutâneas, pois quando não é controlada causa maceração (amolecimento) da pele. Com a maceração do tecido da epiderme, há uma redução na força tensiva, tornando-se fácil a compressão, a fricção e o cisalhamento, posteriormente formam-se erosões deixando um ambiente propício para crescimento de microorganismo. A incontinência é o fator de risco para a formação de UPs, principalmente a dupla incontinência (MORTON *et al.*, 2007).

- Tabagismo: é um fator que expõe o paciente ao risco visto que a nicotina reduz a hemoglobina funcional e causa disfunção pulmonar, privando os tecidos de oxigenação, ou seja, produz efeitos no organismo que interferem no fluxo sanguíneo provocando vaso constrição, favorecendo a diminuição do aporte de oxigênio e nutrientes para as células e o aumento da adesão de plaquetas (BRASIL, 2003).

- Temperatura Elevada: a temperatura corporal é um fator etiológico, que representa um risco maior de necrose nas UPs. Na elevação da temperatura (hipertermia), a cada 1°C, têm-se um aumento de 10% no metabolismo tecidual e na demanda de oxigênio, ocorrendo desvitalização do tecido e provocando sudorese que leva a maceração da pele. Deve ser ressaltada a atenção dos profissionais quanto ao uso, nos pacientes, de roupas inadequadas, hiperemias, atritos em superfície de suporte, como colchões com capa que provoquem aquecimento, isolem e/ou conduzam calor para pele dos pacientes (DECLAIR, 2002).

- Estado Cognitivo: a alteração no nível de consciência acarreta na perda da habilidade do paciente para detectar sensações que indiquem uma necessidade de mudança na posição através do movimento, com o objetivo de aliviar a pressão em regiões dotadas de proeminências ósseas. Isso aumenta a propensão de isquemia na pele que está em contato com uma superfície (DELISA; GANS, 2002).

- Lesão Medular: pacientes com lesão medular apresentam certo grau de alteração na sensibilidade térmica e tátil, o que leva à predisposição para o desenvolvimento das feridas. Geralmente, esse tipo de paciente permanece por longos períodos em uma mesma posição, exercendo compressão contínua em diferentes áreas do corpo. Além dos pacientes portadores de lesão medular, outros

indivíduos acometidos por traumatismos graves podem desenvolver úlceras de pressão, também em decorrência do posicionamento (DELISA; GANS, 2002).

### 3.2 ESTADIAMENTO DAS ÚLCERAS POR PRESSÃO

O National Pressure Ulcer Advisory Panel NPUAP em (2007 apud SOBEST, P, 43) os especialistas fizeram a revisão da descrição dos estágios. O objetivo da revisão era reduzir o número de úlceras estadiadas incorretamente ou confundidas com outros tipos de feridas e lesões de pele, pois a compreensão de sua etiologia é imperativa para a prescrição e a escolha dos tratamentos adequados.

Para o NPUAP (SOBEST, 2007, p. 43-4) ficaram estabelecidas as definições para os quatro estágios das UPs:

Estágio I – Pele intacta com hiperemia de uma área localizada que não esbranquece, geralmente sobre proeminência óssea. A pele de cor escura não pode apresentar esbranquecimento visível: sua cor pode diferir da pele ao redor.

Estágio II – perda parcial da espessura dérmica, apresenta-se como úlcera superficial com leito de coloração vermelho pálido, sem esfacelo. Pode apresentar-se ainda como uma bolha (preenchida com exsudato seroso), intacta ou aberta/rompida.

Estágio III – perda de tecido em espessura total. A gordura subcutânea pode estar visível, sem exposição de osso, tendão ou músculo. Esfacelo pode estar presente sem prejudicar a identificação da profundidade de perda tissular. Pode incluir descolamento e túneis.

Estágio IV – perda total de tecido com exposição óssea, de músculo ou tendão. Pode haver presença de esfacelo ou escara em algumas partes do leito da ferida. Frequentemente, inclui descolamento e túneis.

### 3.3 ÚLCERAS POR PRESSÃO E SUA PREVENÇÃO

A grande incidência e prevalência da UP sugerem uma atuação insuficiente dos profissionais da saúde, junto aos pacientes hospitalizados/acamados por razões diversas. Lianza (1995), Candido (2001) e Benedet (2001) concordam que, a equipe multidisciplinar deve estar integrada para prestar os cuidados aos pacientes

acamados, que por ventura poderão apresentar riscos para integridade da pele, e ainda, ressaltam a importância do enfermeiro como cuidador integral do paciente.

O senso comum entre os autores também diz que a prevenção da UP é mais importante que as propostas de tratamento, visto que, na prevenção o custo é reduzido, o risco para o paciente é nulo e sua permanência no hospital é abreviada, já que uma UP aumenta o risco de o paciente adquirir uma infecção concomitante aumentando assim, seu tempo de hospitalização (Lianza,1995; Candido, 2001; Benedet, 2001). A prevenção da UP é relevante, tanto para o paciente quanto para o hospital, no que se refere aos custos, pois além do tratamento custar mais caro que a prevenção, a permanência no hospital também é maior (Dealey, 2001).

Delisa e Gans (2002, p. 1116) afirmam que:

Pacientes com diagnóstico primário de UP consumiram 836 milhões de dólares em 1992 nos Estados Unidos. Sabe-se também que outros pacientes deixam de ser internados devido à ocupação dos leitos, concluindo-se então, que a prevenção exige um investimento econômico menor do que a cura.

Para Candido (2001), a observação e o controle rigoroso dos fatores externos e internos são indicadores de riscos essenciais no cuidado preventivo das UPs. A prevenção deve iniciar-se com orientações adequadas e estímulo ao paciente e seus familiares, salientando a importância da autodisciplina e da participação e colaboração durante o tratamento clínico (SILVA; FIGUEIREDO; MEIRELES, 2007).

Segundo Faro (1990, p. 279) “é necessário ensinar os familiares como cuidar da pele evitando as UPs, pois a cada ferida aberta, o tratamento clínico fica praticamente interrompido retardando o processo de reabilitação”. Devido às consequências da UP nos Estados Unidos, os organizadores do NPUAP criaram, em 1992, para as diretrizes de prevenção e tratamento das UPs, que são baseadas nas pesquisas existentes e nas opiniões dos especialistas, sendo as mesmas, bastante utilizadas em vários países para nortear a criação de padrões de qualidade para a prática. Essas diretrizes são separadas em quatro tópicos (TIMBY, 2001):

- Avaliação do risco para desenvolvimento de UP;
- Cuidados com a pele e tratamento precoce (medidas preventivas);
- Redução da carga mecânica;
- Utilização de superfícies de suporte e educação.

As ações preventivas dos cuidados referem-se à atenção constante às alterações da pele; identificação dos pacientes de alto risco; manutenção da higiene

do paciente e leito; atenção a mudança de decúbito, aliviando a pressão, além de outras medidas como a movimentação passiva dos membros, deambulação precoce, recreação, secagem e aquecimento da comadre antes do uso no paciente, dieta e controle de ingestão líquida e orientação ao paciente e família quanto às possibilidades de UPs (CAMPEDELLI; GAIDZINSKI, 1987).

Os indivíduos restritos ao leito ou cadeira, ou aqueles que são incapazes de se posicionar são os mais propensos para a formação de UPs, portanto devem receber atenção sistematizada para evitar fatores adicionais que resultem na lesão do tecido (CALIRI; RUSTICI; MARCHRY, 1997).

Para melhor visualização dos resultados quanto à mudança de decúbito, a equipe cuidadora pode fazer uma escala de horário, em que os pacientes em risco de prejuízo da integridade da pele, estejam no mesmo horário, posicionados em decúbito iguais. Porém, na visão de Campedelli e Gaidzinski (1987), os horários não devem ser padronizados, mas sim as mudanças de decúbito devem ser realizadas de acordo com as necessidades individuais dos pacientes. A equipe deve ser preparada para avaliar as condições da pele pelo menos duas vezes ao dia e identificar se há fatores de risco, essa avaliação pode ser feita no primeiro banho do dia, porém o paciente não deve ficar exposto ao frio ou, à ambientes com baixa umidade, pois ambos promovem o ressecamento da pele (BACKES; GUEDES; RODRIGUES, 1999). A pele é avaliada a cada mudança de decúbito quanto à temperatura, presença de eritema e bolhas, são indicadores de provável rompimento do tecido. Os sinais de lesão na pele são mais difíceis de serem observados entre pacientes de cor parda e negra, diferente dos pacientes brancos ou amarelos, exigindo assim maior atenção da equipe de enfermagem.

A higiene corporal deve ser realizada evitando o uso de sabão comum, soluções irritantes e água quente para evitar ressecamento. Deve-se usar sabão neutro ou sabonete líquido específico. A pele deve ser limpa, e removidos todos os resíduos de soluções e completamente seca (DUARTE; DIOGO, 2000). A cama deve ser limpa e seca, com roupas de tecido não irritantes, lisos, não engomados e sempre esticados evitando dobras. Coberturas plásticas ou protetores de cama não devem ter seu uso aceito, protegem a cama, porém podem causar sudorese, levando a maceração da pele do paciente (DECLAIR, 2002).

Segundo Duarte e Diogo (2000), o travesseiro ou almofadas são equipamentos usados no reposicionamento e proporcionam alinhamento corporal

correto, aliviando a pressão em diversos pontos do corpo principalmente sobre proeminências ósseas. É utilizado na técnica de ponte, que consiste no posicionamento de travesseiro apoiado em dois ou mais pontos do corpo, permitindo que haja espaço entre as proeminências ósseas e o colchão. SMELTZER e BARE, (2005, p. 85) dizem que:

O uso do colchão próprio, como colchão de espuma, ar estático, ar dinâmico, gel ou água, redistribui o peso corporal, reduzindo a pressão à medida que o paciente afunda no fluido, propiciando uma superfície adicional que auxilia na sustentação do corpo, além de reduzir o peso corporal por unidade de área.

A mudança de decúbito deve ser indispensável e realizada a cada 2 horas, reduzindo a força de cisalhamento e a pressão no local. O reposicionamento recupera as isquemias pela interrupção da pressão. Caso existam áreas hiperemiadas (hiperpigmentadas, avermelhadas) o paciente deve ser mudado de posição com mais frequência e a área mais protegida (GONÇALVES, 2002).

Há um consenso entre pesquisadores de que o paciente deve ser posicionado corretamente, evitando que os mesmos sejam “arrastados” durante a movimentação, e sim que sejam erguidos utilizando-se o lençol móvel, a fim de evitar lesões causadas por fricção e força de cisalhamento. Para pacientes que podem auxiliar na movimentação usar equipamentos auxiliares como o trapézio. Algumas posições devem ser evitadas, como exemplo a posição de fowler, que é a colocação do paciente em decúbito dorsal em um ângulo de 45° no leito, pois esta aumenta o apoio da área corporal (FERNANDES, 2006).

Ao colocar o paciente na posição de decúbito lateral deve-se colocá-lo inclinado 30 graus em relação à cama, nesta posição a maior pressão corporal estará sob a região glútea que poderá suportar melhor o excesso de pressão. Outros cuidados preventivos são os exercícios ativos e passivos, que são essenciais, pois aumentam o tônus muscular da pele, ativa a circulação, aumenta a demanda de oxigênio, reduz a isquemia tissular e a elevação dos membros inferiores promove o retorno venoso, diminui a congestão e melhora a perfusão tissular. Além disso, a equipe e os familiares devem estar atentos a presença de pregas no lençol, pressão causadas pelos tubos de soro e de sonda, que podem contribuir para o aumento da pressão e conseqüentemente reduzir a circulação (SMELTZER; BARE, 2005).

Os programas educativos são importantes por ajudar na previsão e prevenção das lesões, sendo que a instalação ou desenvolvimento das UPs, são menores em

pacientes mais informados. Devem-se organizar programas educativos para todos os níveis de profissionais de saúde, familiares e cuidadores com o intuito de prever o aparecimento das feridas em indivíduos acamados. O baixo nível educacional não seria importante na reabilitação aguda, mas sim na prevenção e no período de acompanhamento (POTTER; PERRY, 1999).

## **4 MATERIAL E MÉTODO**

### **4.1 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.

#### 4.2 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 1998 e dezembro de 2008, indexados na Literatura Latino Americana em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Library Online (SCIELO).

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/98 e dez/08;
- b) Indexados nas bases de dados referidas anteriormente, por meio do descritor: Escala de Braden;
- c) Referir-se ao o uso da Escala de Braden como ferramenta de prevenção da UP.

#### 4.3 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

Este trabalho foi desenvolvido a partir de dados pesquisados em bibliotecas, fichários, catálogos, *abstracts*, 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.

Assim considerando, 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).

Como já comentado anteriormente, objetivo geral desta pesquisa 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-os, citando-os 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 aponevroses. 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. Para tal, busca apresentar algumas elucidações sobre a UP e a Escala de Braden como meio interventor e promotor destas pacientes acometidos pela UP, para tal, referenciou-se nesta pesquisa alguns autores e pesquisadores ligados á essa área de pesquisa como: Delisa, Gans, Irion, Carvalho Filho, Papaléo Netto, Jorege, Dantas, Duarte, Diogo, Dealey, Candido entre outros.

Para coleta sistemática de dados será elaborado um instrumento específico (Apêndice A), composto de três partes: identificação do periódico, dos pesquisadores (autores) e dos referentes à pesquisa. Os dados referentes ao periódico serão: título da pesquisa, nome, profissão, titulação e local de atuação. Os dados referentes à pesquisa serão: objetivos, características da população, amostra, tipo de pesquisa, aspectos abordados pelos autores, limitação da pesquisa, resultados e conclusões.

#### 4.4 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.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para apresentar os Resultados e Discussão desta pesquisa, sobre tema “O Uso da Escala de Braden na Versão da Língua Portuguesa como Ferramenta de Avaliação na Quantificação do Risco de um Paciente Desenvolver Úlceras de Pressão e suas Medidas Preventivas”, buscou-se no banco de dados da Biblioteca Virtual da Saúde – BIREME, com dados online, sobre o descritor “Escala de Braden”, artigos científicos relacionados ao descritor citado.

Para tal, o resultado foi de apenas 15 (quinze) artigos na Literatura Latino Americana em Ciências da Saúde – LILACS, e cinco artigos no *Scientific Library Online* – SCIELO. Importa considerar, que na busca no banco de dados da Biblioteca Virtual da Saúde – BIREME, destes 20 (vinte) artigos científicos encontrados, os mesmos se apresentavam da seguinte forma:

- Cinco artigos em língua estrangeira não aplicados ao Brasil;
- Quatro artigos foram repetidos;
- Dois artigos somente o resumo deles foram encontrados, ou seja, não estavam disponíveis;
- Dois trabalhos são teses de mestrados que não estão disponíveis na íntegra pelo LILACS;
- Sete artigos foram incluídos ao estudo, e serão considerados a seguir.

Para se discutir esta pesquisa, a amostra foi constituída ainda por todos os artigos encontrados sobre o assunto a “Escala de Braden”, publicados na literatura nacional no período de janeiro de 1999 e dezembro de 2008, indexados na Literatura Latino Americana em Ciências da Saúde (LILACS) e *Scientific Library Online* (SCIELO). Os artigos que constituíram a amostra, foram definidos a partir dos seguintes critérios de inclusão demonstrados nos quadros a seguir. Entre os critérios estão:

- Quem utilizou a Escala de Braden;
- Quem citou apenas no artigo;
- Quem aplicou escala de prevenção de UP.

Desses 20 (vinte) artigos, foram utilizados sete destes, onde se apresentam da seguinte forma:

Quadro 1 – Artigos publicados em períodos nacionais, na língua portuguesa, no período de janeiro de 1999 a dezembro de 2008.

<b>Ano de publicação do artigo</b>	<b>Título do artigo pesquisado no BIREME</b>
2002	Aplicação do Protocolo de Monitorização em Paciente com Risco de Desenvolver Úlcera de Pressão: um estudo de caso.
2007	Avaliação dos Pacientes Portadores de Lesão por Pressão Internados em Hospital Geral.
2004	Avaliação Clínica e Epidemiológica das UPs em Pacientes Internados no Hospital São Paulo.
2006	Aplicando Recomendações da Escala de Braden e Prevenindo UPs – Evidências do Cuidar em Enfermagem.
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.
2007	Fatores de Risco para o Desenvolvimento de UPs em Idosos Institucionalizados.
2004	Apropriação de Concepções de Neuman e Braden na Prevenção de UPs.

Fonte: Autor da pesquisa, (2009).

Assim considerando, 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 2 – Artigos indexados na base de dados do BIREME, por meio do seguinte descritor: Escala de Braden.

<b>Número de artigos pesquisados e encontrados</b>	<b>Descrição dos artigos encontrados</b>
5	<i>Artigos em língua estrangeira não aplicados ao Brasil.</i>
4	<i>Artigos repetidos.</i>
2	<i>Artigos que somente apresentam o resumo, ou seja, não estavam disponíveis.</i>
2	<i>Trabalhos de teses de mestrados que não estão disponíveis na íntegra pelo LILACS.</i>
7	<i>Esse artigos foram incluídos ao estudo.</i>

Fonte: Autor da pesquisa, (2009).

Assim considerando, no Quadro 2, apresenta-se a lista de artigos encontrados no banco de dados da Biblioteca Virtual da Saúde – BIREME, com o descritor, “Escala de Braden”, justificando diante dos Materiais e Métodos um dos objetivos desta pesquisa.

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

<b>TÍTULO DO ARTIGO PESQUISADO NO BIREME</b>	<b>OBJETIVOS DOS ARTIGOS</b>
1. Aplicação do Protocolo de Monitorização em Paciente com Risco de Desenvolver Úlcera de 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 de Pressão”.
2. 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.
3. Avaliação Clínica e Epidemiológica das UPs em Pacientes Internados no Hospital São Paulo.	Caracterizar o perfil dos pacientes internados no Hospital São Paulo, portadores de úlcera por pressão (UP).
4. Aplicando Recomendações da Escala de	Verificar o risco de acometimento de úlcera de pressão (UP) no cliente, e sua validade

Braden e Prevenindo UPs – Evidências do Cuidar em Enfermagem.	do cuidado de enfermagem aplicando a escala de Braden para verificar as evidências desse cuidado na incidência da UP.
5. 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 de pressão presentes em pacientes internados em um centro de terapia intensiva de um hospital universitário.
6. Fatores de Risco para o Desenvolvimento de UPs em Idosos Institucionalizados.	Analisar os fatores de risco para o desenvolvimento de UPs (UP) em idosos institucionalizados.
7. Apropriação de Concepções de Neuman e Braden na Prevenção de UPs.	Propor um referencial teórico visando prevenir ou diminuir a incidência de úlcera de pressão.

Fonte: Autor da pesquisa, (2009).

Importa frisar, que diante dos objetivos propostos nos artigos encontrados, todos buscam relacionar o empenho da enfermagem, empenho dos procedimentos curativos, e da aplicação da Escala de Braden, permitindo desvelar elementos do cuidar presente no fazer e a saber dos profissionais de saúde. Assim considerando, a qualidade representada pela incidência de UP, e os resultados da evidencia do cuidado, compreendem indicadores que vão além do que normalmente se pensa ser e fazer na enfermagem. Fica evidente que a manifestação de indicadores expressivos da Escala de Braden, norteiam ações de cuidado concluindo-se que estes são condições essenciais para a aplicação do conhecimento técnico-científico indispensável à prática profissional, na promoção da saúde dos pacientes acometidos pela UP.

Importa frisar, que diante dos “Resultados” dos artigos demonstrados no Apêndice A, para tal os mesmos ao valorizar o reforço da linha de defesa do cliente crítico para prevenir a UP, deve considerar cada pista, cada pressentimento, cada sinal, e intervir com base em conhecimentos técnico-científicos. Considera-se que ao enfermeiro cabe intervir, cuidando, assistindo e incentivando o indivíduo (cliente crítico) a utilizar suas melhores possibilidades de respostas aos estressores. Vale destacar a importância das avaliações constantes da integridade cutânea do cliente e da intervenção eficaz de enfermagem. Da mesma forma, cabe-lhe incentivar sua equipe de trabalho a buscar atualização e aperfeiçoamento contínuos para a melhoria da qualidade do cuidado ao cliente.

A metodologia da assistência de enfermagem, de acordo com o paradigma, finalidade e área de atuação, pode receber outras denominações como: processo de enfermagem, processo de cuidado, metodologia do cuidado, processo de assistir e consulta de enfermagem. Ressalta-se que todas elas apontam para a aplicação de um método científico, para o planejamento e desenvolvimento das ações de enfermagem e que a terminologia usada depende do enfoque teórico que a sustenta. Para tal, o uso da Escala de Braden na Língua Portuguesa, traz parâmetros benéficos em relação a assistência da enfermagem preventiva em diante da UP.

Evidencia-se nesta pesquisa, que os escores totais da Escala de Braden, comentados nos artigos relacionados nos Materiais e Métodos, onde os mesmos, associados ao desenvolvimento de UPs em pacientes, são instrumentos bastante utilizados pelos enfermeiros no auxílio da identificação dos pacientes em risco e dos fatores de risco individuais. Para tal, essa escala é utilizado para o planejamento das medidas preventivas direcionadas para o controle do problema, entretanto, existe evidência limitada que o uso dessas escalas alertam os profissionais para o uso de medidas subseqüentes que sejam adequadas(16). A identificação do risco e o uso das medidas preventivas recomendadas como as melhores práticas, 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, para que a realidade presente nos serviços seja modificada e que as recomendações sejam adotadas, torna-se necessário envolvimento dos profissionais de enfermagem em todos os níveis e situações da prática, para a promoção da saúde destes pacientes.

## **5 CONCLUSÃO**

Para elucidar alguns pontos nesta pesquisa, é necessário recordar que as UPs (UP) sempre foram um problema para a saúde. Aos enfermeiros cabe a responsabilidade da promoção destes pacientes acometidos pela UP, assim como o reconhecimento dos riscos ao cliente hospitalizado. Para tal, diante do comentado, os fatores que predisponentes está doença são intrínsecos como, a percepção

sensorial, a tolerância tissular aspecto nutricional, o envelhecimento, e as doenças degenerativas. Concomitantemente existem ainda os fatores extrínsecos como umidade, fricção e cisalhamento, que aumenta o patamar dos índices de UP em clientes que são hospitalizados. Ressalta-se que ao passar dos anos, busca-se melhorar os cuidados que são prestados aos pacientes hospitalizados, principalmente aqueles diante do estado crítico de saúde em que se encontram. Sendo assim, com o escopo de obter melhor qualidade na assistência, e quantidade maior de pacientes com integridade da pele sem lesões, nesse sentido, a enfermagem tem papel primordial nesta promoção da qualidade de vida neste tipo de paciente.

Importa ressaltar que, a qualidade da assistência de enfermagem tem sua importância na recuperação em pacientes hospitalizados na presença de UPs, sem notar outros fatores que são importantes na formação da lesão, verifica-se que o estado nutricional inadequado, é de suma importância para qualquer pessoa e mais ainda ao ser humano hospitalizado.

Não há dúvida de que uma pele íntegra e saudável é uma barreira contra a escara, no entanto, por si só, não pode resistir à ação de vários fatores que, em última análise levam a isquemia e a destruição dos tecidos sob pressão. A determinação do risco do paciente para o desenvolvimento da UP é a primeira medida a ser adotada para a prevenção da lesão. Assim a Escala de Braden adaptada à Língua Portuguesa, se torna um instrumento fundamental como um dos recursos para fazer se prevenções diante das úlceras de pressão. Esta escala de avaliação de risco, determina em escores de numéricos o grau de risco de um paciente em desenvolver a lesão e/ou UP, já comentado anteriormente.

Considerando a importância inquestionável de prevenção das UP nos hospitais e o número exacerbado de cliente e/ou pacientes subordinados ao 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 escopo responde a utilização e funcionalidade dessa mesma escala na prática, e auxiliando na assistência da enfermagem preventiva. Ainda verificando, apesar da falta de estatística no Brasil sobre UP, o problema é constante nas pessoas acamadas, sugerindo um cuidado inadequado prestado pelos profissionais de saúde. 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, e também, do bom senso das unidades de saúde para o controle do problema que pode ser evitado. No mercado já existem inúmeros produtos e dispositivos para a prevenção e tratamentos das UPs, cada qual com sua especificidade, individualidade e custo, exigindo apenas conhecimento dos profissionais para a escolha adequada.

## **REFERÊNCIAS**

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

BACKES, D. S.; GUEDES, S. M. B; RODRIGUES, Z. C. Prevenção de úlceras de pressão: uma maneira barata e eficiente de cuidar. Nursing. **Rev. Técnica de Enfermagem**; Edição brasileira, São Paulo, ano 2, n.9, p.22-27, fev. 1999.

BENEDET, S. A. **Manual de diagnóstico de enfermagem: uma abordagem baseada na teoria das necessidades humanas básicas e na classificação diagnóstica da NANDA.** 2 ed. Florianópolis: Bernúncia, 2001.

BERGSTROM N, Braden BJ, Laguzza A, Holman V. The Braden Scale for predicting Pressure sore risk. *Nurs Res*, 1987; 36 (4): 205-10.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de Condutas para Úlcera Neurotróficas e Traumáticas.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

CALIRI, M. H. L.; RUSTICI, A. C. F.; MACHRY, A. L. **Prevenção de úlcera de pressão em pacientes com lesão medular: só o conhecimento é suficiente?** II Congresso Latino Americano de Estomaterapia. (Resumo) São Paulo, setembro de 1997.

CAMPEDELLI, M. C.; GAIDZINSKI, R. R. **Escara: problema na hospitalização.** São Paulo: Ática, 1987.

CANDIDO, L. C. **Nova abordagem no tratamento de feridas.** São Paulo: Senac, 2001.

CARVALHO FILHO, E. T.; PAPALÉO NETTO, M. **Geriatrics: fundamentos, clínica e terapêutica.** 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2006.

COSTA, I. G. **Incidência de úlcera de pressão e fatores de risco relacionados em pacientes de um centro de terapia intensiva.** Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, 2003.

COSTA, M. P. Epidemiologia e tratamento das úlceras de pressão: experiência de 77 casos. **Acta Ortop. Bras.**, Santa Cecília, v. 13, n. 3, p. 124-133, 2005.

DEALEY, C. **Cuidando de feridas: um guia para enfermeiras.** 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2001.

DECLAIR, V. Escara de decúbito: prevenção e tratamento. **Nursing**, São Paulo, v.53, p. 5-6, out. 2002.

DELISA, J. A.; GANS, B. M. **Tratado de medicina de reabilitação: princípios e práticas.** 3 ed. Barueri: Manole, 2002.

DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. D. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico.** São Paulo: Atheneu, 2000.

FARO, A. C. M. E. Fatores de risco para úlcera por pressão: subsídios para prevenção. Ver. **Esc. Enfermagem USP**; v.33 (3): p.279-283, set.1999.

FERNANDES, L. M. **Efeitos de intervenções educativas no conhecimento e práticas de profissionais de enfermagem e na incidência de úlcera de pressão em centro de Terapia Intensiva**. Ribeira Preto: Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

\_\_\_\_\_. **Úlcera de pressão em clientes críticos hospitalizados**. Ribeirão Preto: Escola de enfermagem de Ribeirão Preto-USP, 2000.

FERNANDES LM. **Úlceras de pressão em pacientes críticos hospitalizados. Uma revisão integrativa da literatura** [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2000.

GONÇALVES, M. T. F. A úlcera de pressão e o idoso. **Nursing**, São Paulo, v. 5 n. 44, p. 29-34, jan. 2002.

IRION, G. **Feridas: novas abordagens, manejo clínico e atlas em cores**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

JORGE, S. A. J.; DANTAS, S. R. P. E. **Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas**. São Paulo: Atheneu, 2003.

KELLER BPJA, WILLE J, RAMSHORST BV, VAN DER WERKWN C. Pressure ulcers in intensive care patients: a review of risk and prevention. **Intensive Care Med** 2002; 28:1379-88.

LIANZA, S. **Medicina de reabilitação**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

MORTON, P. G. *et al.* **Cuidados críticos de enfermagem: uma abordagem holística**. 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

PARANHOS, W. Y.; SANTOS V. L. C. G. Avaliação do risco para úlcera de pressão por meio da Escala de Braden na língua portuguesa. **Rev Esc Enferm USP** 1999; 33:191-204.

PIANUCCI, Ana. **Saber cuidar: procedimentos básicos em enfermagem**. 4 ed. São Paulo: Senac, 2004.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem**. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

ROGENSKI, N. M. B.; SANTOS, V. L. C. G. Estudo sobre a incidência de úlcera por pressão em um hospital universitário. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n. 3, p. 474-480, julho-agosto, 2005.

SERPA, L. F. **Capacidade preditiva da subescala nutrição da escala de Braden para avaliara o risco de desenvolvimento de úlceras por pressão**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2006.

SILVA, R. C L.; FIGUEIREDO, N. M. A.; MEIRELES, I. B. **Feridas, fundamentos e atualizações em enfermagem**. São Caetano do Sul: Yendis, 2007.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de enfermagem médico cirúrgico**. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SOBEST – Associação Brasileira de Estomaterapia. Conceito e classificação da úlcera por pressão: atualização do NPUAP. Trad. VLCG Santos e MHL Caliri. São Paulo: Revista Estima 2007, 5(3): 43-44.

SOUSA, C. A. *et al.* Aplicando recomendações da Escala de Braden e prevenindo úlceras por pressão: evidências do cuidar em enfermagem. **Rev. bras. enferm.** vol.59 n.º 3 Brasília Mai/Jun, 2006.

SOUZA, T. T. Importância da terapia nutricional especializada na cicatrização de úlceras de decúbito. **Nutrição em Pauta. Revista**, mar./abr. 2007.

TIMBY, B. K. **Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem**. 6 ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.

## APÊNDICE

### APÊNDICE A – 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. \_\_\_\_\_. 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).