



SOCIEDADE DE ENSINO SUPERIOR DO MÉDIO PARNAÍBA LTDA - SESMEP

FACULDADE DO MÉDIO PARNAÍBA – FAMEP

INSTITUTO SUPERIOR DE EDUCAÇÃO COMENIUS – ISEC

BACHARELADO EM ENFERMAGEM

ROSE MARIA ALMEIDA COSTA

**AS DIFICULDADES DA ENFERMAGEM NO MANUSEIO DA ESCALA DE
BRADEN**

TERESINA

2018

ROSE MARIA ALMEIDA COSTA

AS DIFICULDADES DA ENFERMAGEM NO MANUSEIO DA ESCALA DE BRADEN

Trabalho de conclusão apresentado ao curso de Bacharelado em Enfermagem da Faculdade do Médio Parnaíba- FAMEP, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem, orientada pela Prof^a. Dra. Luciana Macedo.

TERESINA

2018

ROSE MARIA ALMEIDA COSTA

**AS DIFICULDADES DA ENFERMAGEM NO MANUSEIO DA ESCALA DE
BRADEN**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Bacharelado em Enfermagem da Faculdade do Médio Parnaíba- FAMEP, como requisito parcial para a obtenção do título de bacharel em enfermagem, orientada pela Prof^ª. Dra. Luciana Macedo.

Monografia aprovada em ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Prof. (a) Dra. Luciana Macedo
Orientador (a)

Prof. (a): Esp. Paula Lima da Silva
Instituição
1º examinador

Prof. (a): Msc. Josynaria Araujo Neves
Instituição
2º examinador

Dedico esse trabalho as pessoas que sempre acreditaram em mim, e estiveram no meu lado, incentivando a sempre batalha pelo meu sonho, sendo minha inspiração para que pudesse chegar aonde cheguei.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pela força, por tudo que passei até chegar aonde cheguei, pela minha família principalmente meu pai (*in memoria*) e minha mãe pelo incentivo, a ajuda que eles me ofereceram e de acreditar e confiar em mim, aos meus professores pela compreensão de todas às vezes que coincidi trabalho e os estudos (faculdade) e tive que me ausentar da sala de aula, aos meus colegas de sala pelas distrações que nós fazíamos para aliviar a tensão das aulas. Enfim agradecer por mais uma batalha vencida ao decorre destes anos, uma conquista alcançada pelos meus méritos.

Mil poderão cair ao teu lado, dez mil á sua direita, mais nada o atingirá. Você simplesmente olhará, e vera o castigo dos ímpios. (Salmo 91. 7-8)

RESUMO

Problema: As dificuldades de alguns enfermeiros no manuseio da escala Bradem, e a importância da utilização da escala de Bradem na avaliação da assistência de enfermagem. Mostrara as perdas que causara tanto para o paciente quanto para as instituições. O trabalho tem a finalidade de estimular os enfermeiros a utilizar a escala de Braden não só em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), mais em pacientes domiciliar e de internação clínica de longo período, colocando como parte da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) na avaliação do paciente, assim tendo o controle e de minimizar as lesões por pressão dentro das instituições.

Objetivo Geral: Analisar as dificuldades da enfermagem no manuseio de escala de Braden.

Objetivos específicos: Compreender os benefícios da escala de Braden; Relatar as dificuldades para a implantação da escala de Braden em pacientes; Identificar as vantagens e desvantagens da escala de Braden nas instituições.

Metodologia: Este trabalho tem como método a pesquisa bibliográfica, realizada com base em estudo de diversos autores sobre o assunto, com diferentes abordagens e descrições. A busca foi realizada nas bases de dados: *Scientific Electronic Library Online (Scielo)*, *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline)*, e a busca foi complementada com livros e manuais do Ministério da Saúde, que permitiu um maior aprofundamento sobre o tema pesquisado. Foram selecionados trabalhos publicados em língua portuguesa, nos últimos dez anos, que nos mostra os fatores que envolvem os manuseios da escala de Braden, em uma abordagem objetiva e qualitativa. Para o desenvolvimento deste trabalho foi abordado dozes artigos de diferentes autores, selecionados pela palavra-chave com o intuito de aproximasse mais do meu objetivo geral, e com isso ter um bom resultado.

Conclusão: Concluimos que, muitos enfermeiros não conhecem ou tem dificuldade na escala de Braden, que auxiliam na prevenção do aparecimento das lesões por pressão, pois é um instrumento do enfermeiro para o processo de cuidados com a pele em pacientes acamado. Neste sentido, o desenvolvimento de novas estratégias para a prevenção das lesões por pressão, é visando em um atendimento humanizado e a assistência prestada pela equipe de Enfermagem, além da necessidade da comunicação e de se produzir um mecanismo entre o ensino e a assistência. Vimos a importância do Enfermeiro, tendo o papel de planejar uma assistência adequada de acordo com as necessidade do paciente, fornecendo atenção e tratamento integral. Por isso, percebeu-se que é importante a ampliação de conhecimento e informação. Com isso, podemos esta utilizando a escala de Braden não só em Unidades de Terapia Intensivas (UTI), mas também em pacientes acamados em hospitais ou a domicilio, promovendo um treinamento

com a equipe de enfermagem primeiramente e com o apoio da família. Assim, temos um cuidado com o paciente e evitamos o surgimento de lesões Inter e extra-hospitalar.

Palavras-chave: Assistência de Enfermagem, Escala de Braden e Lesão por pressão.

ABSTRACT

Problema: las dificultades de algunas enfermeras en el manejo de la escala de Braden, y la importancia del uso de la escala de Braden en la evaluación de la atención de enfermería. Mostró las pérdidas que causó tanto para el paciente como para las instituciones. El trabajo está destinado a alentar a las enfermeras a utilizar la escala de Braden no sólo en la unidad de cuidados intensivos (UCI), más en los pacientes domésticos y en la hospitalización clínica a largo plazo, colocando como parte de la sistematización de la asistencia de Enfermería (SAE) en la evaluación del paciente, controlando y minimizando las lesiones por presión dentro de las instituciones. Objetivo general: analizar las dificultades de enfermería en el manejo de la balanza de Braden. Objetivos específicos: comprender los beneficios de la escala de Braden; Reportar las dificultades para la implantación de la escala de Braden en pacientes; Identificar la ventaja y desventaja de la escala de Braden en las instituciones. Metodología: este trabajo tiene como método la investigación bibliográfica, realizada sobre la base del estudio de varios autores sobre el tema, con diferentes enfoques y descripciones. La búsqueda se realizó en las bases de datos: *biblioteca electrónica científica en línea (SciELO)*, *sistema de análisis y recuperación de literatura médica en línea (MEDLINE)*, y la búsqueda se complementó con libros y manuales del Ministerio de salud, Que permitió profundizar más en el tema investigado. Las obras publicadas en lengua portuguesa han sido seleccionadas en los últimos diez años, lo que nos muestra los factores que involucran el manejo de la escala de Braden, en un enfoque objetivo y cualitativo. Para el desarrollo de este trabajo se abordó doce artículos de diferentes autores, seleccionados por la palabra clave con el fin de aproximar más de mi objetivo general, y con esto para tener un buen resultado. Conclusión: concluimos que muchas enfermeras no saben o tienen dificultad en la escala de Braden, que ayudan a prevenir el inicio de lesiones de la presión, pues es un instrumento de la enfermera para el proceso del cuidado de piel en pacientes postrados en cama. En este sentido, el desarrollo de nuevas estrategias para la prevención de las lesiones por presión, se dirige a un servicio humanizado y a la asistencia prestada por el personal de enfermería, además de la necesidad de comunicación y a producir un mecanismo entre la enseñanza y La ayuda. Vimos la importancia de la enfermera, teniendo el papel de planificar la asistencia adecuada de acuerdo a la necesidad del paciente, proporcionando atención y tratamiento integral. Por lo tanto, se entiende que es importante ampliar el conocimiento y la información. Con esto, podemos utilizar la escala de Braden no sólo en unidades de terapia intensiva (UCI), sino también en pacientes que están postrados en cama en hospitales o en casa, promoviendo el entrenamiento con el equipo de enfermería

primero y con el apoyo de la familia. Así, tomamos el cuidado del paciente y evitamos la aparición de lesiones inter y adicional-hospitalar.

Palabras clave: cuidados de enfermeira, escala Braden y lesión por presión.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 OBJETIVOS	14
2.1. Objetivo Geral.....	14
2.2. Objetivos Especificos.....	14
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	14
3.1 Afecções dermatológicas e feridas	14
3.2 Lesões por Pressão.....	16
3.2.1 Conceito.....	17
3.2.2 Prevenção.....	17
3.2.3 Complicações.....	18
3.3 Assistências de enfermagem ao tratamento de feridas.....	21
4 METODOLOGIA.....	21
5. RESULTADOS E DISCUSÃO.....	22
5.1. Conceito da escala de Braden.....	22
5.2 As dificuldades para implantação da escala de Braden em pacientes.....	25
5.3 As vantagem e desvantagem da escala de Braden nas instituições.....	26
6 CONCLUSÃO.....	28
REFERENCIAS.....	29

1. INTRODUÇÃO

Lesão por pressão (LP) é provocada por uma falência na circulação sanguínea, devido ao comprometimento da pele e/ou de tecidos moles sobre uma proeminência óssea, causando assim uma intensa e prolongada pressão. Esse tipo de lesão ocorre mais em pacientes acamados, causando dor no local, feridas e muitos chegam até infeccionar se não tratar, o que piora o quadro do paciente. No dia 13 de abril de 2016, o *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP), anunciou a mudança na terminologia Úlcera por Pressão para Lesão por Pressão e a atualização da nomenclatura dos estágios do sistema de classificação (NPUAP, 2016).

Dessa forma o tratamento das LP vem ocupando o terceiro lugar nos gastos com saúde, ultrapassado somente os custos com tratamentos para o câncer e cirurgia cardíaca. E isso evidencia que quando um paciente desenvolve LP, o cuidado dispensado pela equipe de enfermagem aumenta significativamente em 50% ou mais, ressaltamos a importância dos benefícios aos cuidados preventivos para o paciente, equipe e sistema de saúde em geral (SERPA et al, 2011).

As ações de prevenção dos profissionais de enfermagem visam impedir que o estímulo desencadeante da lesão por pressão venha a ocorrer. O valor da prevenção, como meio de atenuar morbidades e reduzir a mortalidade, é imensurável. Permite registrar os cuidados com as lesões, contribuindo para a continuidade e visibilidade da atuação da enfermagem de forma prática e científica (MAIA et al, 2009).

A escala de Braden foi criada pela enfermeira Bárbara Braden, é utilizada em pacientes acamados em longo período, serve para avaliar criteriosamente o paciente e assim orientar a equipe de enfermagem a sua melhor conduta no tratamento da lesão, nela analisamos a lesão por seis condições de risco que é, umidade, atividade, mobilidade, nutrição, fricção e cisalhamento. Contém uma pontuação entre 1 a 4. A somatória fica entre os valores de 6 a 23 (SOUSA et al, 2006).

Neste caso, vemos que se a pontuação final for maior, o risco de desenvolver uma lesão por pressão será menor. Se a somatória é menor ou igual a 16 então há um risco de desenvolver. Por outro lado da avaliação chegar a uma pontuação abaixo de 11 é risco elevado; entre 12-14 é risco moderado; entre 15-16 é risco mínimo.

Sabe se que, os enfermeiros abrangem uma assistência relacionada no acompanhamento integral do paciente com risco de adquirir uma lesão, com um intuito de melhorar do quadro

clínico do paciente, na prevenção de complicações e na redução do tempo de permanência nas unidades de internação e dos custos hospitalares.

Este estudo busca mostrar a dificuldade de alguns enfermeiros no manuseio da escala Braden, e a importância da utilização da mesma na avaliação da assistência de enfermagem. Destacando os benefícios e malefícios que causará tanto para o paciente quanto para as instituições.

Este trabalho pode ser relevante aos enfermeiros que necessitam utilizar a escala de Braden não só em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), mais em pacientes domiciliar e de internação clínica de longo período, colocando como parte da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) na avaliação do paciente, assim tendo o controle e de minimizar as lesões por pressão dentro das instituições. Faz-se necessário então, mostrar aos enfermeiros que eles são instrumentos essenciais para a prevenção, principalmente no intuito de minimizar o tempo de internação de cada paciente acamado.

Considerando os principais elementos do cenário até aqui apresentado, estabelece-se como questão central de investigação do presente trabalho: Quais as dificuldades dos enfermeiros no manuseio da escala de Braden?

Neste caso, este estudo mostrar como hipótese que as dificuldades enfrentadas pela enfermagem são devido a pouca aplicabilidade da escala de Braden e devido a resistência dos mesmos em colocá-la em prática.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Mostrar a identificar as dificuldades no manuseio da escala de Braden pela equipe de enfermagem

2.2. Objetivos Específicos

- Descrever a composição e aspectos observados pela escala de Braden;
- Relatar as dificuldades para a implantação da escala de Braden em pacientes;
- Identificar as vantagens e desvantagens da escala de Braden para os pacientes.

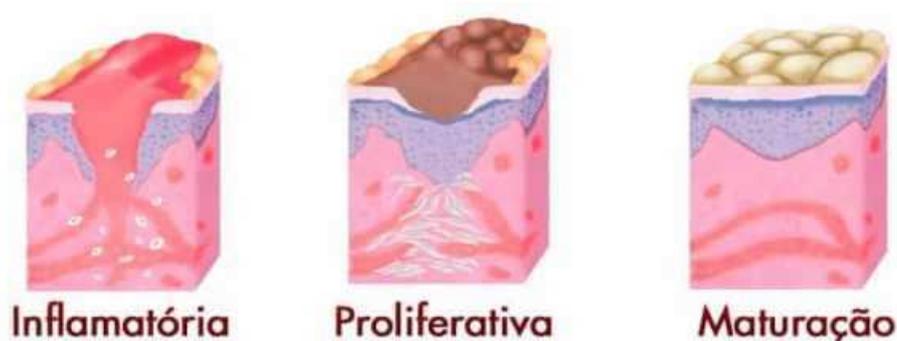
3. REFERENCIAL TEMATICO

3.1 Afecções dermatológicas e feridas

A pele tem várias funções, tais com: proteger o organismo contra a ação de agentes externos (físico, químico e biológico), impedir a perda excessiva de líquidos, manter a temperatura corporal, sintetizar a vitamina D e agir como órgão dos sentidos (BLANES, 2010).

Quando ocorre a descontinuidade do tecido epitelial, das mucosas ou de órgãos, as funções básicas de proteção da pele são comprometidas. A ferida resultante dessa descontinuidade pode ser causada por fatores extrínsecos, como incisão cirúrgica, trauma, e por fatores intrínsecos, como as produzida por infecção (DEALEY, 2001).

No entanto quando a pele for lesada, inicia imediatamente uma séria de fase sobrepostas, denominada cicatrização. A cicatrização ocorre por meio de um processo dinâmico, interdependente, contínuo e complexo, cuja finalidade é restaurar os tecidos lesados. Este processo é composto pelas seguintes fases (EPUAP, 2011):



Fonte: <https://www.plasticadosonho.com.br/blog/processo-de-cicatrizacao>.

Fase inflamatória: ocorre a hemóstase e inflamação. Onde representa uma tentativa de reparar o dono, parar o sangramento, selando a superfície da ferida e removendo qualquer corpo estranho. Tem uma combinação de intensa vasodilatação e aumento da permeabilidade vascular leva ao chamado clínico de inflamação, caracterizado por rubor, edema, calor e dor.

Fase proliferativa: após a hemostasia e inflamação, ocorre um reparo da ferida por meio da angiogênese que é um processo de formação de novos vasos sanguíneos, para suportar o ambiente de cicatrização. A fibroplasia que são células especializadas onde se dividem e produzem componentes da matriz extracelular, e a epitelização que envolve uma sequencia de mudanças nos queratinócitos de ferida: o desapego, a migração, a proliferação, a diferenciação

e a estratificação. A epiderme serve como barreira física para prevenir perdas de fluidos e impedir invasão por bactérias. Este estágio é caracterizado pela formação de tecidos granuloso.

Fase de manutenção: A contração da ferida ocorre por movimento centrípeto em toda a espessura ao redor da pele, reduzindo a quantidade de cicatriz desorganizada, no que resulta do processo de contração da ferida. A rede de colágeno causar contração da ferida em um aumento da força, ela também resulta em uma cicatriz, que é mais frágil e menos elástica do que a pele normal.

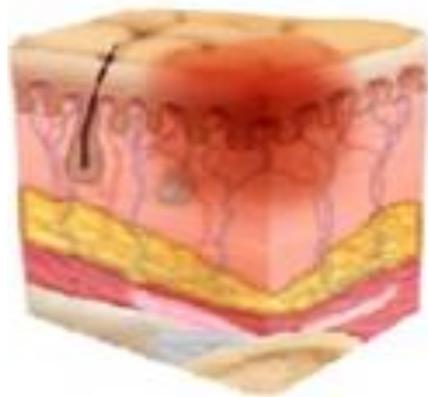
Já nas feridas crônicas, independentemente da etiologia, são lesões graves da pele e tecidos subjacentes que causam a seus portadores e familiares imensos problemas, como dor permanente, incapacidade, sofrimento, perda da autoestima, isolamento social, gastos financeiros, afastamento do trabalho e alterações psicossociais (DANTAS, 2012).

3.2 Lesões por pressão

3.2.1 Conceito e classificações

As lesões por pressão (LP) são definidas como lesões cutâneas ou de partes moles, superficiais ou profundas, de etiologia isquêmica, secundária a um aumento de pressão externa, e localizam-se, usualmente, sobre uma proeminência óssea. O diagnóstico é feito por meio de métodos visuais que também classificam as lesões em estágios. Segundo a *National Pressure Ulcer Advisory Panel*. (NPUAP), a LP é dividida em quatro estágios onde identifica o agravo de lesão:

Lesão por Pressão no Estágio 1: eritema não branqueável da pele íntegra
Pele intacta com uma área localizada de eritema não branqueável, que pode aparecer de forma diferente na pele com pigmentação escura. Presença de eritema blancável ou alterações na sensação, temperatura ou firmeza podem preceder as alterações visuais. As mudanças de cor não incluem descoloração roxa ou marrom; estes podem indicar lesão de pressão tecidual profunda.



Fonte: <http://www.npuap.org>

Lesão por Pressão no Estágio 2: Perda de pele com espessura parcial com derme exposta

Perda de espessura parcial da pele com derme exposta. O leito da ferida é viável, rosa ou vermelho, úmido e pode também apresentar-se como uma bolha cheia de soro, intacta ou rompida. Adiposo (gordura) não é visível e tecidos mais profundos não são visíveis. Tecido de granulação, slough e escara não estão presentes. Essas lesões geralmente resultam de microclima adverso e cisalhamento na pele sobre a pelve e cisalhamento no calcanhar. Este estágio não deve ser usado para descrever o dano cutâneo associado à umidade, incluindo dermatite associada à incontinência, dermatite intertriginosa, lesões relacionadas à pele com adesivo médico ou feridas traumáticas (rasgos na pele, queimaduras, abrasões).

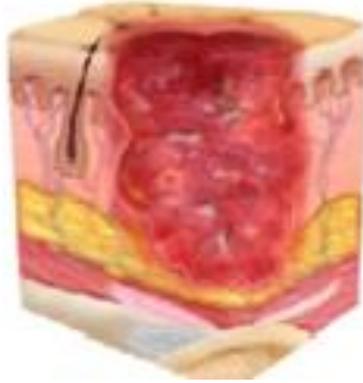


Fonte: <http://www.npuap.org>

Lesão por Pressão no Estágio 3: Perda de pele em espessura total

A perda de espessura total da pele, na qual o tecido adiposo (gordura) é visível na úlcera e no tecido de granulação e o epibole (bordas enroladas) estão frequentemente presentes. Slough e / ou escara podem estar visíveis. A profundidade do dano tecidual varia por localização

anatômica; áreas de adiposidade significativa podem desenvolver feridas profundas. Mineração e encapsulamento podem ocorrer. Fásia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem e/ou osso não estão expostos. Se slough ou escara obscurece a extensão da perda de tecido, isso é uma lesão de pressão instável.



Fonte: <http://www.npuap.org>

Lesão por Pressão no Estágio 4: Perda total de pele e tecido

Perda de pele e tecido de espessura total com fásia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem ou osso expostos ou diretamente palpáveis na úlcera. Slough e/ou escara podem estar visíveis. Epibole (bordas laminadas), tunelamento ocorrem frequentemente. A profundidade varia por localização anatômica. Se slough ou escara obscurece a extensão da perda de tecido, isso é uma lesão de pressão instável.

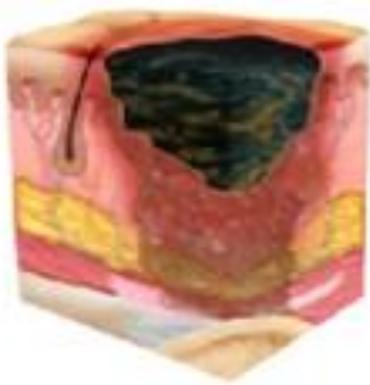


Fonte: <http://www.npuap.org>

Lesão de pressão instável: Perda de pele e tecido de espessura total obscura

Pele de espessura total e perda de tecido em que a extensão do dano tecidual dentro da úlcera não pode ser confirmada porque é obscurecida por esfacelo ou escara. Se slough ou escara for

removido, uma lesão por pressão no Estágio 3 ou Estágio 4 será revelada. A escara estável (ou seja, seca, aderente, intacta, sem eritema ou flutuação) no calcanhar ou no membro isquêmico não deve ser amaciada ou removida.



Fonte: <http://www.npuap.org>

Lesão por Pressão dos Tecidos Profundos: Descoloração persistente, não-blancada, vermelho escuro, marrom ou roxo

Pele intacta ou não intacta com área localizada de coloração vermelho-escuro, marrom avermelhada persistente não-branqueada ou separação epidérmica revelando leito de ferida escuro ou bolha preenchida com sangue. Dor e mudança de temperatura geralmente precedem as mudanças de cor da pele. A descoloração pode aparecer de forma diferente na pele pigmentada. Esta lesão resulta de pressão intensa e/ou prolongada e forças de cisalhamento na interface osso-músculo. A ferida pode evoluir rapidamente para revelar a extensão real da lesão tecidual, ou pode resolver sem perda de tecido. Se tecido necrótico, tecido subcutâneo, tecido de granulação, fáscia, músculo ou outras estruturas subjacentes são visíveis, isso indica uma lesão por pressão de espessura total (instável, estágio 3 ou estágio 4).



Fonte: <http://www.npuap.org>

Definições adicionais de lesão por pressão (NPUAP.2016).

**Lesão por pressão relacionada com dispositivos médicos:
Isto descreve uma etiologia.**

As lesões por pressão relacionadas a dispositivos médicos resultam do uso de dispositivos projetados e aplicados para fins diagnósticos ou terapêuticos. A lesão resultante da pressão geralmente está de acordo com o padrão ou forma do dispositivo. A lesão deve ser encenada usando o sistema de estadiamento.

Lesão por Pressão na Membrana da Mucosa:

A lesão por pressão na membrana mucosa é encontrada nas membranas mucosas com uma história de um dispositivo médico em uso no local da lesão. Devido à anatomia do tecido, essas úlceras não podem ser encenadas.

3.2.2 Prevenção

As ações de prevenção dos profissionais de enfermagem visam impedir que o estímulo desencadeante da lesão por pressão venha a ocorrer. O valor da prevenção, como meio de atenuar morbidades e reduzir a mortalidade, é imensurável. Permite registrar os cuidados com as lesões, contribuindo para a continuidade e visibilidade da atuação da enfermagem de forma prática e científica (MAIA et al, 2009).

A detecção precoce dos pacientes de risco para formação de lesão por pressão e a implantação de um plano de ações sistemáticas de enfermagem de forma a minimizar os fatores de risco destes pacientes reduzem o índice de formação dessas lesões.

As diretrizes europeias para prevenção das LP, publicada pela *European Pressure Ulcer Advisory Panel* (EPUAP), em 1998, propõem quatro grupos de ações:

- Identificar indivíduos “em risco”, que necessitem de prevenção, e os fatores de risco específicos;
- Manter e melhorar a tolerância do tecido á pressão para prevenir lesões;
- Protege contra os efeitos adversos de forças mecânicas externas: pressão, fricção e cisalhamento;

- Melhorar os resultados dos pacientes em risco de lesões causada pela pressão, por meio de programas educacionais.

As diretrizes da *Agency for Health Care Policy and Research* (AHCPR) para a prevenção das lesões por pressão abordam quatro aspectos do cuidado e discriminam as seguintes ações para a obtenção dos objetivos.

1. Avaliação do risco;
2. Cuidados com a pele e medidas preventivas;
3. Redução da carga mecânica e utilização de superfícies de suporte;
4. Educação.

3.2.3 Complicações.

A LP causa problemas adicionais como dor, sofrimento e aumento na morbimortalidade, prolongando o tempo e o custo da internação. Os fatores de risco para o desenvolvimento de LP são: imobilidade, desnutrição, anemia, edema, vasoconstrição medicamentosa, alterações do nível de consciência, incontências e vasculopatias. (D'ARCO et al, 2006).

Pacientes críticos podem apresentar condições clínicas graves, onde necessitando de terapia complexa, como um controle rigoroso dos parâmetros hemodinâmicos, além do estado geral comprometido, idade avançada, estado nutricional alterado, uso de drogas vasoativas, volubilidade orgânica e significativa limitação da mobilidade.

3.3 Assistências de enfermagem ao tratamento de feridas

É fundamental no tratamento do portador de feridas a assistência sistematizada pautada em protocolo, que contemple avaliação clínica, diagnóstico precoce, planejamento do tratamento, implementação do plano de cuidados, evolução e reavaliação das condutas e tratamentos, além de trabalho educativo permanente em equipe envolvendo os portadores de lesões, familiares e cuidadores (DANTAS et al, 2011).

Avaliar e tratar uma ferida atualmente tem sido responsabilidade exclusiva da enfermagem. Por isso se faz necessário que esse profissional tenha conhecimentos dos fatores de risco que o paciente tem para desenvolver uma úlcera, bem como a fisiologia e a anatomia desse agravo. Também são necessário que o profissional saiba identificar o tipo de lesão e os produtos existentes no mercado, tais atributos facilitarão a tomada de decisões na proposta do tratamento (SILVA et al, 2007)

Nos dias atuais, os profissionais de enfermagem estão cada vez mais investindo no aprimoramento dos seus conhecimentos técnico-científicos, por meio de Cursos de Pós-graduação Lato Sensu para suprir as necessidades do mercado. O profissional deve utilizar a terminologia correta durante a avaliação do processo evolutivo da cicatrização, o que é fundamental para a orientação tanto da equipe médica e da enfermagem, para que possam dar continuidade ao tratamento (MAGELA et al, 2009).

4 METODOLOGIA

Este trabalho tem como método a pesquisa bibliográfica, realizada com base em estudo de diversos autores sobre o assunto, com diferentes abordagens e descrições. A busca foi realizada nas bases de dados: *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), e a busca foi complementada com livros e manuais do Ministério da Saúde, que permitiu um maior aprofundamento sobre o tema pesquisado. Na busca foram utilizadas as seguintes palavras-chave: Lesão por pressão, Escala de Braden e Assistência de Enfermagem.

Foram selecionados trabalhos publicados em línguas português e inglês, de vários anos, que nos mostram os fatores que envolvem os manuseios da escala de Braden, em uma abordagem objetiva e qualitativa e quantitativa. Como critérios de exclusão, foram destacados os artigos não relacionados à escala de Braden e a assistência de enfermagem, que não abordavam diretamente o assunto de forma clara e material desconhecido sem autor. Para o desenvolvimento deste trabalho foram selecionados após as triagens 12 artigos de diferentes autores, selecionados pela palavra-chave com o intuito de aproximar-se do objetivo geral e atender aos anseios da pesquisa.

5. RESULTADOS E DISCUSÃO

5.1. Aspectos gerais da escala de Braden

De acordo com Dealey (1999), as escalas de risco são úteis, trazendo benefícios na avaliação sistemática do paciente, devendo a equipe de enfermagem ter o cuidado de utilizar as medidas preventivas cabíveis quando o paciente é considerado de risco. Segundo a autora, essa avaliação deve ser regular e não ocasional, como é o caso de sua aplicação unicamente na admissão do paciente.

A avaliação do paciente com uma LP é feita pela enfermagem que utiliza uma sistematização de métodos desenvolvida diretamente para esse fim. A literatura nos mostra algumas escalas preventivas para a avaliação como: Norton, Wartelonn, Gosnell, Rubio-Soldevilla, Shanin, Braden, Nova-4 (BRYANT RA, 1992).

A primeira escala a se desenvolvida foi a de Norton no início dos anos 60. A escala consiste de cinco fatores de risco: condição física, estado mental, mobilidade e incontinência. Cada um dos fatores de risco é dividido em vários níveis, e cada nível é pontuado numa escala de 1 a 4, com uma ou duas palavras descritas para cada nível. A soma dos cinco níveis produz um escore que pode variar de 5 a 20, com um baixo escore indicando risco aumentado.

Gosnell, em 1973, fez uma adaptação da escala de Norton, acrescentando nutrição e retirando condição física. A escala de Gosnell está constituída também de cinco fatores de risco: estado mental, incontinência, mobilidade, atividade e nutrição, contendo três ou mais palavras ou sentenças descritivas para cada fator de risco.

Além disso, a autora também estudou algumas variáveis adicionais, tais como temperatura corporal, pressão sanguínea, cor e aparência geral da pele, medicação e diagnóstico médico, embora não as tenha incluído na pontuação. A faixa de pontuação possível para a escala de Gosnell varia de 5 a 20, quanto mais baixo for este escore o paciente apresentará risco.

Segundo Dealey³, a escala mais amplamente utilizada nos hospitais do Reino Unido é a pontuação de *Waterlow*. Esta pontuação está constituída por maior número de fatores de risco que a de Norton e a de Gosnell, levando em consideração: constituição/peso para altura, continência, áreas visuais de risco/tipo de pele, sexo/idade, mobilidade apetite, má nutrição dos tecidos, débito neurológico, cirurgia de grande porte/trauma e medicação.

A escala Braden que foi publicada em 1987. Esse instrumento de avaliação foi adaptado e valido para cultura brasileira em 1999, por Paranhos e Santos, e tem sido utilizada ate hoje em dia. É a mais utilizada devida sua sensibilidade e especificidade que contem, considerando que permite a avaliação de seis fatores de risco (subescala) no paciente (AYELLO EA et al.2002).

Entre eles: Percepção Sensorial, Umidade, Atividade, Mobilidade, Nutrição, Fricção e Cisalhamento. A pontuação desta avaliação nos mostra os risco: Abaixo de 12 = Risco elevado, 13-14 = Risco moderado, 15-16 = Baixo risco. Associado a essa avaliação, segundo Braden a outros fatores que devem ser analisados: Uso de Corticoides, Neoplasias, Desidratação, Diabete Mellitus, Insuficiência Renal, Insuficiência Cardíaca, Doenças Pulmonares Obstrutivas Crônicas (DPOC), Traumas Múltiplos, Sedação, Obesidade ou Caquexia (FERNANDES LOBOSCO, 2008).

		Pontuação			
		1	2	3	4
Fatores de Risco	Percepção Sensorial	Totalmente limitado	Muito limitado	Levemente limitado	Nenhuma limitação
	Umidade	Completamente molhado	Muito molhado	Ocasionalmente molhado	Raramente molhado
	Atividade	Acamado	Confinado à cadeira	Anda ocasionalmente	Anda frequentemente
	Mobilidade	Totalmente	Bastante limitado	Levemente limitado	Não apresenta limitações
	Nutrição	Muito pobre	Provavelmente inadequada	Adequada	Excelente
	Fricção e Cisalhamento	Problema	Problema potencial	Nenhum problema	-

Na aplicação da escala de Braden existe uma rotina para prevenção das úlceras que é a utilização de uma rotina de prescrição de enfermagem, realizado por enfermeiros e respeitado por toda equipe multidisciplinar. Esta prescrição é elaborada após avaliação, levantamento do problema e dos cuidados do paciente (SILVA et al, 2007).

O enfermeiro realiza uma avaliação completa no paciente, utilizando da escala de Braden e o exame físico. Observando a pele e o estado geral do paciente, considera os fatores de risco e registra os dados junto a evolução diária do paciente. Com isso, especifica as rotinas de prevenção, que incluem (DEALEY, 2001):

- A pele deve ser mantida limpa todo o momento. Utilizando água em temperatura ambiente, usar um sabão suave, secar bem e tratar com cremes hidratantes de uso comum.

- Evitar massagens nas regiões afetadas, caso houver, avermelhado, manchas roxas ou bolhas, pois isto indica o início da úlcera e a massagem vai causar mais complicação.
- Em paciente que utiliza fraldas descartáveis ou absorventes, manter a pele sempre limpa e protegida.
- Usando as técnicas corretas para transferência da cama para cadeira, assim como mudança de decúbito podem diminuir as feridas causadas por fricção. Deve ser erguida ao ser movimentada e nunca arrastada contra o colchão.
- O paciente deve ter uma boa alimentação para que não fique com deficiências que podem levar a pele a ficar mais frágil.
- As mudanças de decúbito devem ser feita pelo menos a cada duas horas se não houver contraindicações relacionadas às condições gerais do paciente.
- Colocam-se protetores de espuma para manter as proeminências ósseas protegidas.
- Evitar a cabeceira do leito muito tempo elevada para não aumentar a pressão nas nádegas, pois corre o risco de desenvolver uma úlcera de pressão.
- Em pacientes cadeirantes usam-se protetores adequados, sem serem aqueles que têm um orifício no meio, pois favorecem no aumento da pressão levando assim o surgimento de ferida.
- Usam-se colchões especiais para redução da pressão tipo colchão de ar que são adequados em pacientes que já tem a úlcera e o caixa de ovo que promove um no aumento no conforto mais não reduz a pressão.
- Deve ser realizada uma avaliação na pele diariamente para prevenir ou tratar as ulcera.

A escala de Braden utilizada na prevenção e no tratamento trás bons benefícios tanto para o paciente, como para a equipe de enfermagem e para as instituições. Para a equipe de enfermagem leva para uma assistência mais eficaz, pois nos dar uma informação completa do paciente e com isso nos leva para um diagnostico especifico. Para a instituições levam a ter menos gastos, paciente passa menos tempo de internação.

5.2 As dificuldades para implantação da escala de Braden em pacientes

De acordo com os fatores que predispõe o aparecimento da lesão, ou a mesma já instalada no paciente, faz preciso ter um planejamento que nos direcione a um tratamento

específico, de acordo com a característica da pele, estágios da lesão entre outros, e assim nos leva a ações que estabelece para um processo avaliativo contínuo. Com isso sabemos que na assistência da saúde na maioria dos profissionais tem como rotina desenvolver ações só para as atividades de recuperação e tratamento do paciente, e assim faz com que não haja uma intervenção preventiva.

Já para o paciente torna-se difícil a cooperação do mesmo e da família que na maioria não ajuda no tratamento, porém, contamos com eles no apoio e na dedicação também da família, na higienização, na proteção e no monitoramento da pele do paciente, assim como também na compreensão e ajuda do paciente. Levando em conta, um custo não revelado, que é o estado emocional da família e do paciente assistido, em termo de dor, vergonha da lesão, baixa autoestima e o sofrimento.

Para a instituição é mais voltada na parte financeira como custo real dos cuidados com as lesões, no qual estão relacionados ao tempo de internação, materiais e treinamento do pessoal. Segundo o autor Dealey (1999), Um dado importante é exposto em um estudo Inglês, o qual revela em seus estudos que o custo do tratamento de lesão por pressão pode chegar a 750 milhões libras por ano. Essa quantia é maior que o custo revelado do tratamento de doenças cardíacas.

O autor Preston calculou o custo das úlceras de pressão nos pacientes de uma comunidade, em um determinado distrito. Ele sugere que o distrito "perde" 250 mil libras por ano tratando este tipo de paciente. O custo de um colchão adequado para evitar mais danos de tecido após a alta ou durante a internação é de 450 libras, o que indica que a prevenção é mais barata que a cura (FERNANDES, 2008).

Neste sentido, os estudos apresentados pelos autores acima, reforçam a necessidade do desenvolvimento de ações direcionadas para práticas preventivas ao surgimento de úlceras de pressão. E ainda contribuem para argumentar quanto à necessidade de investimentos em treinamento e práticas preventivas em saúde.

5.3 As vantagens e desvantagens da escala de Braden nas instituições

Vantagens

- Podem auxiliar o Enfermeiro na identificação do risco e planejar as ações preventivas.
- Promover à redução da incidência de Lesão por Pressão e dificultar o seu agravamento, assim favorece na cicatrização das lesões presentes.
- Melhora a qualidade da assistência de enfermagem e do serviço de saúde como um todo.

- Permite na avaliação diária do paciente, além de ter prescrição de cuidados individualizados para cada paciente.
- Com a prevenção é solucionado o problema, por meio de identificar os agentes causadores e com a manutenção da informação e do conhecimento, clarifica a responsabilidade da enfermagem na implementação de medidas preventivas (Barros et al, 2003).
- Atualiza permanente o conhecimento e o envolvimento de toda a equipe multidisciplinar e medidas preventivas eficazes.

Desvantagens

Ao longo da pesquisa não denotada nenhuma desvantagem sobre o uso da escala de Braden, pois demonstra como uma escala preventiva completa. Por outro lado, notamos ao decorrer do estudo umas dificuldades de enfermeiro no manuseio da mesma que são:

- A motivação em grande parte, que amostra ser desfavorável para a sensibilidade dos enfermeiros, na utilização da mesma, pois como diz os autores Marquis e Huston, J. (1999) referem que a motivação poderá conferir um melhor desempenho na área da prevenção.
- O tempo para a reavaliação, pois é referido pelos enfermeiros que um dos problemas para a alteração do plano de cuidados de acordo com a reavaliação é o tempo disponível (sobrecarga horária, disponibilidade).
- A formação sobre a escala de Braden, o que suscitaria uma maior sensibilidade para a avaliação e reavaliação do risco da lesão por Pressão, como é referido por Pancorbo (2006) os programas educacionais desenvolvem as tomadas de decisão e, por sua vez, uma boa tomada de decisão pode reduzir a prevalência e a incidência das UPP.

6 CONCLUSÃO

Conclui-se que, muitos enfermeiros tem dificuldade nas escalas de Braden, que auxiliam na prevenção do aparecimento das lesões por pressão, pois é um instrumento do enfermeiro para o processo de cuidados com a pele em pacientes acamado. Neste sentido, o desenvolvimento de novas estratégias para a prevenção das lesões por pressão, é visando em um atendimento humanizado e a assistência prestada pela equipe de Enfermagem, além da necessidade da comunicação e de se produzir um mecanismo entre o ensino e a assistência.

Vimos a importância do Enfermeiro, tendo o papel de planejar uma assistência adequada de acordo com as necessidade do paciente, fornecendo atenção e tratamento integral. Por isso, percebeu-se que é importante a ampliação de conhecimento e informação.

Com isso, podemos esta utilizando a escala de Braden não só em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), mas também em pacientes acamados em hospitais ou a domicilio, promovendo um treinamento com a equipe de enfermagem primeiramente e com o apoio da família. Assim, temos um cuidado com o paciente e evitamos o surgimento de lesões Inter e extra-hospitalar.

REFERENCIAS

1. NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL. (NPUAP). Em Rosemont (Chicago), IL. <http://www.npuap.org>, abril/2016.
2. 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. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n.01,08 telas, 2011.
3. Sousa CA, Santos I, Silva LD. Aplicando Recomendações da Escala de Braden e Prevenindo Úlcera por Pressão- Evidências do Cuidar em Enfermagem, Rev Brás Enferm 2006 maio- jun; 59(3); 279-84.
4. Bryant RA. Pressure ulcer. In: Bryant RA. Acute and chronic wounds: nursing management. Missouri: mosby; 1992. Cap.5,p105-63.)
5. DEALEY, Carol, Fatores extrínsecos que afetam os cuidados com feridas crônicas. **Revista Nursing**, out/1999.
6. PARANHOS, W.Y.; SANTOS, V. L. C.G. Avaliação do risco para úlceras de pressão por meio da escala de Braden na língua portuguesa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v.33, p.191-204,1999, Número especial.
7. PARANHOS, W.Y.; SANTOS, V. L. C.G. Avaliação do risco para úlceras de pressão por meio da escala de Braden na língua portuguesa. *Revista Esc. Enferm. USP*. 1999; 33(n. esp.): 191-206.
8. Ayello EA, Braden B. How and why to do pressure ulcer assessment. *Adv.Skin Wound Care*. 2002; 15(3): 125-33.
9. Fernandes Lobosco, AA.; Darlen Dutra de Vasconcelos, S.; Linhares de Almeida, M. de C.; DireFeliciano, G. Actuación del enfermero en la prevención de las úlceras de presión. *Enfermería Global*, vol. 7, núm. 2, junho, 2008, pp. 1-16
10. DEALEY, Carol, **Cuidando de Feridas um guia para as Enfermeiras**. Tradução: Eliane Kanner. São Paulo, Atheneu. 1996.
11. Fernandes lobosco,AA; Darlen Dutra de Vasconcelos,S; Linhares de Almeida, M de C; Dire Feliciano, G. O enfermeiro atuando na prevenção das ulceras de pressão. *Revista Enfermeria Global*. Junho, 2008.
12. Barros SKA, Anami EHT, Moraes MP. A Elaboração de um Protocolo para Prevenção de Úlcera de Pressão por Enfermeiros de um Hospital de Ensino. *Nursing*. 2003 ago.; 63(6):29-32.

13. Pancorbo P.L. , Garcia F.P. , Lopez I .M. & Alvarez-Nieto C. (2006) Risk assessment scales for pressure ulcer prevention: a systematic review *Journal of Advanced Nursing* 54(1), 94–110
14. Marquis, L, Huston, J (1999). *Administração e Liderança em Enfermagem: teoria e aplicação*. 2ª edição Artes Médicas, Porto Alegre. p. 313-315.
15. Dantas D. Assistência aos portadores de feridas: caracterização dos protocolos existentes no brasil. Disponível em: <https://www.researchgate.com> jan. 2012.
16. Blanes L. tratamento de feridas. *Cirurgia vascular: guia ilustrado*. São Paulo: Baptista-Silva JCC editor [internet]; 2004. [citado 2010 out 15]. Disponível em <<http://www.bapbaptista.com>>. acesso em 15 out. 2010.
17. Dealey C. *Cuidando de feridas: um guia para enfermeiras*. 2º ed. São Paulo: Atheneu; 2001.
18. European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP). Disponível em: www.epuap.org Acesso em 20 maio 2011.
19. Maia LCM, Monteiro MLG. Feridas: fundamentos e atualizações de enfermagem. In: Silva RCL, Figueiredo NMA, Meireles IB. *Prevenção e tratamento de úlceras de pressão*. São Paulo: Yendis, 2007. p.363-80.
20. D'Arco C, Sassine SW, Costa MLM, Silva LMG. Úlcera de pressão em UTI. In: Knobel E. *Conduas no paciente grave*. 3a. ed. São Paulo: Atheneu; 2006. Vol. 2. p. 2491-501.
21. Dantas DV, Torres GV, Dantas RAN. Assistência aos portadores de feridas: caracterização dos protocolos existentes no Brasil. *Cienc Cuid Saúde* 2011;10(2):366-72).
22. Silva DM, Mocelin KR. O cuidado de enfermagem ao cliente portador de feridas sob a ótica do cuidado transcultural, *Nursing*. 2007; 105 (9): 81-8.
23. Magela Salomé, Geraldo. Avaliando lesão: práticas e conhecimentos dos enfermeiros que prestam assistência ao indivíduo com ferida. *Saúde Coletiva*, vol. 6, núm. 35, 2009, pp. 280-287. Editorial Bolina. São Paulo, Brasil.
24. Fonte:<https://www.plasticadosonho.com.br/blog/processo-de-cicatrizacao>. Processo de cicatrização: veja os fatores que realmente influenciam na formação da cicatriz e como corrigi-la Atualizado em: fevereiro 8th, 2018 por Dreamplastic.
25. DEALEY, Carol, Fatores extrínsecos que afetam os cuidados com feridas crônicas. *Revista Nursing*, out/1999