
ANÁLISE DAS SUBESCALAS DE BRADEN COMO INDICATIVOS DE RISCO PARA ÚLCERA POR PRESSÃO

Dóris Baratz Menegon¹, Rossana Rosa Bercini², Cássia Teixeira dos Santos³, Amália de Fátima Lucena⁴, Ana Gabriela Silva Pereira⁵, Suzana Fiore Scain⁶

¹ Mestre em Ciências Médicas. Enfermeira do Serviço de Saúde Pública do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: dmenegon@hcpa.ufrgs.br

² Enfermeira do Serviço de Saúde Pública do HCPA. Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: rbercini@hcpa.ufrgs.br

³ Mestranda do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: cassia.teixeira87@hotmail.com

⁴ Doutora em Ciências. Professora Adjunto da Escola de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação da UFRGS. Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: afatimalucena@gmail.com

⁵ Enfermeira. Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: gabisnalda@gmail.com

⁶ Doutora em Endocrinologia. Enfermeira do Serviço de Enfermagem em Saúde Pública do HCPA. Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: scain@hcpa.ufrgs.br

RESUMO: Estudo transversal com objetivo de identificar a pontuação das subescalas que avaliam o risco para úlcera por pressão na aplicação da Escala de Braden e associá-las aos motivos de internação hospitalar, às comorbidades e às características demográficas de pacientes adultos hospitalizados. A amostra constou de 187 pacientes em risco para úlcera por pressão com escore total ≤ 13 na referida escala. Os dados foram coletados retrospectivamente em fichas com a Escala de Braden e em prontuários, analisados pela estatística descritiva e testes de Mann-Whitney e Spearman. Os resultados demonstraram maioria de mulheres, idosos, portadores de doenças cerebrovasculares, pulmonares, cardiovasculares, metabólicas e neoplásicas. Os escores verificados pelas subescalas apontaram pacientes acamados, com mobilidade e atividade limitadas. A nutrição alterada também se mostrou fator importante, seguido pelos problemas de fricção e/ou cisalhamento e alteração da percepção sensorial e umidade. Estes achados permitiram subsidiar a qualificação da prevenção da úlcera por pressão.

DESCRIPTORES: Úlcera por pressão. Cuidados de enfermagem. Protocolos.

BRADEN SUBSCALES ANALYSIS AS INDICATIVE OF RISK FOR PRESSURE ULCER

ABSTRACT: Cross-sectional study that aimed to identify subscales scores that evaluate the risk for pressure ulcer in the implementation of the Braden Scale, and associate them with reasons for hospitalization, comorbidities and demographic characteristics of the hospitalized adult patients. The sample consisted of 187 patients at risk for pressure ulcer with a total score ≤ 13 on that scale. Data were collected retrospectively in the sheets with the Braden Scale and medical records, analyzed by descriptive statistics and tests of Mann-Whitney and Spearman. The results showed majority of women and elderly with cerebral, pulmonary, cardiovascular, metabolic and cancer diseases. The scores verified by the subscales indicated bedfast patients with limited mobility and activity. The altered nutrition was also an important factor, followed by the problems of friction and/or shearing, alteration of sensory perception and moisture. These findings allow us to support the prevention qualification of pressure ulcer.

DESCRIPTORS: Pressure ulcer. Nursing care. Protocols.

ANÁLISIS DE LAS SUBESCALAS BRADEN COMO INDICATIVO DE RIESGO PARA LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

RESUMEN: Estudio transversal con objetivo de identificar la puntuación de sub escalas que evalúan el riesgo para la úlcera por presión en la aplicación de la Escala de Braden, y asociarlas a los motivos de hospitalización, comorbilidades y características demográficas de pacientes adultos. La muestra fue de 187 pacientes con riesgo de úlcera por presión con un puntaje total ≤ 13 en la referida escala. Los datos fueron recolectados retrospectivamente en fichas que contiene la Escala de Braden y en los registros médicos, analizados por estadística descriptiva y test de Mann-Whitney y Spearman. La mayoría eran mujeres, ancianos, con enfermedades cerebrovasculares, pulmonares, cardiovasculares, metabólicas y cáncer. Los puntajes verificados por las sub escalas apuntaron pacientes con movilidad y actividad limitadas, nutrición alterada, problemas de fricción, alteración de la percepción sensorial y humedad. Estos resultados nos permiten apoyar la calificación de la prevención de úlceras por presión.

DESCRIPTORES: Úlcera por presión. Atención de enfermería. Protocolos.

INTRODUÇÃO

A Úlcera por Pressão (UP) é definida como uma lesão na pele e/ou no tecido subjacente, geralmente sobre uma proeminência óssea, em consequência da pressão, ou da pressão em combinação com o cisalhamento e/ou a fricção. Além desses fatores, existem outros, como por exemplo, a condição nutricional e a umidade a que o paciente está exposto. Todavia, a sua significância ainda necessita ser mais bem elucidada.¹

A etiologia da UP está relacionada a fatores de risco extrínsecos e intrínsecos ao paciente. Os fatores extrínsecos são a pressão, a fricção, o cisalhamento e a umidade. A associação da presença de fricção, cisalhamento e umidade pioram esta condição.²⁻³

Os fatores intrínsecos para o surgimento de UP são diversos. As doenças agudas levam ao aumento das taxas metabólicas e do consumo de oxigênio, o que compromete os tecidos. Por outro lado, a idade avançada pode levar ao aparecimento de doenças crônicas, Acidente Vascular Cerebral (AVC), nutrição inadequada, restrição ao leito ou a cadeira de rodas, incontinência urinária e/ou fecal, fratura de fêmur, situações estas que aumentam o risco para o desenvolvimento da UP. Também colaboram para isto as alterações do nível de consciência causadas por doença aguda ou crônica ou pelo uso de medicações analgésicas, sedativas ou anestésicas, o que pode comprometer a sensibilidade. As limitações da mobilidade ou imobilidade causadas por diversos fatores como sequela de AVC, problemas ortopédicos, artrite, doenças terminais, doenças vasculares, desnutrição ou desidratação, além de história prévia de UP também são importantes fatores contribuintes intrínsecos para aumentar o risco deste tipo de lesão.⁴⁻⁵

A UP aumenta o tempo de internação e o custo do tratamento, além de piorar a qualidade de vida dos pacientes hospitalizados.⁶ Na maioria das vezes é um problema evitável e, por isso, tornou-se imperativa a reavaliação dos processos de cuidado prestados pela equipe de um hospital universitário do sul do Brasil, que utiliza um protocolo assistencial de prevenção e tratamento de UP. Este está baseado na avaliação de risco pela aplicação da escala de Braden, que é composta por seis subescalas: percepção sensorial (habilidade de responder à pressão - relacionada ao desconforto); umidade (nível ao qual a pele é exposta à umidade); atividade

(grau de atividade física); mobilidade (capacidade de controlar a posição do corpo); nutrição (padrão usual de consumo alimentar); fricção (quando duas superfícies entram em atrito uma com a outra); e cisalhamento (o paciente desliza na cama - esqueleto e tecidos mais próximos se movimentam, mas a pele permanece imóvel).⁷ Cada subescala apresenta quatro níveis de pontuação, numerados de um a quatro, com exceção da fricção e cisalhamento que tem três níveis. A soma total desses itens evidencia numericamente o risco para o desenvolvimento da lesão, quanto menor a pontuação maior é o risco para UP. O escore mínimo dessa escala é seis e o máximo 23. A classificação do risco é definida pelos pontos de corte que são: ≤ 9 risco muito alto, entre 10 e 12 risco alto, entre 13 e 14 risco moderado, entre 15 e 18 risco brando e acima deste valor sem risco.⁸⁻¹⁰

O escore total \leq a 13 foi considerado como ponto de corte para delimitar o risco do paciente e indicar a conduta de enfermagem a ser adotada para a prevenção da lesão¹¹ na instituição em que este estudo foi desenvolvido.

Sabe-se que a avaliação de risco é o primeiro passo na prevenção da UP, pois possibilita aos enfermeiros reunir informações necessárias para identificar os pacientes com maior vulnerabilidade e, a partir disto, planejar os cuidados mais adequados.¹² Para que esta avaliação possa ser mais fidedigna, o uso de um instrumento medidor de risco é essencial. Assim, aplicação do referido protocolo no hospital forneceu subsídios para que os enfermeiros pudessem evidenciar quais eram os pacientes de risco internados na instituição. Todavia, a despeito disto, ainda permaneciam desconhecidos da equipe outros fatores associados à UP neste grupo de pacientes de risco, com escore total \leq 13 na aplicação da Escala de Braden. Somado a isto, questionava-se o fato de avaliar os pacientes com esta escala considerando-se somente o escore total, uma vez que um escore muito baixo em uma das suas subescalas também pode ser fator importante para elevar o risco para UP, mesmo que o escore total não seja tão baixo.¹¹

Assim, esta pesquisa teve como objetivo identificar a pontuação das subescalas que avaliam o risco para UP na aplicação da Escala de Braden e, associá-las aos principais motivos de internação hospitalar, às comorbidades e às características demográficas de pacientes adultos hospitalizados com escore total \leq a 13.

Justifica-se também esta investigação em função de que, apesar da existência de literatura sobre UP e seus fatores de risco¹³⁻¹⁴ ainda se observa a necessidade de aprofundar o conhecimento sobre os mesmos. Uma das formas encontradas para isto é a utilização da análise dos escores produzidos pelas subescalas que compõem a Escala de Braden. Aliado a isto, soma-se a importância de melhor conhecer as condições dos pacientes em risco para UP, internados na instituição pesquisada.

MÉTODOS

O estudo seguiu um delineamento transversal, sendo um recorte de um projeto de pesquisa maior que avaliou risco para UP, incidência, diagnósticos e cuidados de enfermagem.¹⁵ O mesmo foi desenvolvido em 11 unidades de internação, sendo cinco do serviço de enfermagem médica e seis do serviço de enfermagem cirúrgica, totalizando 347 leitos, que atendem a diversas especialidades clínicas e cirúrgicas.

Nesse hospital, campo da investigação, a avaliação de risco para UP é realizada de forma rotineira na admissão do paciente ou em até 48 horas após a internação do mesmo, por meio da aplicação de uma ficha que contém a Escala de Braden (com suas seis subescalas). A reaplicação da escala ocorre semanalmente e a cada alteração do estado geral do paciente. Os pacientes que recebem escore \leq a 13 são classificados como em risco para UP. Este ponto de corte foi selecionado baseado no estudo de tradução e validação da escala de Braden para a língua portuguesa do Brasil.⁸

Para a coleta dos dados foram selecionadas, pelas enfermeiras pesquisadoras, todas as fichas de avaliação de risco para UP com a Escala de Braden que continham o escore \leq a 13, referente aos pacientes internados no período de janeiro a junho de 2008. Delas, extraíram-se dados referentes aos escores decorrentes da aplicação da escala de Braden e a informação da presença ou não de UP no momento da internação. A amostra se constituiu de 187 fichas e os demais dados demográficos, o motivo da internação e a presença de comorbidades dos pacientes foram coletados nos seus prontuários *on-line*.

Os dados coletados foram digitados e organizados em uma planilha do *Excel for Windows*

e, analisados pela estatística descritiva, por meio do cálculo de média, desvio padrão, frequência e percentual. Para comparar as subescalas com as variáveis, sexo, idade, motivo de internação e comorbidade foram realizados o teste de Mann-Whitney e para as correlações com estas variáveis foi aplicado o teste de Spearman. Os dados foram analisados com o auxílio do *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 16, e o nível de significância adotado foi o de 5%.

O desenvolvimento da pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Saúde da Instituição sob o protocolo nº 08-319 e por se tratar de pesquisa em prontuário os pesquisadores assinaram Termo de Comprometimento para utilização de dados.

RESULTADOS

Estudou-se 187 pacientes em risco para UP, com escore total \leq 13 na Escala de Braden. Destes, 121 (64,7%) eram mulheres. A média de idade foi de 67 anos (\pm 11,4), o que aponta a prevalência de idosos. Não houve significância estatística entre o maior número de mulheres comparado aos homens ($p=0,06$), nem em relação às idades dos mesmos ($p=0,80$).

Na pontuação do escore total apontado pela Escala de Braden, 65 (34,8%) pacientes somaram 13 pontos; 35 (18,7%) 12 pontos; e 32 (17,1%) 11 pontos. Portanto, 132 deles tinham risco moderado e alto para UP.

Alguns pacientes apresentaram escore total menor que dez, o que indica risco alto e muito alto para UP. Seis deles eram pacientes que foram internados com doença cerebrovascular, seis com doença pulmonar e um com neoplasia. Dez pacientes tinham comorbidades cerebrovasculares, oito cardiovasculares e oito metabólicas. A menor pontuação do escore foi sete, que indica risco muito alto, ocorrido na avaliação de apenas três (1,6%) pacientes.

Não houve diferença estatística significativa na comparação com as comorbidades, nem com os motivos de internação.

Nas seis subescalas utilizadas para avaliar o risco dos pacientes para UP, identificou-se que os mesmos estavam mais frequentemente acamados, e com mobilidade bastante limitada, ou seja, 156 (83,4%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Escores mais frequentemente identificados pelas subescalas pertencentes à Escala de Braden em pacientes hospitalizados em risco para UP (n=187)

Subescala	Escore	Número de pacientes	%
* Atividade (acamado)	1	156	83,4
* Mobilidade (bastante limitada)	1	156	83,4
* Nutrição (provavelmente inadequada)	2	119	63,6
# Fricção e cisalhamento (problema)	1	99	52,9
* Percepção sensorial (muito limitada)	2	93	52,9
* Umidade (ocasionalmente molhada)	3	83	44,4

* Escore varia de 1- 4, # Escore varia de 1-3.

Em relação às subescalas e às variáveis estudadas, os homens apresentaram menor umidade do que as mulheres ($p=0,032$) e se mostraram mais ativos do que elas, de forma significativa ($p=0,016$). Houve uma correlação moderada ($rs=0,33$; $p=0,001$) entre idade e mobilidade, mas não houve nenhuma outra correlação entre as subescalas com as demais variáveis pesquisadas.

Os três motivos mais frequentes de internação, ou seja, as doenças cerebrovasculares, pulmonares e neoplasias incluíram 98 (52,4%) pacientes. As comorbidades mais frequentes foram as cerebrais e cardiovasculares (CV), com igual frequência ($n=72$), seguidas pela metabólica ($n=47$) e pelas psiquiátricas ($n=28$), conforme apresentado na tabela 2.

Tabela 2 - Motivos de internação dos pacientes com risco para UP e comorbidades associadas (n=187)

Motivos de internação*	Frequência	%	Comorbidades*	Frequência	%
Cerebrovasculares	43	23	Cerebrovasculares	72	38,5
Pulmonares	30	16	Cardiovasculares	72	38,5
Neoplasias	25	13,4	Metabólicas	47	25,1
Gastrointestinais/hepáticas	21	11,2	Psiquiátricas	28	15
Cardiovasculares	20	10,7	Gastrointestinais	21	11,2
Infecciosas	20	10,7	Reumatológicas	16	8,6
Geniturinárias	14	7,5	Infecciosas	14	7,5
Traumatismos	14	7,5	Neoplásicas	8	4,3

* Motivos de internação e comorbidades não são mutuamente exclusivos.

Estudou-se também a associação entre os escores encontrados pelas subescalas da Escala de Braden e os motivos de internação dos pacientes. Verificou-se que os 43 pacientes internados por doenças cerebrovasculares estão em melhor estado nutricional ($p=0,006$), assim como os pacientes com patologias cardiovasculares ($p=0,022$), quando comparados com os pacientes admitidos por outros motivos.

Os 25 pacientes internados por neoplasias têm escore menor (maior risco) na subescala umidade e escore maior (menor risco) na subescala mobilidade, quando comparados com os demais ($p=0,016$ e $p=0,029$, respectivamente). Porém, estão em pior estado nutricional ($p=0,027$). Não houve outra associação com os motivos de internação.

Na análise das subescalas e das comorbidades, evidenciou-se que os 72 pacientes com co-

morbididades cerebrovasculares estão com mobilidade bastante limitada ($p=0,045$); muito molhados ($p=0,026$); com percepção sensorial muito limitada ($p=0,012$); e com nutrição provavelmente inadequada ($p=0,034$). Também apresentam problema em relação à fricção e ao cisalhamento ($p=0,045$). Destaca-se que os pacientes desta amostra estavam, na sua maioria, acamados.

Os pacientes com comorbidades psiquiátricas estão, na maioria, acamados ($p=0,044$) quando comparados aos pacientes que possuem outras comorbidades.

DISCUSSÃO

Os achados deste estudo, que buscou identificar os fatores de risco para UP, a partir da análise dos escores das subescalas componentes da Escala de Braden e de fatores associados como idade,

sexo, motivos de internação e comorbidades, em pacientes internados em unidades clínicas e cirúrgicas, apontam que o risco para UP está relacionado à idade, uma vez que a média encontrada foi de 67 anos, semelhante a outros estudos realizados no Brasil.^{2,9,16-17}

O achado de idade avançada é apontado como um dos fatores relevantes na fisiopatologia da UP, principalmente, quando associado a outros fatores como desnutrição, mobilidade e umidade.^{2,16-17} Nos idosos há redução na elasticidade da pele e na frequência da reposição celular, o corpo sofre transformações, há aumento das comorbidades devido à fragilidade, ocorre redução da atividade e mobilidade, o que aumenta a sua propensão ao desenvolvimento da UP.¹³

O maior número de mulheres nesta amostra pode ser explicado, em parte, tanto pela presença maior de mulheres quando comparado a de homens na maioria dos grupos etários, ocasionado pelas maiores taxas de mortalidade experimentadas pelos homens, quanto pela maior longevidade feminina.¹⁸ Esta pode ser explicada por diferenças biológicas, como o fator protetor exercido pelo hormônio feminino sobre os eventos cardiocirculatórios e pela maior exposição dos homens a fatores de risco externos, como maior consumo de álcool e fumo, acidentes de trabalho, trânsito e domésticos.¹⁹

Em relação à análise dos fatores de risco para UP, considerando-se os escores de cada uma das subescalas (percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, nutrição, fricção e cisalhamento), observou-se que a maioria dos pacientes era acamada e com mobilidade física bastante limitada (83,4%), o que os torna muito vulneráveis à UP. Estes dados são corroborados em estudos semelhantes realizados em hospitais brasileiros.²⁶ Além disto, em mais de 60% desses pacientes houve identificação de nutrição inadequada e em torno de 50% deles se identificou problemas de fricção e/ou cisalhamento, percepção sensorial muito limitada e pele muito molhada. Como a amostra de pacientes era homogênea em relação ao risco para UP, uma vez que todos possuíam escore total ≤ 13 , houve necessidade de fazer outras associações para compreender com maior detalhamento as especificidades desta população.

Assim, seguindo-se a linha de análise por subescala, associaram-se os seus escores com as demais variáveis, e se observou que todos os homens apresentaram menor risco na subescala umidade do que as mulheres, possivelmente,

pelas suas características anatômicas genitais, que facilitam a higiene perineal de forma mais efetiva e que mantém sua pele em condições menos úmidas. A literatura também aponta que a incontinência urinária é um problema que acomete a maioria dos idosos, principalmente as mulheres.²⁰

Também se verificou que os homens são mais ativos do que as mulheres, de forma significativa ($p=0,016$). Uma possível explicação para isto seria o fato de que as mulheres, a partir da meia idade, possuem maior tendência ao sobrepeso em comparação com os homens e, por isso, acabam encontrando maior dificuldade em se moverem sozinhas ou até serem movidas no leito por outros, aumentando o risco para desenvolvimento de UP.²¹ Todavia, este dado precisa ser melhor estudado.

Além disso, houve uma correlação moderada entre idade e mobilidade. Sabe-se que a redução da atividade e da mobilidade ocorre na maioria das pessoas idosas, devido a fatores relacionados ao envelhecimento do corpo, o que acarreta maior incidência de problemas musculoesqueléticos e, conseqüentemente, de mobilidade.²²

Quanto aos motivos de internação mais frequentes, encontrou-se as doenças cerebrovasculares, pulmonares e as neoplasias, que computaram 52% da amostra. Outros estudos também apontam dados semelhantes.^{6,16,23-24}

Os pacientes que foram internados por doenças cerebrovasculares apresentaram bons escores referentes à nutrição. Os motivos para isto podem ser diversos, entre eles o fato de que o evento cerebrovascular normalmente é agudo, podendo atingir indivíduos previamente em boas condições de saúde e de nutrição. Outros fatores a serem considerados são os fatos de que estes pacientes normalmente recebem auxílio na hora das refeições durante a internação, além de serem sondados para receber alimentação enteral quando não possuem condições de deglutir, o que contribui para manterem a sua boa condição nutricional.

Os pacientes com neoplasias apresentaram melhores escores nas subescalas de umidade e mobilidade, possivelmente devido ao fato de não apresentarem limitações que os impedissem de se mobilizar e controlar as suas eliminações fisiológicas. Por outro lado, apresentaram uma pior nutrição, o que pode ser explicado por um estado catabólico, alteração anatômica de um órgão causado pela doença (por ex. câncer de esôfago, dificuldade para deglutir) ou pelo próprio trata-

mento (radioterapia, quimioterapia), que às vezes impede uma nutrição adequada.²⁵⁻²⁷

Referente às comorbidades, ou seja, doenças que se sobrepõem, comprometendo o estado de saúde e capacidade funcional dos pacientes, verificou-se a incidência maior de doenças cerebrovasculares, cardiovasculares e metabólicas, seguidas pelas doenças psiquiátricas. Sabe-se que o surgimento da UP é multifatorial,²⁸ entretanto, diversos estudos apontam que pacientes com comorbidades cerebrovasculares e cardiovasculares têm um escore de risco moderado para UP.^{17,19,27}

Quanto às doenças psiquiátricas, verificou-se na literatura que populações idosas podem estar mais propensas a este tipo de comorbidade.²⁹ A média etária desta amostra de pacientes foi de 67 anos, o que talvez tenha interferido na incidência desta comorbidade. Os resultados deste estudo também encontraram associação significativa entre esta comorbidade e o fato de o paciente estar acamado, ou seja, com escores baixos na subescala atividade. Sabe-se que a ocorrência de doenças psiquiátricas em pacientes que internam para tratamento clínico ou cirúrgico em hospital geral é frequente.³⁰ Por exemplo, estudos nacionais mostram que a depressão, independente da gravidade, acomete 20 a 33% dos pacientes internados em enfermarias de clínica médica e cirúrgica.³⁰⁻³¹ Além disto, o impacto dos sintomas depressivos como falta de energia, negativismo e tristeza estão associados à pior evolução das patologias clínicas, com o risco aumentado de morbimortalidade.³²

Ainda, para o tratamento de quadros depressivos as medicações indicadas são os antidepressivos, que também tem sido amplamente utilizado para o controle da dor. Contudo, devido à suscetibilidade aos efeitos colaterais, incluindo alterações na pele, e o perfil complexo de interação medicamentosa, o uso destas medicações requer cuidado especial em idosos.³³

Evidentemente, o delineamento e a análise dos dados deste estudo não permitem relações causais entre doenças psiquiátricas e uso de psicofármacos com maior risco para UP. Contudo, em casos de idosos com esta comorbidade os resultados apontam que cabe atenção especial para prevenir este tipo de lesão.

CONCLUSÃO

Conclui-se que a utilização do escore total isolado apresentado pela Escala de Braden fornece

uma visão geral do paciente, entretanto, a estratificação dos escores, por subescala, pode ampliar e especificar esta visão, de modo a melhor direcionar os cuidados necessários à prevenção da UP.

Ao se analisar os escores das subescalas, em associação com as demais variáveis do estudo, identificou-se quais delas contribuíram mais ou menos para o risco de UP, previamente sabido pelo escore total ≤ 13 apresentado pelos pacientes desta amostra. A imobilidade e a atividade foram as subescalas mais frequentemente identificadas com baixos escores, o que reforça a necessidade de atentar para o posicionamento e mobilização adequada dos pacientes, a fim de evitar a UP.

Na associação entre as subescalas e os motivos de internação e as comorbidades, verificou-se que os pacientes com doenças cerebrovasculares apresentaram escores baixos com maior frequência na atividade, mobilidade e umidade, o que denota a sua dificuldade de mobilização e, possivelmente, de controle de esfíncteres, aumentado à umidade e conseqüentemente o risco à UP. Na subescala de nutrição, os escores mais baixos foram entre os pacientes com neoplasias, seja pela evolução da doença e/ou ao tratamento da mesma, o que interfere na sua nutrição e os torna suscetíveis à UP.

Reitera-se que a análise da pontuação das subescalas da Escala de Braden permitiram estratificar o risco para UP, correlacionando-o com as demais variáveis deste estudo e assim, obter subsídios para a implementação de cuidados preventivos direcionados às especificidades identificadas.

AGRADECIMENTOS

As autoras agradecem às enfermeiras do Programa de Prevenção e Tratamento de Feridas (PPTF) e à professora Elizeth Paz de Silva Heldt, pela sua colaboração nesta pesquisa. Também, ao Fundo de Incentivo à Pesquisa e Eventos do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (FIPE), pelo apoio financeiro na sua execução.

REFERÊNCIAS

1. National pressure ulcer advisory panel [internet]. Washington (EU). [acesso 22 abr 2011] Disponível em: <http://www.npuap.org>
2. Blanes L, Duarte IS, Calil JA, Ferreira LM. Avaliação clínica e epidemiológica das úlceras por pressão em pacientes internados no Hospital São Camilo. Rev Assoc Med Bras 2004 Abr-Jan; 50(2):182-7.

3. Scola ML, Menegon DB, Bercini RR. Cuidado de enfermagem na prevenção e no tratamento de úlcera de pressão. In: Leite MMJ, coordenador. Programa de atualização para técnicos em enfermagem Porto Alegre (RS): Artmed; 2008.
4. Cortés LL. The prevention and treatment of pressure ulcers in adults. *Disease Prev News*. 1998 May; 58(10):1-7.
5. Grey JE, Harding KG, Enoch S. Pressure ulcers. *British Med Journ* 2006 Feb; 332: 472-75.
6. Anselmi ML, Peduzzi M, Junior IF. Incidência de úlcera por pressão e ações de enfermagem. *Acta Paul Enferm* 2009 Mai-Jun; 22(3):257-64.
7. Dealey C. Cuidando de feridas: um guia para enfermeiras. 2th ed. São Paulo (SP): Atheneu; 2001. 248 p.
8. Paranhos WY, Santos VLCCG. Avaliação de risco para úlceras de pressão por meio da escala de Braden, na língua portuguesa. *Rev Esc Enferm USP*. 1999; 33(Esp):191-206.
9. Cremasco MF, Wenzel F, Sardinha FM, Zanei SSV, Whitaker IY. Úlcera por pressão: risco e gravidade do paciente e carga de trabalho de enfermagem. *Acta Paul Enferm* 2009; 22(Esp):897-902.
10. Serpa LF, Santos VLCCG, Campanili TCGF, Queiroz M. Validade preditiva da Escala de Braden para o risco de desenvolvimento de úlcera por pressão em pacientes críticos. *Rev Latino-Am Enferm* 2011 Jan-Fev; 19(1):50-7.
11. Menegon DB, Bercini RR, Brambila MI, Scola ML, Jansen MM, Tanaka RY. Implantação do protocolo assistencial de prevenção e tratamento de úlceras de pressão do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. *Rev HCPA*. 2007; 27(2):61-4.
12. Magnan MA, Maklebust J. The nursing process and pressure ulcer prevention: making the connction. *Adv Skin Wound Care* 2009 Feb; 22(2):83-92.
13. Souza DMST; Santos VLCCG. Fatores de risco para o desenvolvimento de úlceras por pressão em idosos institucionalizados. *Rev Latino-am Enferm* 2007 Set-Out; 15(5):958-64.
14. Lyder C. Pressure ulcer prevention and management: what are known risk factors for pressure ulcers. *Annu Rev Nurs Res*. 2002; 20(2):35-62.
15. Lucena AF, Santos CT, Pereira AGS, Almeida MA, Dias VLM, Friedrich MA. Clinical profile and nursing diagnosis of patients at risk of pressure ulcers. *Rev Latino-sm Enferm* 2011 May-Jun; 19(3):523-530.
16. Rogenski NMB, Santos VLCCG. Estudo sobre a incidência de úlceras por pressão em um hospital universitário. *Rev Latino-Am Enferm* 2005 Jul-Ago; 13(4):474-80.
17. Medeiros ABF, Lopes CHAF, Jorge MSB. Análise da prevenção e tratamento das úlceras por pressão propostas por enfermeiros. *Rev Esc Enferm USP* 2009 Mar; 43(1):223-8.
18. Lima e Silva EWN, Araújo RA, Oliveira EC, Falcão VTF. Aplicabilidade do protocolo de prevenção de úlcera por pressão em unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva* 2010 Abr-Jun; 22(2): 175-185.
19. Lisboa CR. Risco para UP em idosos Institucionalizados [tese]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2010.
20. Caldas CP, Conceição IRS, José RMC, Silva BMC. Terapia comportamental para incontinência urinária à mulher idosa: uma ação do enfermeiro. *Texto Contexto Enferm* 2010 Out-Dez; 19(4):783-8.
21. Fife C, Otto G, Capsuto EG, Brandt K, Lyssy K, Murphy K, Short C. Incidence of pressure ulcers in a neurologic intensive care unit. *Crit Care Med* 2001 Feb; 29(2):283-90.
22. Geraldina CI. Incidência de úlcera de pressão e fatores de risco relacionados à paciente de um centro de terapia intensiva [tese]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo (USP); 2003.
23. Freitas CN. Internações hospitalares pelo SUS em Porto Alegre. [dissertação]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Departamento de medicina social; 2008
24. Filho AIL, Matos DL, Giatti L, Afradique ME, Peixoto SV, Costa MFL. Causas de internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Epidem Serv de Saúde* 2004 Dez; 13(4):229-38.
25. Santos AFL, Ramos AM. Nutrição e câncer. *Prat Hosp* 2007 Mar-Abr; 50:37-8.
26. Silva MPN. Síndrome da anorexia-caquexia em portadores de câncer. *Rev Bras de Cancerol* 2006 Jan-Mar; 52(1):59-77.
27. Serpa LF, Santos VLCCG. Desnutrição como fator de risco para o desenvolvimento de úlceras por pressão. *Acta Paul Enferm* 2008; 21(2):367-9.
28. Gomes FSL, Bastos MAR, Matozinhos FP, Temponi HR, Meléndez GV. Fatores associados à ulcera de pressão em pacientes internados nos centros de terapia intensiva de adultos. *Rev Esc Enferm USP* 2009 Dez; 44(4):1070-6.
29. Aires M, Paz AA, Perosa CT. Situação de saúde e grau de dependência de pessoas idosas institucionalizadas. *Rev Gaúcha Enferm* 2009 Set; 30(3):492-9.
30. Botega NJ. Psiquiatria no hospital geral: morbidade psiquiátrica no hospital geral. In: *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*. Porto Alegre (RS): Artmed. 2006.
31. Furlanetto LM, Brasil MA. Diagnosticando e tratando depressão no paciente com doença clínica. *J Bras de Psiq* 2006; 55(1):8-12.

-
32. Lima M, Colognesi L, Domingos NAM, Miyazaki MCOS, Valério NI. Depressão em pacientes clínicos e cirúrgicos internados em hospital geral. *Arq de Ci & Saúde* 2005 Abr-Jun; 12(2):63-6.
33. Camozzato A, Filippon, APM, Kruter BC. Psicofármacos em idosos. In: Cordioli AV. *Psicofármacos: consulta rápida*. 4th ed. Porto Alegre (RS): Artmed. 2011, p. 525-39.

Correspondência: Dóris Baratz Menegon
Hospital de Clínicas de Porto Alegre – Grupo de enfermagem
Rua Ramiro Barcelos, 2350, 5º andar
90035-903 – Porto Alegre, RS, Brasil
E-mail: dmenegon@hcpa.ufrgs.br

Recebido: 24 de Maio de 2011
Aprovação: 09 de Março de 2012