

A Visão de Enfermeiros Quanto a Aplicação da Escala de Braden no Paciente Idoso

The Nurses' Viewpoint Regarding the Use of The Braden Scale With The Elderly Patient

La Visión Enfermeras Para la Aplicación de Escala en Braden Paciente Anciano

Raquel Debon^{1*}, Vera Lucia Fortunato Fortes², Ana Claudia Roman Rós³, Maira Scaratti⁴

Como citar este artigo:

Debon R, Fortes VLF, Rós ACR, *et al.* A Visão de Enfermeiros Quanto a Aplicação da Escala de Braden no Paciente Idoso. Rev Fund Care Online. 2018 jul./set.; 10(3):817-823. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i3.817-823>

ABSTRACT

Objective: The study's goal has been to identify if nurses are knowledgeable and use correctly of the Braden Scale with the elderly in their daily care practice. The Braden Scale is a consolidated instrument in pressure injury prevention. **Methods:** It is a descriptive-exploratory research with a qualitative approach, which has been performed in a hospital localized in North of *Rio Grande do Sul* State. Data were collected through semi-structured interviews with fourteen nurses, and analyzed through thematic analysis. **Results:** It was found that most nurses use the scale and are knowledgeable about it, but they also have some difficulties, such as lack of time for performing the needed care. **Conclusion:** The Braden Scale is a health indicator that assesses the risk of injury formation, where the nurse plays a key role by using this scale. Although the nurses consider the scale an important instrument, they often use it only to meet institutional protocols.

Descriptors: Pressure injury, Elderly, Nursing Care.

¹ Enfermeira. Graduada pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (URI - CAMPUS DE ERECHIM).-RS. Residente em Saúde do Idoso pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Saúde do Idoso e Atenção ao Câncer, Hospital São Vicente de Paulo - HSVP, Secretaria Municipal de Saúde - SMS e Universidade de Passo Fundo –UPF, Passo Fundo, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Enfermeira. Graduada pela Universidade de Passo Fundo-RS. Mestre em assistência de enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis -SC. Especialista em Assistência de enfermagem em Nefrologia e Gerontologia Clínica e Saúde do Idoso. Atua no serviço de Nefrologia do Hospital São Vicente de Paulo - Passo Fundo -RS.

³ Enfermeira. Graduada pela Universidade de Passo Fundo -RS. Residente em Saúde do Idoso pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Saúde do Idoso e Atenção ao Câncer, Hospital São Vicente de Paulo - HSVP, Secretaria Municipal de Saúde - SMS e Universidade de Passo Fundo –UPF, Passo Fundo, Rio Grande do Sul, Brasil.

⁴ Enfermeira. Graduada pela Universidade do Estado de Santa Catarina- UDESC, com graduação sanduíche na Università Degli Studi di Modena e Reggio Emilia- UNIMORE, Modena, Itália. Residente em Atenção ao Câncer pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, Hospital São Vicente de Paulo - HSVP, Secretaria Municipal de Saúde - SMS e Universidade de Passo Fundo –UPF, Passo Fundo, Rio Grande do Sul.

RESUMO

Objetivo: Identificar se os enfermeiros têm conhecimento e fazem uso correto em seu cuidado diário da escala de Braden em idosos, instrumento consolidado na prevenção das Lesões por Pressão. **Método:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória, descritiva, realizada em um hospital ao Norte do RS. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semi-estruturadas com quatorze enfermeiros e analisados mediante análise temática. **Resultados:** A maioria dos enfermeiros realizam a escala, tem conhecimento da mesma, porém encontram dificuldades como falta de tempo para que seja realmente efetivado os cuidados que aparecem no escore de risco. **Conclusão:** A Escala de Braden é um indicador de saúde que avalia o risco de formação de lesão, onde o enfermeiro tem papel primordial no seu desempenho, apesar de considerá-la importante, muitas vezes realiza apenas para preencher protocolos institucionais.

Descritores: Lesão por pressão, Idoso, Cuidados de enfermagem.

RESUMEN

Objetivo: Identificar si las enfermeras tienen conocimiento y hacer un uso adecuado en su cuidado diario de la escala de Braden en la herramienta de edad avanzada, consolidada en la prevención de lesiones por presión. **Método:** Se trata de un salto cualitativo, exploratorio, descriptivo, realizado en un hospital al norte de la RS. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas semiestructuradas con catorce enfermeras y analizados mediante el análisis temático. **Resultados:** La mayoría de las enfermeras se dan cuenta de la escala, es consciente de ello, pero se encuentran con dificultades como la falta de tiempo para ser realmente efectuado el cuidado que aparece en la puntuación de riesgo. **Conclusión:** La escala de Braden es un indicador de salud que evalúa el riesgo de formación de lesiones, donde la enfermera tiene un papel clave en su rendimiento, a pesar de que es importante tener en cuenta, a menudo llevado a cabo sólo para llenar los protocolos institucionales. **Descritores:** Lesiones de presión, Anciano, Atención de enfermeira.

INTRODUÇÃO

O Aumento da expectativa de vida decorrente dos avanços na saúde, maior cobertura da rede do atendimento hospitalar, melhoras nas condições de vida em geral, melhor distribuição da renda e melhor nível de escolaridade, entre outros fatores, resultaram em crescimento da população idosa. Uma das consequências dessa mudança no perfil epidemiológico foi percebida na prática clínica, desenvolvidas no cenário institucional e domiciliar, com o crescente número de pessoas com feridas, principalmente as lesões por pressão.¹

Estando este idoso hospitalizado o que se observa é que o cuidado pela equipe de enfermagem deve ser redobrado. Um dos riscos eminentes de um idoso acamado são os casos de lesão por pressão (LP), ocasionado principalmente pela falta de alternância de decúbito, mantendo esse paciente por muito tempo numa mesma posição.

Diante disso, é importante que a equipe de enfermagem esteja atenta a esse cuidado. A escala de Braden (EB) aparece como recurso, pois é um instrumento validado

e de fácil aplicação para avaliação do risco de formação de LP.

A EB, desenvolvida por Barbara Braden e Bergstrom Nancy em 1987, é a ferramenta útil clinicamente, permitindo aos profissionais de saúde avaliar os pacientes de forma confiável.²

Ao longo da história já tiveram várias designações, incluindo escaras, úlceras de decúbito, porém a partir da data de 13 de abril de 2016, o termo “LESÃO POR PRESSÃO” substitui “ÚLCERA POR PRESSÃO” no National Pressure Ulcer Advisory Panel Injury Pressão Staging System according to NPUAP. A mudança de terminologia descreve com mais precisão as LP tanto na pele intacta como na pele ulcerada.³

A definição internacional da National Pressure Ulcer Advisory Panel e da European Pressure Ulcer Advisory Panel para LP é: um dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionada ao uso de dispositivo médico ou a outro artefato. A lesão pode se apresentar em pele íntegra ou como úlcera aberta e pode ser dolorosa. Ocorre como resultado da pressão intensa e/ou prolongada em combinação com o cisalhamento. A tolerância do tecido mole à pressão e ao cisalhamento pode também ser afetada pela nutrição, perfusão, comorbidades e pela sua condição clínica.³⁻⁴

No Brasil, estudos estimam que a incidência de LP nas UTIs esteja entre 10,62% a 62,5%, sendo que em unidades de clínica médica se encontrou uma incidência de 42,6% e, em unidades cirúrgicas, de 39,5%.⁵

A EB é composta de seis subescalas: percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, nutrição, fricção e cisalhamento. Das seis subescalas, três medem determinantes clínicos de exposição para intensa e prolongada pressão – percepção sensorial, atividade e mobilidade; e três mensuram a tolerância do tecido à pressão – umidade, nutrição, fricção e cisalhamento. As cinco primeiras subescalas são pontuadas de 1 (menos favorável) a 4 (mais favorável); a sexta subescala, referente à fricção e ao cisalhamento, é pontuada de 1 a 3. Cada subescala é acompanhada de um título, e cada nível de um conceito, descritor-chave e uma ou duas frases descrevendo ou qualificando os atributos a serem avaliados. A pontuação na EB varia de 4 a 23. Pacientes hospitalizados, com uma contagem igual ou maior do que 16 pontos, são considerados de pequeno risco para desenvolver LP; escores de 11 a 16 indicam risco moderado; e abaixo de 11, apontam alto risco.⁶

Esta pesquisa se justifica diante do número elevado do evento “lesão por pressão” instalada em pacientes idosos hospitalizados e busca identificar se os enfermeiros tem conhecimento e fazem o uso correto em seu cuidado diário da EB em idosos. Tendo por objetivos específicos, identificar as possíveis dúvidas ou dificuldades dos enfermeiros que utilizam e daqueles que não manejam

a EB na sua rotina de trabalho bem como, averiguar a importância que os enfermeiros atribuem à escala na prevenção da LP em idosos.

MÉTODOS

Este estudo é de cunho qualitativo, exploratório, descritivo, realizado no mês de setembro de 2016, em um hospital geral, de ensino de um município ao Norte do Rio Grande do Sul. A fim de garantir o cumprimento das questões éticas em pesquisa, o estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UPF- Universidade de Passo Fundo/ Vice-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação -RS com CAAE: 56940516.6.0000.5342, como também a aprovação junto a comissão de pesquisa do referido hospital.

Foram selecionados enfermeiros da emergência, unidades de internação clínica e cirúrgica (Posto 1, 4 e 6), setores de nefrologia, radioterapia, Centro de Terapia Central e Cardiológica do hospital. A escolha por estes ambientes ocorreu devido à numerosa quantidade de idosos crônicos que realizam tratamento continuado ou internam nestas unidades, como também por serem alguns locais onde a equipe de Residência Multiprofissional realiza sua prática. Os participantes do estudo foram selecionados, utilizando-se como critério de inclusão enfermeiros que estavam no setor de pesquisa há pelo menos 6 meses, de diferentes turnos, manhã, tarde e noite, e que aceitaram voluntariamente participar, como também, pela saturação dos dados. O fechamento amostral por saturação teórica leva à suspensão da inclusão de participantes quando os dados passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, certa redundância ou repetição.^{7,8} Foram excluídos os enfermeiros em férias ou afastados por licença-saúde e com menos de seis meses na empresa.

Ao iniciar a entrevista foi informado que os mesmos poderiam livremente optar pela desistência em qualquer momento sem prejuízo algum. Sendo assim, com a respectiva assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido conforme preconizado pela Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, que trata dos aspectos éticos na pesquisa que envolve seres humanos, procedeu-se a referida.⁹

A coleta dos dados foi realizada com quatorze enfermeiros, que participaram de uma entrevista semiestruturada com questões norteadoras, gravadas em sistema de áudio. Os dados das entrevistas foram transcritos na íntegra e as informações foram agrupadas conforme semelhança a fim de responder os objetivos do estudo. Como método de análise, agrupou-se as informações, após leituras e releituras, nos moldes da análise de conteúdo, focando a análise temática.¹⁰

Num primeiro momento na apresentação dos dados registrou-se o perfil dos enfermeiros participantes para uma melhor compreensão do estudo. Posteriormente relataram-se as falas dos entrevistados de acordo com os objetivos do estudo e discussão com o referencial teórico.

Para organizar a demonstração dos dados e em observação à manutenção do anonimato, foram definidos codinomes, simbolizado por nomes de flores, para os participantes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os Enfermeiros participantes da pesquisa trabalham na instituição de 8 meses até 11 anos, sendo que todos tiveram contato ou realizam rotineiramente a EB nas suas rotinas de trabalho no hospital. São enfermeiros dos três turnos de trabalho no hospital.

EFETIVAÇÃO DA ESCALA DE BRADEN

Os entrevistados foram questionados quanto à realização da escala nos setores em que exercem suas funções, mais da metade responderam afirmativamente, porém são realistas em expor que muitas vezes não conseguem realizá-la e, lançam alternativas na logística interna, para envolver todos os enfermeiros da unidade num sistema de rodízio e em algumas unidades feita pelos técnicos de enfermagem:

Na medida do possível, sim. (Girassol)

É realizada, os técnicos que fazem, a gente tem feito uma semana por mês, cada semana é um turno que faz, o turno que é responsável pelos pacientes eles vão fazendo as escalas. (Samambaia)

Sim nós nos revezamos entre eu e a outra enfermeira. (Bromélia)

A EB é um parâmetro que deve ser utilizado em associação à avaliação clínica do enfermeiro.¹¹ A avaliação e a prescrição de cuidados com a pele é uma atribuição do enfermeiro, sendo que a participação da equipe multiprofissional, na prevenção das alterações é fundamental na contribuição para a prescrição e no planejamento dos cuidados com o paciente em risco. Juntamente a isso, serão necessários ajustes nutricionais, intervenções para auxiliar a mobilização ou mobilidade dos pacientes, entre outras medidas.¹²

O profissional enfermeiro é responsável por cuidar dos pacientes internados com LP, por consequência, são fundamentais para prevenir o aparecimento dessas feridas.¹³

Alguns enfermeiros não fazem o uso da escala tendo por motivos a falta de tempo ou por não ser rotina do setor:

Eu vou ser sincera, eu particularmente quase não faço, mas no setor tem que fazer, é preconizado pelo hospital. Por causa da demanda de pacientes acabo não fazendo, quem faz mais são as residentes. (Jasmin)

Não, a gente não realiza a escala de Braden aqui no setor como rotina. (Copo de leite)

Como parte dos protocolos de prevenção, as escalas de avaliação de risco de desenvolvimento de LP são frequentemente estudadas e implementadas, entre as escalas mais conhecidas está a de Braden, publicada há mais de 30 anos, sendo amplamente utilizada nos Estados Unidos da América e, adaptada e legitimada para cultura brasileira em 1999.¹⁴ Baseado nessa solidez os enfermeiros necessitam incorporar a importância da aplicação da EB em sua rotina.

Nas unidades ambulatoriais a EB não é realizada, pois não ocorre a internação de pacientes. Com esta negativa, os enfermeiros foram questionados se achavam necessário o uso da escala no setor, obtendo-se as seguintes respostas, observadas em algumas falas:

Como os nossos pacientes são ambulatoriais eles não ficam internados conosco eles vêm e voltam para casa, a gente não tem nenhum paciente acamado que tenha uma propensão maior a desenvolver a lesão a gente acaba não fazendo a Braden, acho que com o passar dos dias a gente vai ter que entrar no ritmo da instituição e começar a fazer em todos os pacientes, mas acredito que seja mais por registro mesmo. (Copo de Leite)

Não tem muita necessidade né, não tem porque, eles nem ficam muito tempo no setor, faz o tratamento e já vai pra casa, nem teria como fazer a escala, pra avaliar o risco. (Rosa)

A LP é um problema constante em pessoas hospitalizadas, a carência da assistência resulta em efeito indesejado ao não oferecer ao paciente um cuidado adequado.¹⁵ Da mesma forma, o paciente que recebe alta com LP não revertida, poderá sofrer complicações desse evento e deflagrar uma reinternação.

IMPORTÂNCIA DA ESCALA DE BRADEN NA PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO EM PACIENTES IDOSOS

Para perfilar o tipo de cliente encontrado nas unidades de trabalho, a grande maioria são idosos, e o prolongamento do tempo de internação, permanência no leito e agravantes que envolvem a internação leva ao surgimento das lesões.

A pele do idoso sofre transformações próprias do processo fisiológico de envelhecimento, pela redução na elasticidade, na textura, diminuição da massa muscular e da frequência de reposição celular, tornando-se mais frágil.¹⁶

Sim, claro, pele mais friável, mais fina. Com as comorbidades instaladas é mais fácil de desenvolver lesão. Vem bastante paciente idoso institucionalizado já com lesão ou desenvolvem lesão muito mais rápido. A alimentação deles é baixa em proteína; são vários fatores que influenciam em desenvolver mais rápido uma lesão do que um paciente jovem que tem mais energia pra gastar. (Cravo)

Sim a gente tem uma demanda muito grande, mais da metade dos atendimentos são de pacientes idosos, muitos deles vêm com lesões por pressão de casa já, nos diversos graus e tem pacientes que acabam adquirindo lesões aqui porque as nossas macas são pequenas, os colchões são ruins e a gente não consegue fazer a alternância de decúbito dos pacientes aqui. (Jasmim)

A prevalência de doenças crônicas na população idosa sinaliza que o envelhecimento cursa com o aumento de doenças e condições que podem levar a incapacidade funcional.¹⁷ Infelizmente, as LP são, muitas vezes, decorrentes da ausência de execução de normas básicas de segurança do paciente.¹²

No que se refere ao valor da utilização da EB no paciente idoso, todos os entrevistados consideraram-na importante, pois auxilia os mesmos a identificar o risco de formação de LP.

Ah ela é muito importante porque a gente quando abre o sistema já vê risco elevado, já dá uma atenção maior, teu olhar já enfatiza mais pra pele, para o cuidado. (Margarida)

Atualmente eu identifico como de grande importância [...] só, no entanto, ela não é tão valorizada pela equipe de enfermagem. (Girassol)

Eu acredito que é bem importante porque através dela a gente consegue fazer uma avaliação de qual paciente tem mais necessidade de cuidados com a pele, de mudança de decúbito, de ingestão de proteína, das necessidades básicas, como a alimentação. (Bromélia)

No cenário internacional, a utilização de protocolos na prevenção de LP, vem mostrando redução na incidência da mesma, em pacientes críticos, de 43% para 28%. Sendo assim, faz-se necessária a escolha de um método de avaliação de risco para o desenvolvimento de LP que seja eficaz e de fácil aplicação para que a equipe de enfermagem identifique corretamente os pacientes em perigo de desenvolver a lesão, evitando o uso inadequado de medidas e adotando condutas assertivas.¹⁸

Ao mesmo tempo em que consideram a EB importante, muitas vezes a realizam para cumprir protocolos

institucionais. Alguns consideram primordial o cuidado em detrimento de documentos:

A gente tem pouco tempo de avaliar o paciente, então muitas vezes o paciente chega no setor a gente dá uma olhada e o pessoal faz a escala, não é aquela avaliação que realmente tu vai fazer do paciente, eu acho que isso falta. A escala é feita muitas vezes para cumprir protocolo. (Samambaia)

A escala vai ver o risco que a pessoa tem de desenvolver lesão. Isso é conhecimento do enfermeiro. Na UTI 99-100% dos pacientes que entram tem um risco aumentado de desenvolver lesão, então já se avalia todos os pacientes iguais. Não é a escala que vai definir para nós se tem mais ou menos risco. O paciente com trauma medular, com colar cervical imóvel tem mais risco do que um outro paciente que tem condições de ser lateralizado. Hoje em dia eu vejo a escala muito mais como uma parte burocrática realmente de preenchimento obrigatório, mas eu não acho que ela nos ajude a mudar nossa conduta, sendo bem sincero. (Cravo)

Tem muita valia, mas existem alguns detalhes que de repente acaba não fazendo, se torna uma prática habitual. Muitas vezes acaba não examinando como deveria para realizar a escala, não acompanha bem aquela lesão do paciente. (Bromélia)

Baseado nas falas observa-se que alguns enfermeiros se preocupam com o fazer independente do registro oficial, que o cuidado individualizado é mais relevante em detrimento ao preenchimento da EB.

Por outro lado, também se percebe que as LP acabam parecendo trivial, comum, algo esperado, negligenciado pelos profissionais. Mas, evidência preocupante, é realizar a EB, preencher os itens das subescalas sem avaliar presencialmente o paciente.

Pacientes em cuidados intensivos são propensos a LP 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.¹⁹

A EB deve ser utilizada por profissional capacitado, treinado para se obter resultados positivos. Ela é um instrumento para avaliação, mas também para prevenção e tratamento associado aos cuidados que cabem a equipe de enfermagem, é necessário um trabalho conjunto.²⁰ As escalas de avaliação de risco são consideradas importantes instrumentos de apoio, mas não substituem a avaliação clínica do enfermeiro.²¹

Ao se falar em cuidado nos atentamos a cuidados básicos que devem ser realizados pela equipe de enfermagem na prevenção de LP, como também, colocar em

prática o escore da escala na avaliação diária de risco do paciente.

Rigorosamente então, a gente tem o controle de alternar os pacientes de decúbito. (Bromélia)

[...] check list de lateralização, de mudança decúbito [...]. (Cravo)

[...] mudança de decúbito [...]. (Samambaia)

O que se salienta nas falas é a valorização da alternância de decúbito, a qual foi citada pela maioria dos entrevistados quando se retrata a cuidados.

A mudança de posicionamento é citada como a principal ação de responsabilidade da equipe de enfermagem, para prevenir as LP.²²

Pesquisa realizada apontou que 96,0% dos enfermeiros preconizam a mudança de posicionamento e 68,0% relatam que utilizam colchões especiais.²³ A espuma piramidal juntamente com a proteção das proeminências ósseas também são outros cuidados utilizados pelos enfermeiros como forma de evitar LP, para eles é uma prática cotidiana seu uso.

Paciente grave já de risco primeira coisa é piramidal. Segunda coisa, proteção de calcâneo sempre, mesmo que não tenha nada, hidrocolóide em todas as proeminências ósseas. (Violeta)

Proteger as proeminências, cuidar que não fique os calcâneos, os membros inferiores, os pés um em contato com o outro e o uso de piramidal. (Rosa)

[...] colocado alguns protetores para evitar que se inicie uma lesão por pressão ali [...]. (Cravo)

A mudança de decúbito é importante no alívio e redistribuição da pressão sobre a pele, permitindo que o fluxo sanguíneo flua para dentro das áreas isquêmicas e ajude na recuperação dos tecidos dos efeitos da pressão.¹⁶ A alteração de lado pode ser realizada a cada quatro horas, quando em uso de superfícies redutoras de pressão, ou a cada duas a quatro horas, quando em uso de superfícies não redutoras de pressão. Já em pacientes com capacidade circulatória normal o período máximo de duas horas é recomendado em uma mesma posição.²⁴

O colchão piramidal, também conhecido como casca de ovo, é constituído de espuma e possui superfície rugosa que minimiza os pontos de pressão sobre as proeminências ósseas.²⁵

DÚVIDAS E DIFICULDADES NA REALIZAÇÃO E APLICAÇÃO DA ESCALA DE BRADEN NO PACIENTE IDOSO

Para que a escala tenha sua efetividade concreta, a fim de obter resultados esperados, perguntou-se sobre como foi apresentada a EB na instituição. A maioria recebeu treinamento como se analisa nos seguintes dizeres:

Sim quando foi implantada no hospital, teve sim um treinamento, depois os técnicos tiveram treinamento, porque a principio é para os técnicos fazer, aqui no posto, nós enfermeiros que fizemos. (Margarida)

Logo que iniciei, teve um treinamento, passado um artigo que a gente leu, mas no prático não. (Violeta)

A EB é indispensável para avaliação de risco de surgimento da LP, mas é necessário que toda a equipe compreenda os critérios de classificação. Em estudos realizados sobre o efeito de intervenções educativas no conhecimento dos profissionais de enfermagem acerca da prevenção de LP, afirmam que várias estratégias educativas podem ser utilizadas para aumentar o nível de conhecimento, sendo a capacitação dos profissionais uma ferramenta de aprendizagem.²⁶

A EB foi implantada na instituição em estudo em meados de 2009 de forma manuscrita, hoje segue os modelos da escala validada para o Brasil, de forma informatizada e segue os protocolos de Segurança do Paciente, como um indicador de qualidade.

Quando questionados se encontravam dificuldades ao realizar a EB, a grande maioria a consideraram de fácil compreensão e manejo e pode ser facilmente acessada na prescrição informatizada. A EB tem por objetivo individualizar o tratamento que será dispensado para cada paciente de forma sistematizada através da pontuação obtida.²⁷

Há que se citar a fala de três enfermeiros que veem limitações para realizar a EB, por não ter um conhecimento aprofundado do paciente avaliado, e não ter um contato diário com o mesmo, às vezes pelo grande fluxo de trabalho, falta de tempo ou por não trabalhar no setor que realiza a escala:

Eu particularmente acho que não é muito entendível. Não é tão fácil de aplicar a escala a partir de que são poucas opções, não sei como, avaliar nesse sentido, mas acho que faltam opções. (Jasmim)

Eu acredito que para o enfermeiro que trabalha no setor, que conhece o seu paciente desde a entrada até a alta e tem um contato diário fica mais fácil de fazer. Mas, para gente que faz uma escala mensal então é um dia no mês que fica no andar, não dá tempo de conhecer tão a fundo os pacientes para saber mensurar se esta diminuindo ou aumentando essa lesão, como que está a progressão. (Copo de Leite)

Na verdade não é dificuldade em fazer a escala em si, mas a dificuldade que a gente vê a limitação que a gente tem de tempo mesmo de avaliar o paciente. (Samambaia)

Quando o número de funcionários da área de enfermagem é diminuído aumenta a sobrecarga de trabalho, para suprir toda a demanda, os enfermeiros têm de se desdobrar-se para atender ao mesmo tempo várias unidades e desenvolver varias funções, o que impossibilita o mesmo de estabelecer vínculos com o paciente, o que dificulta uma avaliação completa.²⁸

Todo paciente deverá ser avaliado sistematicamente na admissão. Levando em consideração as fragilidades, vulnerabilidades e fatores de risco para o desenvolvimento de alterações de pele. A escala preditiva utilizada para LP é a EB.¹⁵ Como citado na literatura, a EB avalia de forma global o paciente para risco de lesão, a avaliação deve ser feita no primeiro contato com paciente, no caso de realizar a escala apenas uma vez no mês, impossibilita tal avaliação, o que faz que os resultados não sejam os esperados, prejudicando a qualidade da assistência para com esse paciente.

CONCLUSÃO

A LP é um grande problema de saúde pública, principalmente em pacientes idosos crônicos internados e em tratamento domiciliar continuado, é de difícil tratamento, em geral prolongado e oneroso, o que corrobora para a premissa da prevenção.

A EB é um instrumento útil, é de fácil manuseio, não tendo custo para a instituição e usado como um indicador de saúde, na segurança do paciente, com caráter preventivo auxilia o enfermeiro para a realização de uma avaliação global do risco de formação de LP no paciente idoso hospitalizado, para que assim possa se tomar os cuidados necessários com o intuito de evitar tal lesão, mas é preciso o envolvimento da equipe para que se concretize o trabalho, o enfermeiro sozinho consegue mensurar o risco, mas os técnicos de enfermagem devem colocar em prática o cuidado no atendimento diário.

No julgamento dos enfermeiros, a EB é considerada importante, pois consiste num instrumento útil na prevenção da formação da LP, porém a falta de tempo e a carga elevada de serviços no setor faz com que a mesma, seja aplicada, muitas vezes apenas para cumprir protocolo da instituição, sem uma avaliação fidedigna do paciente, fazendo com que o surgimento de lesões em pacientes de risco seja ainda frequente.

A educação continuada dentro do hospital faz com que o profissional esteja em constante aprendizado, num processo de reciclagem para uma melhor assistência de enfermagem com o paciente. A incidência de LP em instituição hospitalar

deve ser utilizada como indicador de qualidade da assistência de enfermagem, sendo assim, diminuir seu número é papel primordial da equipe de enfermagem que tem maior contato no atendimento diário ao paciente idoso.

REFERÊNCIAS

1. Borges EL, Fernandes FP. Manual de Prevenção de Lesões de Pele: Recomendações baseadas em evidências. 2 ed. Rio de Janeiro: Rubio; 2014.
2. U.S. National Library Of Medicine. National Institutes of Health. AA Braden Scale Source Information; 2011. Acesso em: 04 abr 2016.
3. National Pressure Ulcer Advisory Panel and European Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and treatment of pressure ulcers: clinical practice guideline. Washington: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2016.
4. National Pressure Ulcer Advisory Panel and European Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and treatment of pressure ulcers: clinical practice guideline. Washington: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009.
5. Costa IG, Caliri MHL. Incidência e fatores de risco relacionados à úlcera de pressão em Centro de Terapia Intensiva de um Hospital Universitário. *Rev Paul Enferm*; 2004.
6. Santos I, Silva LD, Sousa CA. Aplicando recomendações da escala de Braden e prevenindo as úlceras por pressão: evidências do cuidar em enfermagem. *Rev Bras Enferm*; 2006.
7. Glaser G, Strauss A. The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. New York: Aldine de Gruyter; 1967.
8. Lincoln CL. A entrevista não estruturada como forma de conversação: razões e sugestões para sua análise. *Rev. Adm. Publica*; 2005. V.39.N.4. p:823-847, jul.ago.
9. Brasil. Resolução nº 466, de 12 dez 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: < <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 12 out 2016.
10. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde .7. ed. São Paulo: ABRASCO; 2002.
11. Rycroft M, McInness JE. Pressure ulcer risk assessment and prevention. Technical Report.RCN: London; 2010.
12. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 529/gm de 1 de Abril de 2013. Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
13. Goulart FM, Ferreira JA, Santos KAA, Morais VM, Freitas GAF. Prevenção de úlcera por pressão em pacientes acamados: uma revisão da literatura. Faculdade Objetivo, Rio Verde; 2008. p. 1-14. Disponível em: <http://www.faculdadeobjetivo.com.br>. Acesso em: 12 out. 2016.
14. Serpa LF, Santos VILCG, Campanili TCGF, Queiroz M. Validade preventiva da Escala de Braden para o risco de desenvolvimento de úlcera por pressão em pacientes críticos. *Rev. Latino-Am de Enfermagem*; 2011. v.19, n.1 Disponível em: Acesso em: 15 Out 2016.
15. Simão CMF. Úlcera por pressão em unidades de terapia intensiva e conformidade das ações de enfermagem. 134 f. [Dissertação Mestrado em Enfermagem], Universidade de São Paulo – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto; 2010. p. 20-4.
16. Rogenski NMB, Kurciant P. Incidência de úlceras por pressão após a implementação de um protocolo de prevenção. *Rev latinoam enferm [serial on the internet]*. 2012 [cited 2013 Aug 6]; 20(2):1-7. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n2/pt_16.
17. Campolina AG, Adami F, Santos JLF, Lebrão ML. A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa: possíveis impactos da prevenção de doenças crônicas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro; 2013. v.29, n.6, p.1217-29
18. Rocha ABL, Barros SMO de. Avaliação de risco de úlcera por pressão: propriedades de medida da versão em português da escala de Waterlow. *Acta Paul Enferm*, v. 20, n. 2; 2007.
19. 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; 2010.
20. Silva PLN, Ruas PR, Soares LM, Rocha GG. EFDeportes.com, Revista Digital. Buenos Aires; 2014. Ano 18: p.188.
21. D'Arco C, Sassarine SW, Costa MLM, Silva LMG. Úlcera de Pressão em UTI. In: Knobel E. *Condutas no Paciente Grave*. 3 ed. São Paulo: Atheneu; 2006. V. 2. p. 2491-501.
22. Stein EA, Santos JLG, Pestana AL, Guerra ST, Prochnow AG, Erdmann AL. Ações dos enfermeiros na gerência do cuidado para prevenção de úlceras por pressão em unidade de terapia intensiva. *R Pesq Cuid Fundam*; 2012;4(3):2605-12.
23. Rangel EML, Caliri MHL. Uso das diretrizes para tratamento da úlcera por pressão por enfermeiros de um hospital geral. *Rev Eletrônica Enferm*; 2009. 11(1):70-7.
24. Coêlho ADA, Lopes MVO, Melo RP, Castro ME. O idoso e a úlcera por pressão em serviço de atendimento domiciliar, *Rev Rene*; 2012. 13(3):639-49.
25. Costa AL. O papel do colchão magnético na formação da úlcera de pressão. IX Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e V Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba; 2006. [Acesso 20 Nov 2016] Disponível em http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2005/epg/EPG4/EPG4-66%20ok.pdf.
26. Minami LF, Santos PT, Ferrari CRS, Ciampone MHT, Messas JT, Mira VL. Avaliação do treinamento “Prevenção e tratamento de Úlcera por Pressão” ministrado à equipe de enfermagem; *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*. 2012 jul/sep;14(3):663-70. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n3/v14n3a24.htm>.
27. Ministério da Saúde (BR), Instituto Nacional de Câncer – INCA. Tratamento e controle de feridas tumorais e úlceras por pressão no câncer avançado. Série – Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro (RJ); 2009. [acesso 12 Nov 2016]. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/Feridas_Tumorais.p
28. Nishio EA, Franco MTG. Modelo de Gestão em enfermagem: qualidade assistencial e segurança do paciente. Rio de Janeiro: Elsevier; 2011.

Recebido em: 04/01/2017

Revisões requeridas: 07/02/2017

Aprovado em: 15/02/2017

Publicado em: 05/07/2018

***Autor Correspondente:**

Raquel Debon
Rua Osvaldo Cruz, 496
Centro, Rio Grande do Sul/RS, Brazil
CEP : 99840 000
E-mail: raquedebon@hotmail.com
Telefone: +55 54 99929 4569