

ESCALAS DE PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO UTILIZADAS PELA ENFERMAGEM EM PACIENTES HOSPITALIZADOS: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

PRESSURE INJURY PREVENTION SCALES USED BY NURSING IN HOSPITALIZED PATIENTS: BIBLIOGRAPHIC REVIEW

Caroline Vitória de Paula Martins ¹

Rogério Carvalho de Figueredo ²

Resumo: A internação prolongada dos pacientes pode acarretar lesões por pressão (LPP), fato que surge a partir de negligência da enfermagem. O reconhecimento das pessoas vulneráveis à LPP não está relacionado apenas com o olhar clínico do profissional de saúde, é importante ressaltar que existem escalas que podem promover a prevenção, sendo medidas que auxiliam o profissional na identificação dos riscos. Posto isso, o objetivo do trabalho será realizar uma revisão integrativa da literatura, referente à utilização de escalas de prevenção de lesão por pressão em pacientes hospitalizados. O estudo trata-se de revisão da literatura nacional e internacional, que utilizou como base a pesquisa bibliográfica do tipo descritiva e exploratória. O rastreamento bibliográfico foi realizado entre os anos de 2014 a 2018 indexado nas bases de dados: BIREME, LILACS, Scientific Eletronic Library Online (SciELO) e Google Acadêmico. Os resultados mostraram que as escalas de prevenção a LPP mais conhecidas e utilizadas, são as de Norton, Waterlow e Braden, tornando a enfermagem juntamente com a equipe multidisciplinar necessária quando o assunto é prevenção de LPP. Conclui-se que no Brasil, a escala preditiva de Braden tem maior aceitação nas instituições. Porém observou que na maioria dos estudos pesquisados, que a escala de Waterlow, mostrar-se uma maior preditividade e sensibilidade comparada às outras.

Palavras-chaves: Lesão por Pressão. Escala de Braden. Escalas Preditivas para Lesão por Pressão.

Abstract: Prolonged patient hospitalization may lead to pressure injuries (LPP), a fact that arises from neglect of nursing, the recognition of people vulnerable to lpb is not only related to the clinical look of the health professional, it is important to emphasize that there are scales that can promote prevention, being measures that help the professional in identifying the risks to these patients. That being the case, the objective of the work will be to carry out an integrative review of the literature, referring to the use of pressure injury prevention scales in hospitalized patients. The study is a review of national and international literature, which used as a basis the descriptive and exploratory literature search. The bibliographic trace was carried out between the years 2014 to 2018 indexed in the databases: BIREME, LILACS, Scientific Eletronic Library Online (SciELO) and Google scholar. The results showed that the prevention scales lpb best known and used, are those of Norton, Waterlow and Braden, making the nursing together with the multidisciplinary team needed when the subject is prevention of lpb. It is concluded that in Brazil, Braden's scale has greater acceptance in the institutions. However, he noted that in most research studies, that the scale of Waterlow, presents greater preditvidade and sensitivity compared to others.

Keywords: Pressure Injury. Braden's Scale. Predictive Scales for Pressure Injury.

¹ Acadêmica de Enfermagem pelo Instituto Educacional Santa Catarina – Faculdade Guarai. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5988402243789300>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7752-0501>. E-mail: carol.vitoria1@hotmail.com

² Enfermeiro. Doutorando em Enfermagem e Mestre em Ciências da Saúde. Universidade Federal de Goiás (UFG). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2845056129867931>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3349-4812>. E-mail: rigoh1@live.com

Introdução

A lesão por pressão (LPP) caracteriza-se por uma lesão de pele no tecido subjacente em região de proeminência óssea, com combinação de pressão e cisalhamento por tempo prolongado, podendo assim provocar uma isquemia tecidual (NPUA, 2016).

O órgão americano National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) mudou a terminologia úlcera de pressão em abril de 2016. O termo passou a ser “lesão por pressão” devendo ser utilizado em todos serviços de saúde e pelos profissionais. Sendo assim perceberam que, lesão por pressão caracteriza melhor as lesões em peles intactas e ulceradas (MORAES, 2016).

Alguns sinais podem aparecer precocemente nas LPP que são: hipersensibilidade e eritema na região, também pode aparecer outros sinais indicativos que inclui: edema, redução da temperatura local e sensação de queimação no local (TOMAZINI BORGHARDT, 2015).

Sabe-se que a LPP se caracteriza a partir de uma compressão em tecido, revestindo alguma proeminência óssea do corpo, por um tempo consideravelmente prologando, seguindo de um processo isquêmico e assim surgindo a lesão na pele, que são classificadas e observadas em estádios de desenvolvimento (SILVA, 2014; GONÇALVES et al 2014).

Da Silva (2016) afirma que as prevenções das lesões são essenciais, tendo exemplo a principal medida básica: a mudança contínua de decúbito do paciente com alívio da pressão sobre uma proeminência óssea, que permite a adequada recuperação do tecido sem desenvolver isquemia, evitando a formação da lesão.

Nos serviços de saúde a LPP tem sido preocupante, sendo um problema no processo saúde. As ocorrências dessas lesões causam vários transtornos sendo: físico, dor, desconforto, emocionais e riscos de complicações e influenciando na morbidade e mortalidade, podemos ver também os transtornos que a LPP traz para os familiares. (MORAES, 2016).

A ocorrência das LPP dependerá das características e ambiente clínico onde o paciente está inserido, sendo pacientes internados e debilitados ou aqueles que exigem cuidados por tempo prolongado, diante disso podendo surgir com maior frequência as LPP. Na literatura não se tem dados com relação aos gastos gerados pelas LPP no sistema de saúde encontrado no Brasil. Entretanto, estudos mostram que as LPP podem gerar custos altos para o sistema de saúde em questão ao tratamento (MORAES, 2016).

De acordo com Carvalho et al (2016) o reconhecimento das pessoas vulneráveis à LPP não está relacionado apenas com o olhar clínico do profissional de saúde, é importante ressaltar os instrumentos de medidas que auxiliam o profissional na identificação dos riscos, posto isso vários pesquisadores produziram escalas preditivas, que mostram o risco para formar uma LPP, entre essas escalas as mais utilizadas são as de Norton, de Waterlow e a de Braden.

A internação prolongada dos pacientes pode acarretar lesões por pressão, fato que surge a partir de negligência da enfermagem. Portanto, existem escalas para promover prevenção a este paciente internado. Quais escalas são as mais utilizadas em âmbito hospitalar? E qual o papel da enfermagem para redução deste risco?

Posto isso, o objetivo do trabalho foi realizar uma revisão da literatura com base em estudos publicados no período de 2014 a 2018, referente à utilização de escalas de prevenção de lesão por pressão em pacientes hospitalizados. E os objetivos específicos foram: identificar quais escalas de prevenção de LPP são mais utilizadas; quais os cuidados de enfermagem e a aplicabilidade das escalas de prevenção de LPP.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa de revisão bibliográfica de abordagem descritiva e exploratória, elaborada por meio de livros, artigos científicos, monografias, dissertações e teses publicados e indexados no período de 2014 a 2018. Constituiu em um levantamento bibliográfico nas bases de dados: BIREME, LILACS, Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Google Acadêmico, utilizando os seguintes descritores: lesão por pressão, escala de Braden, escalas preditivas para lesão por pressão.

Teve como critérios de inclusão materiais somente na íntegra, em português que trazem abordagem total ou parcial do objeto de estudo. E critérios de exclusão foram artigos incompletos, resumos e conteúdo que não abordam sobre o tema proposto.

Quanto à coleta de dados, realizou-se a leitura interpretativa dos materiais sendo possível listá-los, organizá-los e retirar dos textos temas de interesse nesta pesquisa e interpretá-los a partir do objetivo proposto.

Para análise dos estudos, foi realizada a leitura superficial dos estudos, ou seja, uma leitura inicial dos resumos, e a partir daí foi possível selecionar os mais compatíveis para a elaboração desse trabalho. Os itens para seleção foram separados conforme: ano de publicação, objetivo da pesquisa, identificação dos autores, metodologia, desenvolvimento e conclusões, focou-se nas regiões dos estudos, nas escalas mais citadas e o papel do enfermeiro frente às escalas preditivas.

Para a exploração dos estudos levantados, foi realizado novas leituras detalhadas dos textos completos, e realizado interpretações por meio de contribuições teóricas, que deram ratificação ao estudo de revisão.

Discussão Teórica

A pele

A pele é essencial à vida, desempenha várias funções como, barreira de proteção ao meio externo, temperatura corporal devidamente regulada, funções sensorial, metabólica e excretora (BUSANELLO, 2014). O maior órgão do nosso corpo, a pele representa 15% do peso corporal. É composta por três camadas: epiderme, derme e hipoderme (BUSANELLO, 2015).

A epiderme é um epitélio queratinizado inato, tem uma camada superficial, estabelecido células basais e melanócitos, tornando-se as basais com adesão e suporte do epitélio e o melanócitos são responsáveis pela produção de melanina. E constituída por quatro camadas celulares: basal, espinhosa, granulosa e córnea. Além disso a epiderme exerce função imunológica (MOORE et al 2014; DUIM et al 2015).

O mesmos autores ressaltam que a derme é uma camada densa de fibras colágenas e elásticas entrelaçadas, sendo considerada a camada intermediária é constituída por uma substância rica em mucopolissacarídeos, que torna a pele resistente, para isso são responsáveis três matérias fibrilar: fibras colágenas que ajuda a promover sustentabilidade estrutural na composição da derme, fibras elásticas que proporciona elasticidade e ligação da epiderme e derme e as fibras reticulares que são responsável pelo arcabouço dos órgãos hematopoiéticos. Podemos ver que a derme se torna responsável a dar suporte, resistência, sangue e oxigênio à pele (MOORE et al 2014; DUIM et al 2015).

Temos também a hipoderme considerada o tecido mais profundo, e formada por tecido adiposo, contribuindo no isolamento térmico, proteção mecânica e também como reservatório de nutrientes. O envelhecimento da pele, a imobilidade, as mudanças fisiológicas, o aspecto nutricional, o uso de medicações e as doenças crônicas podem ser fatores de risco ao indivíduo deixando-o mais propício para surgimento de lesões e feridas, provocando mudanças na estrutura epitelial e, conseqüentemente aumenta as chances para a formação da lesão por pressão (MOORE et al 2014; DUIM et al 2015).

Lesão por pressão

Caracteriza se lesão como uma ferida, podendo apresentar em tecido mucoso ou cutâneo levando a morte tecidual ou a desintegração gradual (DUIM; DUARTE; OLIVEIRA; LEBRÃO, 2015).

Quando a pele sofre alterações na sua integridade resultam em lesões denominadas lesão

por pressão (LPP), têm sido comentadas como uma das preocupações da enfermagem, problema que tem acometido principalmente pacientes hospitalizados sem mobilização (TOMAZINI BORGHARDT, 2015).

O mesmo autor ainda diz que, essas lesões são consequências da alta pressão em uma região do corpo, por um tempo muito grande, em seguida a perda da circulação nessa região e pôr fim a destruição tecidual, as lesões podem ocorrer em pessoas enfermas e acamadas por um longo período, pois a pessoa fica incapaz de virar-se sozinha, há ocorrências também em pessoas que permanecem muito tempo sentadas em cadeiras de rodas (TOMAZINI BORGHARDT, 2015).

Para o desenvolvimento das LPP estão ligados dois grupos de fatores: os intrínsecos, referentes com estado nutricional, a idade, perfusão tecidual e doenças associadas; temos também os fatores extrínsecos, que está associado à exposição física da pessoa, seja fricção, cisalhamento, umidade e pressão, são fatores principais para o desenvolvimento da lesão. São lesões que se desenvolve sobre alguma proeminência óssea, que devem ser tratadas para que estas não aumentem, tornando a qualidade de vida do paciente em piores situações, podendo sentir dor e as complicações como o surgimento de infecções secundárias (DE SOUSA, 2016).

National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) trata-se de uma organização profissional independente sem fins lucrativos dedicados à prevenção e gestão de LPP. O NPUAP foi criado em 1986, constituído por especialistas de cuidados à saúde de diferentes disciplinas. O NPUAP serve como uma referência para profissionais da saúde, governo, o público e agências de cuidados de saúde. É, portanto, uma entidade reconhecida internacionalmente (MORAES, 2016, p. 94).

De acordo com National Pressure Ulcer Advisory Panel Press Release April (2016), as lesões por pressão classificam-se conforme apresentado na tabela 1:

Tabela 1. Classificação das lesões por pressão de acordo com NPUAP (2016)

Lesão por pressão estágio 1:	A pele estará íntegra com a pele escurecida e eritematosa não esbranquiçada.
Lesão por pressão estágio 2:	Nesse estágio há perda parcial da espessura dérmica. Com sua coloração rosa ou vermelha pálida, sem esfacelo, podendo surgir bolhas com presença de exsudato seroso. As regiões com maior risco são na pélvis e no calcâneo.
Lesão por pressão estágio 3:	Resultado da perda total da espessura da pele, podendo estar visível gordura, tecidos de granulação e esfacelo. A profundidade dependerá do local onde a lesão estará inserida. Nesse estágio não haverá exposição de ligamento, tendões, músculo, fáschia, cartilagem e osso.
Lesão por pressão estágio 4:	Caracteriza se quando há perda total do tecido seguindo com exposição de tendão, músculos e até mesmo o osso, poderá apresentar esfacelo e escara. A profundidade dependerá da localização anatômica.
Lesão por pressão não classificável:	Quando há perda da pele em sua espessura completa, encoberta pelo esfacelo ou escara, essas características são chamadas de lesões não classificáveis. A classificação do estágio da lesão se dará depois da remoção do esfacelo e escara aparente na base da lesão, a partir daí a Lesão por Pressão será classificada em Estágio 3 ou 4.

Fonte: (NPUAP, 2016).

O perfil de pacientes que desenvolvem lesões por pressão são aqueles em estado crítico. Consideram estado crítico aqueles pacientes que necessitam de recursos humanos e tecnologia especializadas, espaço físico adequado, condições clínicas graves, que apresenta necessidade rigorosas de controle, quanto às terapias de maior complexidade, de natureza invasiva, pacientes com doenças crônicas, que estão submetidos a cirurgias cardíacas ou grandes procedimentos com exposição a risco das condições vitais; afecções neurológicas ou de traumas que comprometem a percepção sensorial (TOMAZINI BORGHARDT, 2015).

Pacientes que estão submetidos a cuidados intensivos tem um maior risco para desenvolver lesões por pressão, por suas limitações de movimentação, com capacidade diminuída de mudar de posição no leito, além da perda de percepção dos sentidos, com o uso de anestésicos e sedativos que diminui o nível de consciência e a sensação cutânea apresentando muitas vezes um mal estado nutricional que são fatores para gerar a lesão (ROCHA, 2017).

Escalas preditivas para prevenção de lesão por pressão

A escala de Norton verifica cinco parâmetros para grau de risco sendo elas: incontinência; condição física; atividade; nível de consciência; mobilidade. Com valores de 1 a 4, variando de 5 a 20 pontos a soma dos cinco níveis, interpretados da seguinte forma: < 12 alto risco. Sendo assim, quanto menor for os resultados, maior será o risco para o desenvolvimento de lesão por pressão (ALBUQUERQUE, 2014; QUEIROZ, 2014; LEITE et al 2016).

Morita (2017) fala em seus estudos que a Escala de Norton foi a primeira a ser desenvolvida em 1975, com bases em estudos com pacientes geriátricos, porém a pontuação Norton foi relatada como não adequada para ser utilizada em pacientes mais jovens, desde então, foram criados outros indicadores que levam em consideração uma quantidade maior de variáveis. Sendo assim, seu uso ficou limitado e popularizou as outras escalas.

Podemos observar que a escala de norton não considera fricção, cisalhamento, idade e condições da pele, sendo textura e umidade, que são citados como fatores de risco no desenvolvimento de lesão por pressão na literatura, portanto essa escala pode se tornar menos eficaz na prevenção de LPP.

Queiroz (2014), relata em seus estudos que a escala mais vista e utilizada no Reino Unido e a Waterlow. Leite et al (2016) dizem que na escala de Waterlow, apresenta um número maior de fatores de risco comparado com a Norton, sendo considerado: peso para altura, continência, tipo de pele, sexo, idade, mobilidade, apetite, má nutrição dos tecidos, débito neurológico, cirurgia de grande porte, trauma e medicação. É considerado os últimos quatro fatores de risco especial. A escala de Waterlow é pontuada da seguinte forma: escore de 10 a 14= risco; escore de 15 a 19= alto risco e escore >20= altíssimo risco.

A Escala de Braden se divide em seis sub escalas, sendo percepção sensorial, atividade, mobilidade, umidade, nutrição, que pontuam de 1 a 4, fricção e cisalhamento, a medida varia de 1 a 3. Na somatória total os valores podem variar de 6 a 23. Sendo que a pontuação baixa pode ter grandes chances de o paciente desenvolver uma LPP. Segundo a pontuação diz que: Abaixo de 11= Risco Elevado, 12 a 14= Risco Moderado, 15 a 16 = Risco Mínimo (DE SOUSA, 2016).

No estudo de Silva et al (2014) foi realizado uma comparação para mensurar especificidade e sensibilidade das escalas, sendo que os resultados foram: Escala de Waterlow apresentou 89,5% de especificidade e 22,4% de sensibilidade, enquanto a Escala Braden, 43,5% e 67,8%, na escala de Norton obteve 46,2 e 60,4%. Tomazini Borghardt (2015) evidência na sua pesquisa que, a escala de Waterlow, segundo a maioria dos autores, em comparação com outras escalas, apresenta uma maior preditividade e sensibilidade. Relata também que no Brasil, a escala de Braden é a mais utilizada tendo em vista que as instituições que fazem o uso destas aplicações, tem maior aceitação comparado com as outras. Pois na prática clínica sua aplicabilidade se torna mais simplificada.

Saranholi (2018) realizou uma revisão de literatura nacional, tendo em vista as escalas para predição do risco de LPP, mostrou que no sentido de preditividade e sensibilidade segundo a maioria dos autores a escala de Braden foi a mais eficaz, quando comparada com a de Norton e a de Waterlow. Evidenciando que ela permite conhecer o risco dos pacientes visando programar ações de enfermagem preventivas.

Alarcón Jauregui, 2017 relata em sua pesquisa que a escala de Braden mostra uma maior preditividade para identificar o risco a LPP, mostrando uma maior sensibilidade, especificidade maior que 70% a 80%. No ponto de vista de Rocha, (2017) a escala de Braden é um instrumento de grande importância para antecipar diagnósticos e melhorar recursos. Porém conclui na sua revisão de literatura que comparando as escalas de Braden, Norton e Waterlow, a escala de Waterlow tem uma maior sensibilidade para a definição dos diagnósticos e cuidados.

Tendo em vista os artigos pesquisados, as escalas mais citadas é a de Braden e a de Waterlow, onde podemos perceber que os autores têm opiniões que divergem, quanto a efetividade das escalas, se tratando da preditividade e sensibilidade, onde, para alguns a de Braden se torna mais efetiva, sendo a mais usada atualmente no Brasil, e para outros autores a de Waterlow tem mais pontos positivos.

As escalas de prevenção a LPP mais conhecidas e utilizadas, segundo Soares (2014) são as: de Norton, Waterlow e Braden diferindo apenas quanto à abrangência, complexidade e facilidade de uso.

O cuidado de enfermagem frente a lesão por pressão

A enfermagem juntamente com a equipe multidisciplinar se faz necessário quando o assunto é prevenção de LPP e para a adesão de protocolos para avaliação de riscos e tratamento, para que possam estabelecer um tratamento de qualidade, redução e controle de danos, e assim adotarem medidas de prevenção (LAMÃO; QUINTÃO; NUNES, 2017)

A prevenção ainda é desafiadora para a equipe multidisciplinar, na área da saúde. Temos em vista que as formas mais eficazes para prevenção estão associadas a mudança de decúbito a cada 2 horas, identificação dos riscos, colchoes especiais, preservar a integridade da pele e uma dieta nutritiva (GONÇALVES; RABEH; NOGUEIRA, 2014).

Ascarí et al (2014) pacientes mais susceptíveis a LPP são aqueles por algum fator tem dificuldade de mobilidade. Contudo, a mobilização do paciente, é fundamental para prevenir pois favorece o fluxo sanguíneo. Nessa perspectiva, é de muita importância fornecer cuidados cautelosos.

Nettina (2015) ressalta alguns cuidados de enfermagem ao paciente na prevenção da LPP: examinar a pele durante o dia várias vezes; estar sempre com a pele lubrificada com loções neutras para manter a pele macia e hidratada; proporcionar uma dieta nutritiva em proteínas, vitaminas e ferro; reposicionar a cada 2 (duas) horas; utilizar colchoes com espuma convoluta e almofadas para cotovelo; estimular a atividades e deambulação na medida do possível; usar sabonete neutro na pele e enxaguar e secar bem sem agredir a pele de preferência com uma toalha macia; livrar-se de colchão que não é ventilado, recoberto de plástico e material impermeável; a cabeceira do leito elevada acima de 30º deve ser evitado; deve se acolchoar áreas específicas com dispositivos como: anéis flutuantes, almofadas de lã ou velo de carneiro; para pacientes em alto risco para prevenção ou tratamento de lesão de pressão, deve ser usar colchão de pressão alternante ou um leito aero fluidizado; o paciente deve ser deslocado frequentemente o peso e o levantamento ocasional das nádegas da cadeira enquanto sentados.

Tomazini Borghardt (2015) as prevenções das lesões têm objetivo de reduzir riscos que possam desencadear doenças ao indivíduo, isso é um meio de reduzir as morbidades e a mortalidade. Campanili (2015) diz que, o profissional de enfermagem quando utiliza alguma escala preditiva de riscos consegue dados relevantes para gerenciar um plano de cuidados para prevenção das LPP, tendo como base o resultado do escore que possivelmente determinara uma melhor intervenção afim de prevenir ou tratar.

É de grande importância que o enfermeiro realize um diagnóstico detalhado da situação, para a escolha das intervenções, que sejam precisas e adequadas a cada paciente e, em seguida, avaliar a sua efetividade. As escalas dão suporte aos profissionais no quesito de avaliar as LPP com resultados precisos e eficazes (CAMPANILI, 2015).

Peters (2014) diz que na admissão do paciente é o momento ideal para utilizar as escalas de prevenção da LPP, para identificar pacientes com risco, é nesse momento que o profissional irá nortear e tomar medidas de prevenção no cuidado ao paciente. O enfermeiro deve considerar

que as condições podem sofrer grandes alterações principalmente em pacientes internados em unidades intensivas e, portanto, as avaliações de risco devem prosseguir rotineiramente e de forma sistematizada.

Em um estudo realizado no hospital municipal de Ariquemes – RO, Brasil, com objetivo de verificar o conhecimento dos enfermeiros diante as escalas de Braden e de Waterlow, o autor pode perceber que, as escalas não são usadas de forma satisfatória, sem benefícios algum quando usufruídas pelos profissionais da saúde, sendo que eles não conhecem o suficiente as escalas preditivas. (BACARIN, 2017).

Morita (2017) realizou uma pesquisa com o intuito de identificar se a enfermagem utiliza algum tipo de instrumento de avaliação para o risco de LPP. De seis enfermeiros, foi identificado apenas dois que utilizaram os instrumentos de avaliação de risco para úlcera por pressão, onde observou que, os enfermeiros que aplicavam as escalas atuavam diretamente na UTI. Dentre as escalas citadas pelos enfermeiros participantes da pesquisa, 83% se referiam à Escala de Braden, e a outra escala citada foi a de Norton com apenas 17%.

Chikoski et al (2017) relatam a necessidade de capacitar os profissionais de enfermagem para que eles possam utilizar as escalas preditivas, sendo que assim poderá realizar uma boa sistematização do atendimento, diagnóstico completo, intervenção através das recomendações, avaliação dos resultados e cuidados implementados ao paciente. A capacitação e o dimensionamento da equipe de enfermagem se tornam importantes, pois o excesso de carga de trabalho esta relacionada ao surgimento dessas lesões, já que estas, interferem diretamente na qualidade da assistência, qualidade de vida dos profissionais e custos hospitalares elevados.

No artigo de Barbosa et al (2014) compreenderam que, na utilização da escala de Braden, há uma grande limitação por parte dos enfermeiros, percebendo que cada profissional interpreta os itens e pontuam os escores de acordo com seus conhecimentos e a rotina da sua unidade de trabalho. Quando se observou as medidas preventivas, identificou-se que os cuidados não foram realizados de acordo com a classificação da escala de Braden, ou seja, a prescrição de enfermagem continha ações semelhantes, independente do risco apresentado pelo paciente (baixo, moderado e alto).

Considerações Finais

Diante a discussão observamos que a problematização da temática é ainda muito comum no Brasil, à LPP necessita ser mais explorada principalmente no cuidado da enfermagem, visto que a prevenção é muito mais vantajosa, tanto nos investimentos em saúde quanto para o paciente.

Foi identificado que a região com mais artigos citando as escalas preditivas foram encontradas na região sudeste, sul e nordeste, esse assunto se torna falho quando se trata de outras regiões. As escalas mais citadas são as de Braden e a de Waterlow, onde podemos perceber que os autores têm opiniões que divergem, quanto a efetividade das escalas, se tratando da preditividade e sensibilidade.

No Brasil, identificou-se que a escala de Braden é a mais utilizada e tem maior aceitação nas instituições. Porém conclui-se que a escala de Waterlow, apresenta maior preditividade e sensibilidade, segundo a maioria dos autores em relação às outras escalas.

Quando se fala da utilização das escalas, há uma grande limitação por parte dos enfermeiros, percebendo que cada profissional interpreta os itens e pontuam os escores de acordo com seus conhecimentos, para isso se torna importante capacitar profissionais da enfermagem, atualizar novas formas de prevenção e tratamento, para o desenvolvimento de escalas preditivas mais eficazes, e de fácil aplicabilidade, podendo assim tornar o trabalho da enfermagem em nosso país com mais eficiência na prática diária e em todo campo de atuação.

Referências

ALARCÓN JAUREGUI, M. L. **Validez Predictiva de La Escala de Braden Comparado Con Otras Escalas Para Detectar Las Ulceras Por Presion**. Trabalho Acadêmico Universidad Norbert Wiener Lima - Peru 2017.

ALBUQUERQUE, A. Avaliação e prevenção da úlcera por pressão pelos enfermeiros de terapia intensiva: conhecimento e prática. **Revista de enfermagem UFPE on line**-ISSN: 1981-8963, v. 8, n. 2, p. 229-239, 2014. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v8i2a9666p229-239-2014>

ASCARI, R. A.; VELOSO, J.; SILVA, O. M.; KESSER, M.; JACOBY, A. M.; SCHWAAB, G. Úlcera por pressão em desafio para enfermagem. **Brazilian Journal of Surgery and Clinica Research.** , v. 6, n. 1, p. 11 – 16, 2014.

BACARIN, V. P. Escala de Braden Versus Waterlow Desafios e Aplicabilidade. **Olhar Científico**, v. 3, n. 1, p. 301-323, 2017.

BARBOSA, T. P.; BECCARIA, L. M.; POLETTI, N. A. A. Avaliação do risco de úlcera por pressão em UTI e assistência preventiva de enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**; v. 22, n. 3, p. 353-358, 2014.

BUSANELLO, J. Cuidados de enfermagem ao paciente adulto: prevenção de lesões cutaneomucosas e segurança do paciente. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 5, n. 4, p. 597-606, 2015. DOI: <https://doi.org/10.5902/2179769216310>

BUSANELLO, J. Fisiologia e prática de enfermagem no cuidado de portadores de feridas. **Revista Ciência em Extensão**, v. 10, n. 3, p. 254-261, 2014.

CAMPANILI, T. C. G. F. Incidência de úlceras por pressão em pacientes de Unidade de Terapia Intensiva Cardiopneumológica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. spe, p. 7-14, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0080-623420150000700002>

CHIKOSKI, G.; DALLACOSTA, F. M. Uso da escala de braden e caracterização das lesões por pressão em unidade de terapia intensiva. **Anais da Semana Acadêmica e Mostra Científica de Enfermagem**, p. 29, 2017.

DA SILVA, K. C. C. Incidência de Úlceras de Pressão no Hospital Regional de Gurupi-TO. **REVISTA CEREUS**, v. 8, n. 1, p. 182-199, 2016. DOI: <https://doi.org/10.18605/2175-7275/cereus.v8n1p182-199>

DE CARVALHO, M.; DE ALMEIDA, J. V. Prevenção de úlcera de decúbito de pacientes em unidade de terapia intensiva: aplicabilidade da escala de Braden. **Saberes Unicampo**, v. 1, n. 1, p. 214-217, 2016.

DE SOUSA, R. G. Fatores associados à úlcera por pressão (UPP) em pacientes críticos: Revisão Integrativa da Literatura. **Universitas: Ciências da Saúde**, v. 14, n. 1, p. 77-84, 2016. DOI: <https://doi.org/10.5102/ucs.v14i1.3602>

DUIM, E.; SÁ, F. C.; DUARTE, Y. A. O.; OLIVEIRA, R. C. B.; LEBRÃO, M. L. Prevalencia e caracteritisca das feridas em pessoas idosas residentes na comunidade. **Rev Esc Enferm USP**, v. 49, n.5, p. 51-57, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0080-623420150000700008>

GONÇALVES, V. M. B. B.; RABEH, S. A. N.; NOGUEIRA, P. C. Revisão-Terapia Tópica para Ferida Crônica: Recomendações para a Prática Baseada em Evidências. **Revista Estima**, v. 12, n. 1, 2014.

LAMÃO, L. C. L.; QUINTÃO, V. A.; NUNES, C. R. Cuidados de Enfermagem na Prevenção de Lesão por Pressão. *Múltiplos Acessos-Revista Científica Interdisciplinar*, v. 1, n. 1, 2017.

LEITE, V. B. E.; FARO, A. C. M. **Identificação de fatores associados às úlceras por pressão em indivíduos paraplégicos relacionados às atividades de lazer.** *Acta Fisiátrica*, v. 13, n. 1, p. 21-25, 2016.

MOORE, K.L.; DALLEY, A.F.; AGUR, A.M.R. **Anatomia orientada para a clínica.** 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

MORAES, J. T. Conceito e classificação de lesão por pressão: atualização do National Pressure Ulcer Advisory Panel. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, v. 6, n. 2, 2016. DOI: <https://doi.org/10.19175/recom.v6i2.1423>

MORITA, A. B. P. S. Conhecimento dos enfermeiros acerca dos instrumentos de avaliação de risco para úlcera por pressão. *Revista Eletrônica de Enfermagem do Vale do Paraíba*, v. 1, n. 02, 2017.

NETTNA, S. M. **Brunner prática de enfermagem.** Editora Performa, n. 1, ed. 9. 2015.

NPUA - **National Pressure Ulcer Advisory Panel Press Release April 2016.** Disponível em: <http://www.npuap.org>. Acesso em 05/01/2018.

PETERS, M. **Prevenção de úlceras por pressão em pacientes críticos internados em unidade de terapia intensiva: um desafio para a enfermagem.** Monografia (Pós-graduação Lato Sensu), Universidade do Extremo Sul Catarinense - SC, 2014.

QUEIROZ, A.C. C. M. Úlceras por pressão em pacientes em cuidados paliativos domiciliares: prevalência e características. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 48, n. 2, p. 264-271, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-6234201400002000010>

ROCHA, S. C. G. Comparação das escalas de avaliação de risco de lesão por pressão. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research*, v. 18, n. 4, p. 143-151, 2017.

SARANHOLI, T. L. **Avaliação da acurácia das escalas CALCULATE e Braden na predição do risco de lesão por pressão em unidade de terapia intensiva.** Dissertação (mestrado em enfermagem) Universidade Estadual Paulista. Botucatu – SP, 2018.

SILVA, J. L. M.; LUZ, M. H. B. A. **Avaliação de risco de úlcera por pressão utilizando a escala de waterlow em pacientes críticos internados em unidade de terapia intensiva.** Trabalho de conclusão de curso (enfermagem) Universidade Federal do Piauí – UFPI. 2014.

SILVA, M. S. M. L. **Construção de um instrumento para predição de risco de úlcera por pressão de uso domiciliar para idosos acamados atendidos na Estratégia Saúde da Família.** Teses e Dissertações dos Programas de Pós-Graduação da PUCRS – Porto Alegre. 2014.

SOARES, A. O. **A questão da úlcera de pressão nas UTIs: o papel do enfermeiro em sua prevenção.** Trabalho de conclusão de curso (enfermagem). UniCEUB – Brasília, 2014.

TOMAZINI BORGHARDT, A. Avaliação das escalas de risco para úlcera por pressão em pacientes críticos: uma coorte prospectiva. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 23, n. 1, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0144.2521>

TRUPPEL, T. C. **Prática assistencial de enfermagem em unidade de terapia intensiva sustentada no referencial teórico de Horta.** *Northeast Network Nursing Journal*, v. 9, n. 3, 2016.