

Trabalho 37 - 1/4

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E CARACTERÍSTICAS DE  
PACIENTES EM RISCO PARA ÚLCERA POR PRESSÃO  
DETERMINADO PELA ESCALA DE BRADEN**

Amália de Fátima Lucena<sup>1</sup>; Cássia Teixeira dos Santos; Ana Gabriela da  
Silva; Miriam de Abreu Almeida; Vera Lucia Mendes Dias.

**Introdução:** O processo de enfermagem (PE) é um método para sistematizar a assistência e a partir dele se identificou a necessidade da construção das classificações dos fenômenos de enfermagem (diagnóstico, intervenção, resultado). No Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) este método é utilizado há cerca de 30 anos e para a realização da etapa de diagnóstico de enfermagem utiliza a classificação diagnóstica da NANDA-I <sup>(1)</sup>. Para a etapa de prescrição de enfermagem, os cuidados estão baseados na literatura da área, na prática clínica da enfermagem, na classificação de intervenções de enfermagem – NIC – e, ultimamente, em protocolos assistenciais institucionais, os quais têm se mostrado efetivos na qualificação da assistência. Dentre estes, está o protocolo de prevenção e tratamento de úlceras por pressão (UP), que se baseia na avaliação de risco determinado pela escala de Braden. Esta escala é composta de seis sub-escalas: percepção sensorial (capacidade de responder ao desconforto/pressão) umidade (nível de exposição da pele à umidade), atividade (grau de atividade física), mobilidade (capacidade de movimentar-se), nutrição (padrão usual de consumo alimentar) e fricção e cisalhamento (grau de atrito capaz de cisalhar). Os escores obtidos pela sua aplicação variam de seis, alto risco para UP, até 23, baixo risco para UP <sup>(2,3)</sup>. A busca constante pela qualificação do cuidado de enfermagem no hospital motivou a realização deste estudo que teve como finalidade conhecer melhor as situações de pacientes em risco para UP, utilizando-se das informações obtidas por meio dos diagnósticos e da prescrição de enfermagem. Para tanto, este estudo teve por objetivos: caracterizar os pacientes em risco para UP; identificar os diagnósticos de enfermagem mais

---

<sup>1</sup> Enfermeira, Doutora em Ciências pela UNIFESP, Professor Adjunto da Escola de Enfermagem da UFRGS.  
Rua Eça de Queiroz, 819/801. CEP: 90 670-020. Porto Alegre/RS  
e-mail: fatimalucena@terra.com.br

### Trabalho 37 - 2/4

freqüentemente estabelecidos para eles, bem como os seus fatores relacionados/risco; identificar para quais diagnósticos de enfermagem houve a prescrição do protocolo assistencial de prevenção e tratamento de UP. **Material e Métodos:** Trata-se de um recorte de um estudo maior do tipo quantitativo, descritivo, transversal. A amostra incluiu 219 hospitalizações de pacientes adultos, em unidades clínicas e cirúrgicas, e em risco para UP determinado pela aplicação da Escala de Braden e que obtiveram escore  $\leq$  13. A coleta de dados foi retrospectiva, referente às internações ocorridas no primeiro semestre/2008 e realizada a partir dos registros na Escala de Braden e em prontuário eletrônico, que contém o processo de enfermagem informatizado. A análise foi estatística descritiva, utilizando-se o programa SPSS, versão 16.0. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição sob o protocolo nº 08-319. **Resultados:** Os pacientes em risco para UP foram na maioria mulheres (62.5%), idosos (média de 67 anos  $\pm$  20,2), com tempo de internação mediano de nove dias ( $\pm$  27), portadores de doenças cerebrovasculares, pulmonares, cardiovasculares, metabólicas e neoplásicas. Os 11 DE mais frequentes foram: Risco de infecção (55%); Síndrome do déficit do autocuidado (46,5%), Déficit no Autocuidado: banho/higiene(43%); Mobilidade física prejudicada(32%); Padrão respiratório ineficaz (26%), Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais (24%), Integridade tissular prejudicada(20,5%); Dor aguda (20%), Alteração na eliminação urinária (14%), Integridade da pele prejudicada(13%); Risco para prejuízo da integridade da pele (13%). Para cada um dos 11 DE mais freqüentes foram identificados o seu principal fator relacionado ou de risco, sendo que o fator Prejuízo neuromuscular/musculoesquelético foi o mais frequentemente identificado (37,5%). Algumas vezes, um mesmo paciente apresentou mais de um DE e também mais de um fator relacionado ou de risco. Cinco dos 11 DE apresentaram a prescrição do cuidado de enfermagem “Implementar protocolo de prevenção e tratamento para úlcera por pressão”. São eles: Mobilidade física prejudicada, que obteve 34 diferentes cuidados de enfermagem prescritos. Síndrome do déficit do autocuidado, que obteve 30 diferentes cuidados de enfermagem prescritos. “Integridade tissular prejudicada”, que obteve 30 diferentes cuidados de enfermagem prescritos. Risco para prejuízo da integridade da pele, que obteve 20 diferentes cuidados de enfermagem prescritos. “Integridade da pele prejudicada”, que obteve 17 diferentes cuidados de enfermagem prescritos. Os principais motivos de

### Trabalho 37 - 3/4

internação desses pacientes em risco para UP foram as doenças cerebrovasculares (22%), as pulmonares (15,5%), as cardiovasculares (14%) e as neoplasias (14%). Associando-se os DE relacionados ao risco de alteração ou presença de dano da pele aos principais motivos de internação encontrou-se: Risco para prejuízo da integridade da pele em 23% das internações de pacientes com neoplasias, 12% nas doenças cerebrovasculares, 10% nas pulmonares. Integridade da pele prejudicada foi encontrado em 15% das internações de pacientes com doenças cardiovasculares, 13% nas pulmonares, 12% nas doenças cerebrovasculares e 8% nas neoplasias. Integridade Tissular Prejudicada foi encontrado em 19% das internações de pacientes com doenças cardiovasculares, 19% nas neoplasias, 12% nas cerebrovasculares e 7% nas pulmonares. As comorbidades mais frequentes foram as doenças cardiovasculares (40%), as cerebrovasculares (37%) e as metabólicas (27%). Associando-se os DE relacionados ao risco de alteração ou presença de dano da pele as principais comorbidades encontrou-se: Risco para prejuízo da integridade da pele em 11% das internações de pacientes com doenças cerebrovasculares, 6% nas metabólicas e 5% nas cardiovasculares. Integridade da pele prejudicada foi encontrado em 23% das internações de pacientes com doenças cerebrovasculares, 17% nas cardiovasculares e 17% nas metabólicas. Integridade Tissular Prejudicada foi encontrado em 18,5% das internações de pacientes com doenças cardiovasculares, 17% nas cerebrovasculares e 13% nas metabólicas.

**Conclusões:** Os pacientes em risco para UP no HCPA são na maioria mulheres e idosos, hospitalizadas em unidades clínicas por doenças cerebrovasculares, pulmonares, cardiovasculares e neoplasias e, com comorbidades referentes a doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e metabólicas. Identificou-se 11 diagnósticos de enfermagem mais frequentemente estabelecidos para estes pacientes. O fator relacionado mais incidente foi prejuízo neuromuscular/musculoesquelético apontado 171 vezes (37,5% do total de fatores identificados). Dentre os diagnósticos de enfermagem, os que estavam relacionados especificamente ao risco ou ao dano da pele e/ou tecidos, ou seja, Risco para prejuízo da integridade da pele, Integridade da pele prejudicada e Integridade Tissular Prejudicada foram identificados em 103 (47%) internações. O cuidado de enfermagem “Implementar protocolo assistencial de prevenção e tratamento de úlcera por pressão” foi prescrito para cinco diferentes diagnósticos de enfermagem: Mobilidade física prejudicada, Síndrome do déficit do

**Trabalho 37 - 4/4**

autocuidado, Integridade tissular prejudicada, Integridade da pele prejudicada e Risco para prejuízo da integridade da pele. Nestes, os principais fatores relacionados/risco foram o prejuízo neuromuscular/musculoesquelético e imobilidade, o que demonstra de forma clara a relação existente entre os fatores relacionados/risco apontados para estes diagnósticos de enfermagem com as subescalas que compõem a Escala de Braden. Estes resultados e conclusões permitiram melhor conhecer os pacientes internados no HCPA com risco para UP e desta forma, auxiliar no direcionamento de ações específicas para prevenir e tratar este grave problema de enfermagem.

**Descritores** - Diagnóstico de enfermagem; Processos de enfermagem; Úlcera por pressão.

**ÁREA TEMÁTICA**

1: Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção à Saúde ao indivíduo nas diferentes fases da vida.

**Referências**

1. Nanda International. Nursing Diagnoses: Definitions and Classification – 2009-2011. Philadelphia: Wiley-Blackwell; 2009.
2. Menegon, D.B.; Bercin, R.R.; Brambila, M.I.; Scola, M.L.; Jansen, M.M.; Tanaka, R.Y. Implantação do protocolo assistencial de prevenção e tratamento de úlceras de pressão do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Revista HCPA 2007; 27(2): 61-64.
3. Braden B, Bergstrom N. (1987). A conceptual schema for the study of the etiology of pressure sore. Rehab Nurs. jan-fev; 12(1), 8-12.