VII CONGRESSO CAPIXABA DE ENFERMAGEM

I. REGULAMENTO PARA INSCRIÇÃO DE RESUMOS CIENTÍFICOS E ARTIGOS COMPLETOS

Os resumos científicos e/ou artigos completos enviados ao VII Congresso Capixaba de Enfermagem – VII CCENF poderão ser inscritos nas seguintes categorias: Pesquisas de campo, relatos de caso/experiências e revisões de literatura.

Os resumos deverão ser **submetidos EXCLUSIVAMENTE pela plataforma de inscrição** disponível em nosso site.

No ato da submissão, deverá preencher todos os dados no sistema e escolher a forma de apresentação: **Comunicação oral ou Banner.**

Na categoria artigos completos, a apresentação deverá ser realizada **OBRIGATORIAMENTE** na **categoria comunicação oral.**

Cada inscrito poderá realizar a **submissão de três resumos e/ou trabalhos completos.**

Ressalta-se que somente serão aceitos resumos científicos e/ou artigos completos que já apresentem resultados, não sendo avaliados projetos de pesquisa. As inscrições para submissão de resumos e/ou trabalhos completos serão realizadas até o dia **25 de abril de 2025 até às 23h59min**. **Não serão aceitos trabalhos após esse período.**

A seleção dos resumos científicos e/ou artigos completos para todas as categorias será feita através do enviado. Estes deverão ser anexados, identificando com nomes dos autores, e título do trabalho, seguindo modelos em anexo.

É necessária a participação no Congresso de ao menos um dos autores para apresentação da produção científica submetida. **Não haverá, em hipótese alguma, a devolução da taxa de inscrição ao evento diante do não aceite e/ou desistência da apresentação de trabalhos aceitos (valor monetário).**

A Comissão Científica chama atenção para o fato de que é de responsabilidade do(s) autor(es) de resumos científicos e/ou artigos completos submetidos, a obtenção do consentimento dos pacientes ou dos seus responsáveis legais, caso os trabalhos apresentados utilizem imagens dos mesmos e não se responsabilizará pela inexistência da obtenção deste consentimento.

Os resumos científicos e/ou artigos completos serão avaliados por uma Comissão Interna de Seleção composta por professores da instituição e convidados, a qual caberá à definição do aceite ou não do trabalho para apresentação.

Observa-se que:

* Não será divulgado o parecer de avaliação dos trabalhos.

*Não serão aceitos resumos científicos e/ou artigos completos enviados por fax, correios ou qualquer outro meio.

No ato da apresentação, só será permitido como apresentador o autor inscrito ou um coautor que também esteja inscrito no evento. Não serão admitidos apresentadores que não realizaram inscrição no VII Congresso Capixaba de Enfermagem – VII CCENF.

Os autores que optarem por inscrever seu trabalho na **categoria comunicação oral** deverão apresentar o trabalho ao vivo, online, conforme o item apresentado neste documento.

Os autores que optarem por inscrever seu trabalho na **categoria banner** deverão realizar gravação prévia da apresentação de forma independente e enviar para a nossa comissão, conforme o item apresentação deste documento;

Para cada resumo apresentado será emitido um único certificado constando o nome do autor e coautor (es) com dados fornecidos no ato da inscrição do trabalho. Não será permitido acréscimo e/ou modificação dos dados e/ou informações do resumo posteriormente a data de envio.

Os resumos aceitos serão julgados pela Comissão de Avaliação durante a apresentação e serão publicados em anais.

II. NORMAS PARA ELABORAÇÃO DO RESUMO SIMPLES

O resumo deve ser digitado em português, fonte Times New Roman, tamanho 12, espaço simples, alinhamento do texto tipo justificado, com dois espaçamentos entre título, autores e o corpo do resumo em papel A4 com margem superior 2,5 cm, margem inferior 2,5 cm, margem esquerda de 2,5 cm, margem direita de 2,5 cm. O resumo deverá ser precedido pelo título do trabalho, seguido pela indicação de autoria (Autor(es) e orientador), acompanhado do Laboratório/Departamento/ instituição a que os autor(es) pertencem, com e-mail do autor correspondente (modelo em anexo 1).

O resumo deve conter os elementos textuais: introdução, objetivo, método, resultados e conclusão/considerações finais. Recomenda-se uso de parágrafo único. Após o resumo, deverão ser colocadas as palavras–chave, que consistem nos termos indicativos do conteúdo do trabalho apresentado, separadas por ponto. Para a escolha das palavras-chave privilegiarem os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) disponível no site http://decs.bvs.br/.

Os resumos devem apresentar um mínimo de 250 palavras e um máximo de 600 palavras, contando do título até as palavras-chave. O título deve estar em letras maiúsculas, negrito, centralizado, nos idiomas português e inglês.

A data para avaliação dos resumos aceitos para apresentação será divulgada pela Comissão de Avaliação. Resumos que não se adéquem a estas normas não serão analisados. Após avaliação, será divulgada no site da EMESCAM, a lista de trabalhos aprovados com suas respectivas modalidades de apresentação e horário.

III. NORMAS PARA ELABORAÇÃO DE ARTIGOS COMPLETOS

Todos os artigos completos submetidos nesta categoria **deverão ser apresentados OBRIGATORIAMENTE na categoria comunicação oral**, ao vivo, durante o evento, em formato de slide.

Todos os artigos completos que envolvem pesquisas com seres humanos deverão constar **OBRIGATORIAMENTE** o CAAE, número do parecer de aprovação e nome do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos que avaliou o mesmo, descritos na seção método (pesquisas de campo, relatos de caso e relatos de experiência).

Pesquisas em bases de dados de domínio público e revisões não necessitam de aprovação de comitê de ética.

O resumo deve ser digitado em português, fonte Times New Roman, tamanho 12, espaço 1,5, alinhamento do texto tipo justificado, com dois espaçamentos entre título, autores e o corpo do resumo em papel A4 com margem superior 2,5 cm, margem inferior 2,5 cm, margem esquerda de 2,5 cm, margem direita de 2,5 cm.

O resumo deverá ser precedido pelo título do trabalho, seguido pela indicação de autoria (Autor(es) e orientador), acompanhado do Laboratório/Departamento/ instituição a que os autor(es) pertencem, com e-mail do autor correspondente (modelo em anexo 2).

O trabalho deve ser composto obrigatoriamente dos itens: (1) capa (apenas a capa deve ter espaçamento simples de 1,0), com título em português e inglês, autores, filiação, autor correspondente, resumo simples de no mínimo 200 e no máximo 300 palavras (com as seções introdução, objetivo, método, resultados e conclusão/considerações finais, em de parágrafo único), palavras-chave separadas por ponto (de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) disponível no site http://decs.bvs.br/), a capa possui o limite máximo de 1 página; (2) introdução de no mínimo uma e no máximo duas páginas; (3) objetivo geral (obrigatório) no último parágrafo da introdução e objetivos específicos (não obrigatório); (4) método com no mínimo uma e no máximo duas páginas; (5) resultados com no máximo 4 páginas e um limite de 5 tabelas/gráficos/figuras; (6) discussão com no máximo 4 páginas embasando os resultados e discutindo-os com literatura científica pertinente e atual; (7) conclusão ou considerações finais com limite máximo de uma página; (8) lista de referências que aparecem no texto com no máximo duas páginas, que devem **obrigatoriamente** os padrões resumidos NLM's International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) disponíveis no link: https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html.

Referências no texto: Citar as referências no texto em algarismos arábicos na ordem de citação, entre parênteses, (1) após a frase/palavra que encerra o pensamento, mantendo um espaço entre a palavra e a identificação: “Cuidados paliativos é uma abordagem multiprofissional (1)”. Em casos de mais de uma referência para a citação, separar por vírgula: “A saúde é um direito de todos (2,3)”. Quando ultrapassarem mais de duas referências e que estas sejam seguidas, separar a numeração das citações em ordem por hífen: “HAS e diabetes são doenças comuns (5-10)”. O último nome dos autores pode aparecer no texto em uma única exceção, como: “Snow (11) mudou a epidemiologia no mundo...”, Dois autores: “Chagas e Cruz (12) foram importantes pesquisadores brasileiros...”, ou Três ou mais autores: “Ramos et al. (13) observaram que...”

Os artigos completos deverão ter no mínimo 10 e no máximo 16 páginas, seguindo obrigatoriamente todas as normas apresentadas acima.

A data para avaliação dos trabalhos completos aceitos para apresentação será divulgada pela Comissão de Avaliação. Trabalhos que não se adéquem a estas normas não serão analisados. Após avaliação, será divulgada no site da EMESCAM, a lista de trabalhos aprovados com suas datas e horários.

IV. APRESENTAÇÃO

- Receberemos pelo e-mail ccenf.resumos@gmail.com **somente** o vídeo de apresentação da **categoria BANNER até o dia 09/05/2024 às 18h**;

COMUNICAÇÃO ORAL

- Os trabalhos inscritos nesta categoria serão apresentados AO VIVO em nossas salas virtuais;

- Poderão ser inscritos nesta categoria resumos simples e artigos completos;

- O congressista terá até 10 minutos de apresentação. Dessa forma, a apresentação deve ser clara e objetiva.

- A apresentação deve conter: a) título do trabalho, b) nome dos autores e da instituição (seguindo as mesmas regras do resumo enviado).

- A apresentação oral em formato .pptx deverá ser enviada para o e-mail: ccenf.resumos@gmail.com, identificando o título do trabalho e os autores no corpo do e-mail.

- O modelo de slides em .pptx está disponível em nosso site de inscrições.

BANNERS

- Os banners serão apresentados através de gravação que deve ser realizada previamente pelo inscrito e enviada a nossa comissão até o dia (INSERIR DATA), conforme vídeo explicativo em nossa página, para o e-mail ccenf.resumos@gmail.com;

- Poderão ser inscritos nesta categoria apenas resumos simples;

- Os banners deverão ser autoexplicativos com maior riqueza de imagens (fotos e esquemas), evitando grande quantidade de textos, respeitando a mesma estrutura citada do resumo.

- O cabeçalho deverá conter: título do trabalho, nome do autor e coautor (es) (com destaque em asterisco para o nome do apresentador e sem abreviação), nome do orientador; nome da Instituição de Ensino Superior, Órgão, Entidade ou Serviço a que está vinculado.

- Os painéis/banners deverão ser construídos seguindo modelo no site e enviados para o seguinte e-mail: ccenf.resumos@gmail.com

- O modelo de banner (painel) está disponível em nosso site de inscrições.

V. JULGAMENTO

Para o julgamento dos resumos aprovados, serão formadas bancas examinadoras, contendo dois avaliadores.

A decisão da banca examinadora é soberana e inquestionável.

Vitória, ES, 17 de março de 2025.

Profa. Dra. Fabiana Rosa Neves Smiderle

Presidente do VII Congresso Capixaba de Enfermagem – VII CCENF

ANEXO I - MODELO DE RESUMO

COMUNICAÇÃO E SAÚDE: BENEFÍCIOS DA REALIDADE VIRTUAL PARA INDIVÍDUOS COM DEFICIÊNCIA

Cíntia de Lima Garcia[1,2,3], Cicera Moniele Neta[2], Thiáskara Ramile Caldas Leite[2,3], Italla Maria Pinheiro Bezerra[1,3,4].

1 Faculdade de Medicina do ABC (FMABC). Santo André- SP, Brasil.
2 Faculdade de Juazeiro do Norte (FJN). Juazeiro do Norte, Ceará, Brasil.
3 Universidade Regional do Cariri (URCA). Crato, Ceará, Brasil.
4 Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM). Vitória, ES.

Correspondência para: cintiadelimagarcia@hotmail.com

Introdução: Mais de um bilhão de pessoas em todo o mundo convivem com alguma forma de deficiência, dentre os quais cerca de 200 milhões experimentam dificuldades funcionais consideráveis. A tecnologia assistiva dispõe recursos e serviços para identificar a necessidades das pessoas com deficiência, e proporcionar uma melhor qualidade de vida, inclusão social e independência. **Objetivo:** Descrever o uso da realidade virtual na melhoria da comunicação de indivíduos com deficiências. **Método:** Os artigos selecionados foram oriundos de buscas realizadas na Literatura Latino-Americana e do Caribe (LILACS) e na Scientific Electronic Library Online (SciELO), utilizando os descritores: tecnologia assistiva, comunicação e desenvolvimento. Foram selecionados artigos completos, com texto disponível on-line, publicados entre 2012 e 2016. A princípio, foram identificados 119 artigos e, após aplicar os critérios de inclusão, sete estudos compuseram a amostra final. **Resultados:** Percebe-se a evolução na comunicação de indivíduos deficientes, pela capacidade de unir o virtual com o real, o que propõem novas formas de tecnologia de informação e comunicação. A tecnologia virtual pode ser aplicada para tratamento de fobias, dor, idosos e deficientes físicos. Dependendo da função treinada, a tecnologia virtual pode promover efeitos positivos na

reabilitação de pacientes pós Acidente Vascular Encefálico, fornece um espaço efetivo e envolvente para as pessoas com Transtorno do Espectro Autista e síndrome de Down. **Conclusão:** Percebe-se grande impacto no relacionamento das pessoas, através de novas maneiras de realizar visualização, comunicação, interação e informação. Esses benefícios associados ao acompanhamento psicológico ajudam o paciente no tratamento e na reabilitação.

Palavras-chave: Tecnologia Assistiva. Comunicação. Desenvolvimento.

ANEXO II - MODELO DE ARTIGO COMPLETO

PRINCIPAIS ESCALAS UTILIZADAS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PARA LESÕES POR PRESSÃO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

MAIN SCALES USED IN INTENSIVE CARE UNIT FOR PRESSURE INJURIES: AN INTEGRATIVE REVIEW

Janine Lázaro Fornaciari[1], Larissa Tereza Dondoni[1], Thais Pereira Costa Almeida[1], Felipe dos Santos Ramiro da Silva[2], Cíntia de Lima Garcia[3], José Lucas Souza Ramos[1,2].

1 Pós-graduação em Enfermagem e UTI. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM.

2 Laboratório de Escrita Científica. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM.

3 Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte, FMJ.

Autor correspondente: José Lucas Souza Ramos, jose.ramos@emescam.br. Av. N. S. da Penha, 2190, Santa Luíza – Vitória – ES – 29045-402 – Tel (27) 3334-3500. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM.

RESUMO

Introdução: A qualidade na assistência e a segurança do paciente vêm sendo discutidas nos últimos 15 anos no âmbito dos cuidados à saúde. São crescentes as iniciativas para a promoção da segurança e da qualidade na assistência à saúde em âmbito mundial. A Lesão Por Pressão (LPP) além de representar um problema de saúde pública é um dos eventos adversos mais comuns e é considerado um dos indicadores negativos de qualidade assistencial dos serviços de saúde em geral e de enfermagem. Portanto, medidas preventivas são fundamentais para prevenir o desenvolvimento de lesões por pressão durante a hospitalização. Considerando a incidência e gravidade da ocorrência das lesões por pressão e o quadro clínico crítico do paciente de unidade de terapia intensiva, para tanto utilizou-se a seguinte pergunta norteadora: quais escalas são mais utilizadas para prevenção, avaliação e tratamento da lesão por pressão em pacientes internados em unidade de terapia intensiva? **Objetivo:** Identificar as principais escalas utilizadas para prevenção, avaliação e tratamento das LPP em unidade de terapia intensiva. **Método:** Trata-se de uma revisão integrativa. Foi realizada a busca na literatura, nas bases de dados PubMed e BvS (Biblioteca Virtual em Saúde). Através dos seguintes descritores:

Unidades de Terapia Intensiva AND Lesão por Pressão AND Escala. **Resultados:** Foram encontrados 259 artigos. Destes, foram selecionados 21 artigos como seleção prévia, utilizando-se 14 artigos entre nacionais e internacionais. Os critérios de inclusão foram: artigos publicados nos últimos 10 anos, artigos em português/inglês e acesso online ao resumo na íntegra. Observou-se que a escala de Braden é um dos recursos mais utilizados nas UTIs para medir o risco dos pacientes críticos de desenvolverem lesões por pressão. **Conclusão:** A partir desse registro, os enfermeiros conseguem aplicar medidas preventivas e promover um tratamento eficaz.

Palavras-chave: Terapia intensiva. Úlcera por pressão. Escala.

INTRODUÇÃO

A qualidade na assistência e a segurança do paciente vêm sendo discutidas nos últimos 15 anos no âmbito dos cuidados à saúde. São crescentes as iniciativas para a promoção da segurança e da qualidade na assistência à saúde em âmbito mundial(1).

A Lesão Por Pressão (LPP) além de representar um problema de saúde pública é um dos eventos adversos mais comuns e é considerado um dos indicadores negativos de qualidade assistencial dos serviços de saúde em geral e de enfermagem(2). Portanto, medidas preventivas são fundamentais para prevenir o desenvolvimento de lesões por pressão durante a hospitalização(3).

Segundo a última atualização realizada pela National Pressure Ulcer Advisory Panel(4), a LPP 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. A lesão ocorre como resultado da pressão intensa e/ou prolongada em combinação com o cisalhamento. Os principais pontos comuns de úlcera por pressão incluem o occipital, a escápula, o sacro, as nádegas, o ísquio, os calcanhares e os dedos dos pés(5).

Dessa forma, a LPP causa um desconforto físico que pode afetar o estado de saúde do paciente ou mesmo levar à morte. Assim sendo, o manejo e o tratamento de uma lesão por pressão requerem um tempo maior, o que prolonga a internação hospitalar e aumenta o custo do atendimento.

Atualmente, existem mais de 40 diferentes ferramentas ou Escalas de Avaliação do Risco de UP, as mais conhecidas são as de Norton, *Warterlow e Braden. Recomendada pela Wound, Ostomy and Continence Nurses Society, e Registered Nurses Association of Ontario/Canadá*, a Escala de Braden (EB) é a mais empregada mundialmente, tanto em pesquisas como na prática clínica.

Para tanto utilizou-se a seguinte pergunta norteadora: quais escalas são mais utilizadas para prevenção, avaliação e tratamento da lesão por pressão em pacientes internados em unidade de terapia intensiva?

Com isso, levando em consideração a incidência das lesões, o presente estudo foi desenvolvido com o objetivo de identificar as principais escalas utilizadas para prevenção, avaliação e tratamento das LPP em unidade de terapia intensiva.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, através das seguintes etapas: elaboração da pergunta norteadora; aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, avaliação dos dados encontrados, discussão, análise crítica e resultados. A primeira etapa foi a elaboração da pergunta norteadora: Quais escalas utilizadas para prevenção, avaliação e tratamento de lesões por pressão em unidade de terapia intensiva?

Na segunda fase, foi realizada a busca na literatura, nas bases de dados PubMed e BvS (Biblioteca Virtual em Saúde). Através dos seguintes descritores: Unidades de Terapia Intensiva AND Lesão por Pressão AND Escala, onde foram encontrados 259 artigos. Destes, foram selecionados 21 artigos para leitura final, sendo que utilizou-se 14 artigos selecionados no estudo.

Os critérios de inclusão foram: artigos publicados nos últimos 10 anos, artigos em português/inglês e acesso online ao resumo na íntegra.

RESULTADOS

Inicialmente foram identificados 986 artigos na base de dados, após leitura de títulos 259 foram selecionados, em seguida, posteriormente a análise de resumos 21 foram direcionados para a leitura completa e por fim, 14 artigos foram selecionados, conforme demonstra figura abaixo.

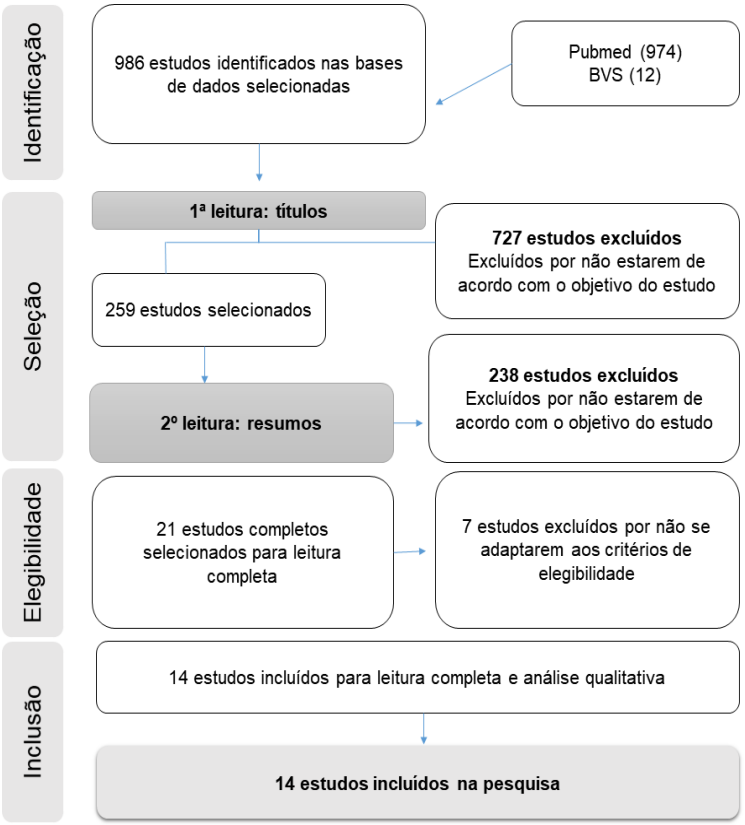

Figura 1. Fluxograma de filtragem dos estudos da revisão.

Observou-se que a maior parte dos estudos apresenta a escala Braden como a mais utilizada para prevenir lesão por pressão, no entanto, ocorre também a utilização de outras escalas, conforme apresentado a seguir.

Os estudos foram realizados entre os anos de 2008 a 2016. 57% (8 artigos) do total são de origem nacional. Por sua vez, 43% (6 artigos) dos estudos são de origem estrangeira, sendo 50% (3 artigos) dos Estados Unidos e 50% (3 artigos) de outros países como Espanha, Alemanha e Portugal.

Em relação ao percentual das escalas encontradas, 71% foram do Tipo Braden; 7,14% do tipo Instrumento de Avaliação de Residente Internacional (interRAI); 7,14% são do tipo Mann-Whitney U foi usado para comparar as outras variáveis; 7,14% do tipo de Escala

de Sunderland e da Escala Revista de Cubbin & Jackson; e por fim, 7,14% do tipo Escala de Suryadi e Sanada (SS), conforme demonstra tabela abaixo.

Tabela 1. Principais escalas utilizadas para a prevenção de lesões por pressão em UTI.

n	Autores	Ano	Local da publicação	Escala utilizada
1	Silva, Maria do Livramento Neves(6)	2013	Brasil	Braden
2	Thiago Moura de Araújo, Márcio Flávio Moura de Araújo, Joselany Áfio Caetano (7)	2009	Brasil	Braden
3	Noemi Marisa Brunet Rogenski, Paulina Kurcgant(8)	2012	Brasil	Braden
4	Taline BAVARESCO, Regina Helena MEDEIROS, Amália de Fátima LUCENA(9)	2011	Brasil	Braden
5	Ana Claudia A. R. Maia, Donata M. S. Pellegrino, Leila Blanes , Gal Moreira Dini, Lydia Masako Ferreira (10)	2011	Brasil	Braden Q
6	Flávia Sampaio Latini Gomes, Marisa Antonini Ribeiro Bastos, Fernanda Penido Matozinhos, Hanrieti Rotelli Temponi, Gustavo Velásquez-Meléndez (11)	2011	Brasil	Braden

7	Letícia Faria Serpa, Vera Lúcia Conceição de Gouveia Santos, Ticiane Carolina Gonçalves Faustino Campanili, Moelisa Queiroz(12)	2011	Brasil	Braden
8	Idevânia Geraldina Costa, Maria Helena Larcher Caliri(13)	2011	Brasil	Braden
9	H, Peel NM, Hirdes JP, Poss JW, Gray LC.(14)	2016	Estados Unidos	Instrumento de Avaliação de Residente Internacional (interRAI)
10	Alba Roca-Biosca, Lourdes Rubio-Rico , María Inmaculada de Molina-Fernández , Gemma Tuset-Garijo , Encarnación Colodrero-Díaz, Francisco Pedro García-Fernández(15)	2016	Espanha	O Mann-Whitney U foi usado para comparar as outras variáveis
11	T. Petzold; M. Eberlein - Gonska; J. Schmitt(16)	2014	Reino Unido	Braden e Operação do receptor (ROC).
12	Eunkyung Kim, Mona Choi, Juhee Lee, Jovem Ah Kim(17)	2013	Estados Unidos	Braden e escala de Cubbin e Jackson
13	SOUSA, Bruno(18)	2013	Portugal	Escala de Sunderland e da Escala Revista de Cubbin & Jackson

14	Suriadi, Hiromi Sanada, Junko Sugama, Brian Thigpen, Muhammad Subuh(19)	2008	Estados Unidos	Escala de Suriadi e Sanada (SS)

Através da utilização da escala de Braden em maior proporção e de outras em menor utilização, foi possível verificar a importância da utilização da escala na prevenção e tratamento das lesões em UTI.

DISCUSSÃO

Atualmente, há em torno de 40 escalas de avaliação de risco e seus estudos, na maioria revisões da literatura, são opiniões de especialistas ou adaptações de instrumentos já existentes. Entretanto, eles não relatam a identificação dos pesos atribuídos aos fatores de risco nem o emprego de técnicas estatísticas adequadas(20).

A literatura menciona três escalas validadas associadas à prevenção de UP, no qual pode-se citar: escala de Norton, Braden e Waterlow. A escala de Waterlow consiste em um aprimoramento da escala de Norton, sendo acrescido mais um parâmetro de avaliação(21,22). A escala de Braden é o instrumento indicado para avaliação de risco de LP pela Anvisa.

A escala de Braden está amparada na fisiopatologia das lesões por pressão e permite avaliação de aspectos importantes à formação da lesão, seguindo seis parâmetros: percepção sensorial, umidade, mobilidade e atividade, nutrição, fricção e cisalhamento. Os cinco primeiros sub escores recebem uma pontuação que varia de um a quatro, enquanto que o sub escore fricção e cisalhamento, de um a três. A soma da pontuação de cada sub escore permite a estratificação em faixas, onde menores valores indicam piores condições(23).

No caso deste estudo o percentual das escalas encontradas teve a maior incidência como utilização do Tipo Braden com 76,48% encontradas como sendo utilizadas nos estudos. Tal ferramenta foi publicada em 1987 e tem sido utilizada principalmente nos Estados Unidos da América(24). Esse instrumento foi adaptado e validado para a cultura brasileira em 1999 e tem sido aplicada, desde então, em várias instituições brasileiras de saúde(25).

Outro estudo importante realizado foi o de Hyun(26), que procurou avaliar a validade preditiva da escala de Braden para avaliação do risco de desenvolvimento de úlcera por pressão em pacientes em terapia intensiva, utilizando dados de 4 anos de prontuários eletrônicos. Um total de 7.790 pacientes de terapia intensiva foram incluídos na análise. Uma pontuação de corte de 16 na escala de Braden teve uma sensibilidade de 0,954, especificidade de 0,207, valor preditivo positivo de 0,114 e valor preditivo negativo de 0,977. A área sob a curva foi de 0,672 (IC de 95%, 0,663–0,683). O ponto de corte ideal para pacientes em terapia intensiva, determinado a partir da curva de característica de operação do receptor, foi 13.

Por sua vez, Idevânia Geraldina Costa, Maria Helena Larcher Caliri(13), procuraram avaliar a validade preditiva dos escores da escala de Braden em pacientes de um Centro de Terapia Intensiva (CTI) e descrever as medidas preventivas implementadas pela equipe de enfermagem. Eles realizaram uma pesquisa durante 03 meses, com 61 pacientes. O resultado dos testes de validade preditiva apontou os escores 14, 13 e 12 como os mais eficientes na predição de risco para úlcera por pressão, nas primeira, segunda e terceira avaliações, com seus respectivos valores de sensibilidade (95%, 95% e 94%) e especificidade (45%, 55% e 77%).

Já nos estudos de Serpa(12), a intenção foi analisar a validade preditiva da escala de Braden em pacientes críticos. A amostra foi composta por 72 pacientes, onde 08 pacientes desenvolveram UP. Os escores de Braden 12, 13 e 13, na primeira, segunda e terceira avaliações apresentaram sensibilidade de 85,7%, 71,4% e 71,4% e especificidade de 64,6%, 81,5% e 83,1%.

Por fim, os estudos de Taline Bavaresco(9), procuraram implantar a Escala de Braden (EB) como instrumento de predição de risco para úlcera por pressão (UP) e analisar os resultados do seu uso em uma unidade de terapia intensiva. A EB foi aplicada em 74 pacientes internados em UTI. Foi encontrado 58 pacientes com escore ≤ a 13 e uma incidência de UP de 25,67%. Em 45 pacientes houve o preenchimento diário da EB, destes 5 desenvolveram UP, em 29 não houve aplicação diária da EB, destes, 14 desenvolveram UP.

CONCLUSÃO

A escala de Braden é um dos recursos mais utilizados nas UTIs para medir o risco dos pacientes críticos de desenvolverem lesões por pressão. A partir desse registro, é possível aplicar medidas preventivas e promover um tratamento mais eficaz. Entretanto, a ferramenta não é a única disponível, observando que diversas escalas são validadas, como por exemplo as de Norton e Waterlow, contudo, a de Braden é a mais utilizada no gerenciamento do cuidado aos pacientes críticos, em instituições de saúde por todo o mundo e foi traduzida para mais de 16 idiomas.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira RM, Leitão IMT de A, Silva LMS da, Figueiredo SV, Sampaio RL, Gondim MM. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. Escola Anna Nery. 2014;18:122–9.
2. Simão CMF, Caliri MHL, Santos CB dos. Agreement between nurses regarding patients' risk for developing pressure ulcer. Acta Paulista de Enfermagem. 2013;26:30–5.
3. Puspitasari JD, Nurhaeni N, Waluyanti FT. Testing of Braden QD Scale for predicting pressure ulcer risk in the Pediatric Intensive Care Unit. Pediatric Reports [Internet]. 2020 Jun 25;12(s1). Available from: https://www.pagepress.org/journals/index.php/pr/article/view/8694
4. NPUAP. National Pressure Ulcer Advisory Panel - NPUAP [Internet]. Washington: NPUAP; 2016 . 2016 [cited 2017 Sep 11]. Available from: http://www.npuap.org/about-us/.
5. Morton PG, Fontaine DK, Hudak CM, Gallo BM. Critical care nursing: a holistic approach. Vol. 1. Lippincott Williams & Wilkins Philadelphia; 2005.
6. Silva M do LN. Incidência, Prevalência e Fatores Associados às Úlceras por Pressão em Unidade de Terapia Intensiva. 2013;
7. Araújo TM de, Araújo MFM de, Caetano JÁ. O uso da escala de Braden e fotografias na avaliação do risco para úlceras por pressão. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2012;46:858–64.
8. Rogenski NMB, Kurcgant P. Avaliação da concordância na aplicação da Escala de Braden interobservadores. Acta Paulista de Enfermagem. 2012;25:24–8.
9. Bavaresco T, Medeiros RH, Lucena A de F. Implantação da Escala de Braden em uma unidade de terapia intensiva de um hospital universitário. Revista Gaúcha de Enfermagem. 2011;32:703–10.
10. Maia ACAR, Pellegrino D, Blanes L, Dini GM, Ferreira LM. Tradução para a língua portuguesa e validação da escala de Braden Q para avaliar o risco de úlcera por pressão em crianças. Revista Paulista de Pediatria. 2011;29:405–14.
11. Gomes FSL, Bastos MAR, Matozinhos FP, Temponi HR, Velásquez-Meléndez G. Avaliação de risco para úlcera por pressão em pacientes críticos. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2011;45:313–8.
12. Serpa LF, Santos VLC de G, Campanili TCGF, Queiroz M. Predictive validity of the

Braden scale for pressure ulcer risk in critical care patients. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2011;19:50–7.
13. Costa IG, Caliri MHL. Validade preditiva da escala de Braden para pacientes de terapia intensiva. Acta Paulista de Enfermagem. 2011;24:772–7.
14. Gray LC, Beattie E, Boscart VM, Henderson A, Hornby-Turner YC, Hubbard RE, et al. Development and testing of the interRAI Acute Care: A standardized assessment administered by nurses for patients admitted to acute care. Health Serv Insights. 2018;11:1178632918818836.
15. Roca-Biosca A, Velasco-Guillén MC, Rubio-Rico L, García-Grau N, Anguera-Saperas L. Úlceras por presión en el enfermo crítico: detección de factores de riesgo. Enfermería intensiva. 2012;23(4):155–63.
16. Petzold T, Eberlein-Gonska M, Schmitt J. Which factors predict incident pressure ulcers in hospitalized patients? A prospective cohort study. British Journal of Dermatology. 2014;170(6):1285–90.
17. Kim E, Choi M, Lee J, Kim YA. Reusability of EMR data for applying Cubbin and Jackson pressure ulcer risk assessment scale in critical care patients. Healthcare Informatics Research. 2013;19(4):261–70.
18. Sousa B. Translation, adaptation, and validation of the Sunderland Scale and the Cubbin & Jackson Revised Scale in Portuguese. Revista Brasileira de Terapia Intensiva. 2013;25:106–14.
19. Suriadi, Sanada H, Sugama J, Thigpen B, Subuh M. Development of a new risk assessment scale for predicting pressure ulcers in an intensive care unit. Nurs Crit Care. 2008;13(1):34–43.
20. Rocha ABL, Barros SMO de. Avaliação de risco de úlcera por pressão: propriedades de medida da versão em português da escala de Waterlow. Acta Paulista de Enfermagem. 2007;20:143–50.
21. Lucena A de F, Santos CT dos, Pereira AG da S, Almeida M de A, Dias VLM, Friedrich MA. Clinical profile and nursing diagnosis of patients at risk of pressure ulcers. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2011;19:523–30.
22. Studart RMB, Melo EM, Lopes MV de O, Barbosa IV, Carvalho ZM de F. Tecnologia de enfermagem na prevenção da úlcera por pressão em pessoas com lesão medular. Revista Brasileira de Enfermagem. 2011;64:494–500.
23. Borghardt AT, Prado TN do, Araújo TM de, Rogenski NMB, Bringuente ME de O.

Evaluation of the pressure ulcers risk scales with critically ill patients: a prospective cohort study. Rev Lat Am Enfermagem. 2015;23:28–35.
24. Bergstrom N. The Braden Scale for predicting pressure sore risk. Nurs res. 1987;36(4):205–10.