

Concordância entre enfermeiros quanto ao risco dos pacientes para úlcera por pressão

Agreement between nurses regarding patients' risk for developing pressure ulcer

Carla Maria Fonseca Simão¹

Maria Helena Larcher Caliri²

Claudia Benedita dos Santos²

Descritores

Úlcera por pressão; Avaliação de risco; Cuidados de enfermagem; Unidades de terapia intensiva

Keywords

Pressure ulcer; Risk assessment; Nursing care; Intensive care units

Submetido

3 de Janeiro de 2012

Aceito

21 de Fevereiro de 2013

Resumo

Objetivos: Avaliar a concordância entre enfermeiros quanto à avaliação e classificação de risco dos pacientes para desenvolvimento da Úlcera por Pressão.

Métodos: Estudo descritivo exploratório realizado com 22 enfermeiros assistenciais em quatro Unidades de Terapia Intensiva de hospital universitário brasileiro. Utilizou-se a escala de Braden para avaliação e classificação do risco dos pacientes para Úlcera por Pressão. Para avaliação da concordância, considerou-se o escore obtido pela pesquisadora, enfermeira especialista, como parâmetro ouro para comparação com os escores pontuados pelos enfermeiros assistenciais.

Resultados: Verificou-se concordância geral entre os enfermeiros somente na avaliação das subescalas Percepção Sensorial, Mobilidade, Fricção e Cisalhamento. Quanto à classificação em níveis de risco, houve concordância apenas em duas Unidades.

Conclusão: Foram encontradas divergências de concordância entre os enfermeiros assistenciais e diferença na classificação dos pacientes em níveis de risco.

Abstract

Objectives: To evaluate the agreement between nurses regarding classification and assessment of patients' risk for developing pressure ulcer.

Methods: A descriptive exploratory study conducted with 22 nurses in four intensive care units of Brazilian university hospitals. The Braden Scale was used for assessment and classification of the patients' risk for developing pressure ulcer. To assess agreement, we considered the score obtained by the researcher, nurse specialist, as gold standard parameter for comparison with scores punctuated by assisting nurses.

Results: There was general agreement among nurses only in the assessment of the subscales Sensory Perception, Mobility, Friction & Shear. For classification into risk levels, there was agreement in only two units.

Conclusion: There were differences of agreement between assisting nurses and difference in classification of patients into risk levels.

Autor correspondente

Carla Maria Fonseca Simão
Av. Presidente Juscelino K. Oliveira,
nº 2040, Tarraf II, São J. Rio Preto, SP,
Brasil. CEP: 15092-415
carlamfs@hotmail.com

¹ Hospital de Base de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, SP, Brasil.

² Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Conflitos de interesse: Não há conflitos de interesse a declarar.

Introdução

A prevenção da úlcera por pressão (UPP) é considerada uma importante questão considerando o contexto do movimento global pela segurança do paciente. Pode causar prejuízos de diversas naturezas aos indivíduos e aos serviços de saúde. A UPP é considerada também, um dos indicadores negativos de qualidade assistencial dos serviços de saúde e de enfermagem.^(1,2)

A avaliação do risco para o desenvolvimento da UPP e o uso de medidas preventivas adequadas são recomendados pelas diretrizes internacionais e citados por autores como “as melhores práticas”. Assim, podem levar à redução da incidência, à melhoria da qualidade da assistência de enfermagem e, portanto, maior segurança para os pacientes, principalmente para aqueles internados em Unidades de Terapia Intensiva.⁽³⁻⁶⁾

Uma das escalas mais utilizadas para auxiliar na identificação do risco de desenvolvimento de UPP é a Escala de Braden. O escore total varia de seis a 23, sendo que os escores de 19 a 23 indicam pacientes sem risco, de 15 a 18 baixo risco, de 13 a 14 risco moderado, de dez a 12 alto risco e o escore \leq nove indica pacientes de altíssimo risco.^(6,7)

O objetivo da escala é auxiliar o enfermeiro assistencial na avaliação clínica para prever se o paciente poderá desenvolver úlcera por pressão e apontar os fatores de risco em evidência. A partir disso, o propósito é planejar estratégias efetivas e individualizadas de prevenção baseadas nos fatores de risco encontrados nos pacientes por meio do instrumento. Para que a escala de avaliação de risco para UPP alcance a finalidade proposta, é importante que o enfermeiro saiba usar o instrumento e que haja concordância entre aqueles que o utilizam.^(6,7) Uma elevada concordância indica um alto nível de confiabilidade entre os observadores, uma condição necessária para se obter escores válidos.⁽⁸⁾

No Brasil, assim como em outros países, na atualidade, a questão da concordância e confiabilidade dos escores e subescores da escala de avaliação de risco, obtidos por diferentes enfermeiros, é importante para as instituições de saúde, pois permite a classificação adequada do risco dos pacientes para UPP, o cálculo correto da incidência da úlcera e a melhoria da assistência de enfermagem por meio

do estabelecimento de protocolos de prevenção de acordo com o nível de risco do paciente.^(1,4,7,9-11)

Considerando-se estas questões, esse estudo foi planejado a partir da situação vivenciada em um hospital de ensino universitário brasileiro, inserido no Programa Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH), onde os enfermeiros assistenciais, como parte da estratégia para Gerenciamento de Riscos, utilizam rotineiramente a escala de Braden para avaliação do risco dos pacientes e para monitorar a incidência da UPP, assim como para a prescrição das medidas de prevenção.

Neste enfoque, o estudo teve como objetivo avaliar a concordância entre os enfermeiros assistenciais quanto à avaliação e classificação do risco para Úlcera por Pressão em pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva.

Métodos

Trata-se de estudo descritivo exploratório com análise quantitativa realizado no Hospital de Base de São José do Rio Preto, Brasil. O estudo foi conduzido em quatro Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), no mês de Outubro de 2009.

Foi adotado como critério de inclusão: enfermeiros que estivessem escalados e trabalhando nas UTIs em qualquer turno, durante todo o período de coleta de dados. Participaram do estudo 22 enfermeiros, sendo três da UTI Emergência, sete da UTI Geral, seis da UTI Convênio e seis da UTI Coronariana.

Foram selecionados 72 pacientes para a avaliação do risco para UPP. O critério de seleção foi o tempo de permanência nas UTIs igual ou maior que 48 horas, para que não houvesse alterações significativas do quadro de saúde e para que todos os enfermeiros pudessem fazer as avaliações nos mesmos indivíduos.

Para a coleta dos dados utilizou-se dois formulários: o primeiro, com questões referentes a dados demográficos dos enfermeiros e o segundo, um instrumento padronizado na instituição contendo a Escala de Braden para a avaliação do risco. A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora, enfermeira assistencial com especialização em Dermatologia e Estomaterapia, que realizou o exame físico e a ava-

liação de risco dos pacientes selecionados por meio da aplicação do instrumento supracitado, avaliação esta considerada “padrão ouro” para comparação com as avaliações feitas pelos enfermeiros.

A avaliação dos pacientes pela pesquisadora foi feita duas vezes na semana durante o mês de coleta em cada UTI. Em seguida da avaliação da pesquisadora, no mesmo dia ou no máximo, no dia seguinte, os enfermeiros realizavam a avaliação nos mesmos pacientes durante o seu turno de trabalho. Eram orientados a pontuarem apenas os subescores da escala e não comentarem entre si sobre as avaliações realizadas.

Os valores dos escores totais e subescores da Escala de Braden obtidos pelos enfermeiros assistenciais foram comparados aos encontrados pela pesquisadora. Para análise dos dados utilizou-se os programas *Epi Info* e *Statistical Package for Social Science*. Foram obtidos valores médios, respectivos desvios padrão e intervalos de confiança (95%) para os valores dos subescores e escore total.

Para investigar a concordância entre os enfermeiros, os resultados foram analisados por meio do Coeficiente de Correlação Intraclassa no caso de observação de variáveis quantitativas. O Coeficiente de Kappa foi usado no caso da variável qualitativa resultante do escore total da Escala de Braden: sem risco, baixo risco, risco moderado, alto risco e altíssimo risco.⁽¹²⁾ Foram considerados pobres os valores para ICC inferiores a 0,40; satisfatórios, entre 0,40 (inclusive) e 0,75 e excelentes, valores maiores ou iguais a 0,75. No caso da estatística Kappa, adotou-se o valor um como concordância total e, negativo, inconsistência.^(13,14) Em todas as análises o nível de significância adotado foi $\alpha = 0,05$.

O desenvolvimento do estudo atendeu as normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos.

Resultados

Dos 22 enfermeiros participantes do estudo, a maioria era do sexo feminino (90,9%), com idade média de 29 anos, tempo médio de profissão de cinco anos, tempo médio de atuação em UTI de quatro anos, e o tempo médio de atuação na unidade atual de dois anos e oito meses.

A análise dos resultados mostrou que somente na UTI um houve concordância excelente entre os subescores médios obtidos pelos enfermeiros e a pesquisadora para a maioria das subescalas.

Considerando-se as quatro UTIs, as subescalas nas quais os enfermeiros e a pesquisadora obtiveram

Tabela 1. Análise da concordância entre enfermeiros e pesquisadora quanto à avaliação de risco por meio das subescalas da escala de Braden para os pacientes da UTI 1 e 2

Subescala	UTI 1*		UTI 2**	
	ICC*	p-value	ICC**	p-value
Percepção sensorial (1-4)	0,99 (0,99 – 1,00)	<0,001****	0,96 (0,90 -0,98)	<0,001****
Umidade Pele (1-4)	0,84 (0,64 – 0,94)	<0,001****	0,27 (0,20 - 0,63)	0,12
Atividade (1-4)	0,77 (0,50 – 0,91)	<0,001****	0,56 (0,15 - 0,80)	<0,001****
Mobilidade (1-4)	0,96 (0,89 – 0,98)	<0,001****	0,91 (0,79 -0,97)	<0,001****
Nutrição (1-4)	0,45 (0,01 – 0,75)	0,02***	-0,55 (-0,80 - -0,14)	0,99
Fricção e cisalhamento (1-3)	0,91 (0,79 – 0,97)	<0,001****	0,86 (0,67- 0,94)	<0,001****

Legenda: *UTI 1 (n=19), ICC (IC 95%); **UTI 2 (n=19), ICC (IC 95%); ***0,01<p<0,05; **** p<0,01

Tabela 2. Análise da concordância entre enfermeiros e pesquisadora quanto à avaliação de risco por meio das subescalas da escala de Braden para os pacientes da UTI 3 e 4

Subescala	UTI 3*		UTI 4**	
	ICC*	p-value	ICC**	p-value
Percepção sensorial (1-4)	0,91 (0,78 - 0,96)	<0,001***	0,85 (0,62 -0,95)	<0,001***
Umidade Pele (1-4)	-0,04 (-0,47 - 0,41)	0,56	0,21 (-0,32 - 0,64)	0,21
Atividade (1-4)	0,00 (-0,44 - 0,44)	0,50	0,00 (-0,50 - 0,50)	0,50
Mobilidade (1-4)	0,88 (0,72 - 0,95)	<0,001***	0,80 (0,50 - 0,93)	<0,001***
Nutrição (1-4)	0,60 (0,22 - 0,83)	<0,001***	0,16 (-0,37 - 0,61)	0,28
Fricção e cisalhamento (1-3)	0,69 (0,35 - 0,87)	<0,001***	0,64 (0,21 - 0,86)	<0,001***

Legenda: *UTI 3 (n=19), ICC (IC 95%); **UTI 4 (n=15), ICC (IC 95%); ***p<0,01

excelente concordância foram Percepção Sensorial e Mobilidade.

A subescala Umidade foi a que obteve menor concordância entre os enfermeiros e a pesquisadora, classificada como pobre nas UTIs dois e quatro e não houve nenhum grau de concordância na UTI três (ICC negativo).

Quanto à subescala Atividade, a UTI dois apresentou concordância satisfatória e as UTIs três e quatro não apresentaram concordância.

Em relação à subescala Nutrição, constatou-se concordância satisfatória apenas nas UTIs um e três.

Para a subescala Fricção e Cisalhamento, a concordância foi excelente nas UTIs um e dois; as UTIs três e quatro apresentaram concordância satisfatória.

Com relação ao escore total da escala de Braden e a classificação em níveis de risco, os resultados da análise da concordância entre a pesquisadora e os enfermeiros são apresentados nas Tabelas três e

Tabela 3. Análise da concordância entre enfermeiros e pesquisadora quanto ao escore total da escala de Braden e classificação dos pacientes em níveis de risco

UTI	Escore Pesquisadora $\bar{x} \pm DP$	Escore Enfermeiros $\bar{x} \pm DP$	Coefficiente Kappa	p-value
1 (n=15)	13,16 ± 3,74 (7-20)	12,5 ± 3,63 (7-19)	0,561	0,0001*
2 (n=12)	14,79 ± 3,52 (10-20)	14,08 ± 3,25 (10-19)	0,862	0,0001*
3 (n=17)	12,21 ± 2,85 (9-20)	12,42 ± 2,37 (10-18,5)	0	0
4 (n=12)	13,20 ± 2,73 (11-19)	13,30 ± 2,16 (10-18)	0,333	0,76

Legenda: n - Número de pacientes avaliados e considerados para análise estatística = 56; \bar{x} - Média aritmética; DP - Desvio Padrão; *p < 0,01

Tabela 4. Classificação dos pacientes em níveis de risco atribuída pela pesquisadora e enfermeiros nas respectivas UTIs

Classificação Níveis risco	UTI 1		UTI 2		UTI 3		UTI 4	
	Pesq (n)	Enf (nav)	Pesq (n)	Enf (nav)	Pesq (n)	Enf (nav)	Pesq (n)	Enf (nav)
Sem Risco	4	0	6	0	3	0	3	0
Baixo	3	15	3	49	2	33	1	25
Moderado	6	7	2	19	2	33	2	28
Alto	3	15	7	37	10	67	8	29
Altíssimo	3	19	1	9	2	0	1	8
Total	19	57	19	114	19	133	15	90

Legenda: Pesq - Pesquisadora; Enf - Enfermeiros; n - número de pacientes avaliados pela pesquisadora; nav - número de avaliações realizadas pelos enfermeiros das respectivas UTIs

quatro. No entanto, quando os riscos foram categorizados, os pacientes que foram considerados pela pesquisadora na categoria sem risco precisaram ser excluídos da análise, pois nenhum enfermeiro atribuiu esta categoria a qualquer paciente, desta forma, o número de pacientes foi reduzido de 72 para 56.

Constatou-se que, de modo geral não houve diferença significativa entre as médias dos escores totais obtidos pela pesquisadora e pelos enfermeiros e observou-se concordância parcial apenas nas UTIs um e dois (Kappa < 1 e p < 0,01).

Na UTI três o valor Kappa correspondeu a zero por não ter sido possível realizar o cálculo deste coeficiente pois a categoria “altíssimo risco” encontrada pela pesquisadora para alguns pacientes, não foi atribuída por nenhum enfermeiro a nenhum paciente deste setor.

Considerando-se os níveis de risco, houve diferença entre as classificações atribuídas com maior frequência pela pesquisadora e enfermeiros das respectivas UTIs. Na UTI um, o nível de risco predominante foi o Moderado para a pesquisadora e o Altíssimo Risco para os enfermeiros, na UTI dois, Alto Risco para a pesquisadora e Baixo Risco para os enfermeiros e nas UTIs três e quatro, Alto Risco para a pesquisadora e os Enfermeiros.

Discussão

Esta pesquisa teve como limitação o tamanho do grupo estudado. Esta limitação deve-se à própria característica dos estudos conduzidos em situações reais da prática, nos quais diversos fatores são limi-

tantes, tais como, as trocas de plantões, retiradas de horas, faltas e afastamentos por licença médica.

No entanto, mesmo com essa limitação, o estudo identificou que, embora não tenha sido encontrada diferença significativa entre a média dos escores totais da escala de Braden obtidos pela pesquisadora e pelos enfermeiros, houve diferença na classificação dos pacientes em níveis de risco. A falta de concordância neste aspecto, além de prejudicar o cálculo correto da incidência do respectivo setor, pode interferir também no planejamento adequado das medidas preventivas, já que estas devem ser prescritas de acordo com o nível de risco de cada paciente.^(8,10,11)

Quanto à concordância referente as seis subescalas de Braden, somente duas obtiveram classificação excelente em todas as UTIs. As subescalas Umidade e Nutrição foram as que apresentaram mais problemas de concordância, corroborando os resultados obtidos por outros autores.^(7,9-11)

Com relação à Umidade, autores citam três possíveis explicações para a pobre concordância encontrada. A primeira seria que os descritores desta subescala requerem que o avaliador tenha conhecimento a respeito dos padrões de sudorese e incontinência do paciente avaliado.⁽¹⁰⁾ A segunda, seria o fato de que esses padrões podem não ser evidentes na primeira avaliação do paciente, requerendo maior tempo do enfermeiro para a busca de informações.^(10,11) A terceira explicação seria ainda, a possibilidade de problemas na interpretação das descrições dos itens da subescala.^(7,10,15)

Quanto à concordância pobre na subescala Nutrição, autores ressaltam que como esta subescala é pontuada de acordo com a ingesta do paciente, pode ser necessário buscar informações em outras fontes sobre o histórico nutricional, o que requer mais tempo do enfermeiro, representando possivelmente uma barreira para a escolha correta do escore.^(11,15)

Vale a pena ressaltar que os resultados evidenciaram que os enfermeiros apesar de utilizarem rotineiramente o instrumento contendo a escala de Braden resumida, apresentaram dificuldades na execução da avaliação de risco para UPP. Autores afirmam que ter disponível no local do trabalho o instrumen-

to completo e não a escala de risco resumida, poderia auxiliar na escolha adequada das descrições.^(6,10,11) Destaca-se ainda que, a educação formal e continuada dos estudantes e profissionais visando o aprendizado e a prática do uso dessa ferramenta, é questão fundamental para melhorar a performance e confiabilidade no uso da escala, o que tem sido ressaltado também por vários autores nacionais e internacionais já citados.^(2-4,6,8,10,11,15)

Considerando que a falta de concordância na avaliação e classificação de risco para Úlcera por Pressão pode levar a um planejamento inadequado da assistência ao paciente, este estudo traz contribuições para a instituição na qual foi realizado, uma vez que permitirá trabalhar as dificuldades encontradas e o planejamento direcionado de melhorias, objetivando a prevenção da UPP. Além disso, esta pesquisa contribui para o conhecimento em enfermagem, pois demonstra a necessidade de avaliação da concordância entre os enfermeiros que utilizam escalas de avaliação de risco para UPP em outras instituições, visando identificar a ocorrência de problemas semelhantes e a necessidade de intervenções educativas.

Conclusão

Foram encontradas divergências de concordância entre os enfermeiros assistenciais e, embora não tenha sido encontrada diferença significativa entre a média dos escores totais da escala de Braden, houve diferença na classificação dos pacientes em níveis de risco.

Colaborações

Simão CMF; Caliri MHL e Santos CB declaram que contribuíram com a concepção e projeto, análise e interpretação dos dados; redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Lyder CH, Ayello EA. Pressure ulcers: a patient safety issue. In: Hughes RG, editor. Patient safety and quality: an evidence-based handbook for nurses. Rockville (MD): Agency for Healthcare

- Research and Quality; 2008 [cited 2012 Dec 20].. Chapter 12. Available from:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2650/>
2. Ayello EA, Lyder CH. A new era of pressure ulcer accountability in acute care. *Adv Skin Wound Care*. 2008;21(3):134-40.
 3. Diccini S, Camaduro C, lida LI. [The incidence of pressure ulcer in neurosurgical patients from a university hospital]. *Acta Paul Enferm*. 2009;22(2):205-9. Portuguese.
 4. European Pressure Ulcer Advisory Panel. National Pressure Ulcer Advisory Panel. Pressure ulcer treatment: quick reference guide [Internet]. Washington: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009 [cited 2012 Ago 19]. Available from: http://www.epuap.org/guidelines/Final_Quick_Treatment.pdf.
 5. Fernandes LM, Caliri MH. Using the Braden and Glasgow scales to predict pressure ulcer risk in patients hospitalized at intensive care units. *Rev Latinoam. Enferm* [Internet]. 2008;16(6):973-8.
 6. Braden BJ. The Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk: reflections after 25 Years. *Adv Skin Wound Care*. 2012;25(2):61.
 7. Rogenski NM, Kurcgant P. [Measuring interrater reliability in application of the Braden Scale]. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2012 [cited 2012 Aug 19]; 25 (1): 24-8. Portuguese. Available from:<http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n1/v25n1a05.pdf>
 8. Kottner J, Dassen T. Interpreting interrater reliability coefficients of the Braden scale: a discussion paper. *Int J Nurs Stud*. 2008;45(8):1238-46.
 9. Lima e Silva EW, Araújo RA, Oliveira EC, Falcão VT. [Applicability of a pressure ulcers protocol in intensive care unit]. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2010;22(2):175-85. Portuguese.
 10. Magnan MA, Maklebust J. The nursing process and pressure ulcer prevention: making the connection. *Adv Skin Wound Care*. 2009; 22(2):83-92.
 11. Magnan MA, Maklebust J. The effect of Web-based Braden Scale training on the reliability of Braden subscale ratings. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2009;36(1):51-9.
 12. Engberg S, Berben L. Selecting instruments: reliability and validity considerations. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2012; 39(1):18-20.
 13. Fayers PM, Machin D. Quality of life: assessment, analysis and interpretation. London: Wiley; 2000.
 14. Viera AJ, Garrett JM. Understanding interobserver agreement: the kappa statistic. *Fam Med*. 2005;37(5):360-3.
 15. Serpa LF, Santos VL, Campanili, TC, Queiroz M. Predictive validity of the Braden scale for pressure ulcer risk in critical care patients. *Rev Latinoam Enferm*. 2011;19(1):50-7.