

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.DENF.056 – Página 1/8	
Título do Documento	AVALIAÇÃO DO RISCO DE LESÃO POR PRESSÃO UTILIZANDO A ESCALA DE BRADEN E BRADEN Q	Emissão: 30/06/2025	Próxima revisão: 30/06/2027
		Versão: 03	

1. OBJETIVOS

- Avaliar o risco de lesão por pressão (LP) dos pacientes internados nas unidades assistenciais, através da escala de Braden para pacientes adultos e Braden Q para pacientes pediátricos;
- Subsidiar as intervenções de acordo com risco identificado;
- Promover a prevenção de ocorrência de LP nos pacientes internados;
- Gerar indicadores para avaliação e melhorias da qualidade da assistência.

2. MATERIAL

- Escala de Braden;
- Escala de Braden Q;
- Prontuário eletrônico (AGHUX).

3. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

1º Selecionar a escala a ser aplicada de acordo com a faixa etária do paciente:

- Braden (Anexo 1) para pacientes a partir de 12 anos.
- Braden Q (Anexo 2) para pacientes pediátricos (até 11 anos, 11 meses e 29 dias).

- **OBS:** Atentar para o prazo e frequência recomendada para aplicação da escala conforme protocolo institucional (*PRT nº 011 CP-NSP*).

- Até 8 horas após a admissão na instituição ou unidade do paciente;
- Diariamente;

2º Realizar a coleta de dados e o exame físico;

3º Aplicar nas escalas de Braden ou Braden Q as informações coletadas, avaliando cada subescala;

- **OBS:** Conforme padronização institucional para o preenchimento da subescala Nutrição, os pacientes em uso de SNE devem ser classificados na pontuação 2 (provavelmente inadequado). Já os pacientes com gastrostomia, devido à esta sofrer menor número de pausas, podem ser classificados em 3 (adequado).

- **OBS:** Não confundir as subescalas apresentadas na tabela 1.

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.DENF.056 – Página 1/8	
Título do Documento	AVALIAÇÃO DO RISCO DE LESÃO POR PRESSÃO UTILIZANDO A ESCALA DE BRADEN E BRADEN Q	Emissão: 30/06/2025	Próxima revisão: 30/06/2027
		Versão: 03	

Tabela 1 – Diferenciação na avaliação das subescalas de atividade e mobilidade.


Atividade	X	Mobilidade
<p>Capacidade do cliente de se movimentar fora do leito.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Caso o paciente esteja sedado, avaliar como atividade reduzida devido à sedação. - Caso o paciente esteja confinado à cama devido ao setor onde esteja internado, como a UTI, e seja capaz de deambular, avaliar a atividade dele com a pontuação 3 ou 4 nesta subescala. 		<p>Capacidade do paciente de mudar e controlar a posição do corpo (movimentar-se ou auxiliar nas mudanças de reposicionamento);</p> <p>Pode ser descrito pelo grau de capacidade de movimentar-se no leito.</p>

4º Somar a pontuação das referidas subescalas e anotar o valor total para classificação (Tabela 2);


Tabela 2 - Classificação risco de Lesão por Pressão (LP) a partir da pontuação obtida pela escala de Braden ou Braden Q.

BRADEN		BRADEN Q	
Classificação	Pontos	Classificação	Pontos
Sem Risco	>18	Sem Risco	>25
Risco Leve	15 a 18	Risco Baixo	22 a 25
Moderado	13 a 14	Risco Alto	7 a 22
Alto	10 a 12		
Muito Alto	6 a 9		

Fonte: Ficha Técnica do Indicador “Percentual de pacientes com risco para lesão por pressão recebendo cuidado preventivo apropriado” da instituição.

5º Registrar as pontuações no Sistema AGHUX utilizando o campo “Enfermagem/ Controles do paciente/Lista de pacientes” na coluna Ações, clicar no ícone  identificado como Manter Registros do Controle do Paciente / Insira a hora do registro da sua avaliação e clique para abrir opções no campo Grupo/ selecione > ESCALA DE BRADEN ADULTO” ou “Enfermagem/ Controles do paciente/Lista de pacientes/na

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.DENF.056 – Página 1/8	
Título do Documento	AVALIAÇÃO DO RISCO DE LESÃO POR PRESSÃO UTILIZANDO A ESCALA DE BRADEN E BRADEN Q	Emissão: 30/06/2025 Versão: 03	Próxima revisão: 30/06/2027

coluna Ações, clicar no ícone  identificado como Manter Registros do Controle do Paciente / Insira a hora do registro da sua avaliação e clique para abrir opções no campo Grupo/ selecione >ESCALA DE BRADEN Q PEDIÁTRICO” (Anexo 3);

6º Prescrever o plano de cuidados para prevenção de LP conforme estratificação de risco de LP devendo ser baseado no *Protocolo de prevenção de lesão por pressão* da Instituição; (PRT nº 011 CP-NSP).

7º Registrar a classificação de risco para LP no censo dos pacientes/instrumento de passagem de plantão, identificação à beira leito e formulários padronizados na unidade.

- Observações:

- O instrumento de classificação de risco para LP deverá ser preenchido pelo enfermeiro.
- As escalas de Braden é constituída por seis itens, e a Braden Q por sete itens com pontuações específicas para cada resposta.
- Atentar-se que no Sistema AGHUX, para preenchimento de cada campo das subescalas, foram adotadas siglas, devido ao sistema não permitir a inserção de todos os caracteres e acrescentados outros itens que permitem o cálculo de indicadores dentro do sistema AGHUX (siglas) (Anexo 3).

4. REFERÊNCIAS

HU-UFGD. Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados. Comissão Permanente do Núcleo de Segurança do Paciente - CP-NSP. PRT nº.011. **Prevenção de Lesão por Pressão**. Dourados, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-centro-oeste/hu-ufgd/aceso-a-informacao/pops-protocolos-e-processos/gad/prt-cp-nsp-011-prevencao-de-lesao-por-pressao.pdf> . Acesso em: 11 de Jun. 2025.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Práticas de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Prevenção de Lesão por Pressão**. NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/Anvisa nº 05/2023. Brasília, 2023. Disponível em: < <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/notas-tecnicas-vigentes/nota-tecnica-gvims-ggtes-anvisa-no-05-2023-praticas-de-seguranca-do-paciente-em-servicos-de-saude-prevencao-de-lesao-por-pressao>>. Acesso em: 11 de Jun. 2025.

MAIA, A. C. A. R., PELLEGRINO, D. M. S., BLANES, L. , DINI, G. M., FERREIRA, L. M. Tradução para a língua portuguesa e validação da escala de Braden Q para avaliar o risco de úlcera por pressão em crianças. **Rev Paul Pediatr**. 2011; 29(3): 406-14. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/rpp/a/kcWh5sz6wThsSdsXDQVrygb/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 11 de Jun. 2025.

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.DENF.056 – Página 1/8	
Título do Documento	AVALIAÇÃO DO RISCO DE LESÃO POR PRESSÃO UTILIZANDO A ESCALA DE BRADEN E BRADEN Q	Emissão: 30/06/2025 Versão: 03	Próxima revisão: 30/06/2027

PARANHOS, W.Y., SANTOS, V.L.C.G. **Avaliação de risco para úlceras de pressão por meio da Escala de Braden, na língua portuguesa.** Rev Esc Enferm USP. 1999; 33 (nº esp): 191- 206. Disponível em: < <https://www2.ufjf.br/fundamentosenf/files/2019/08/Escala-de-Braden.pdf>> . Acesso em: 11 de Jun. 2025.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. **Segurança do Paciente: prevenção de Lesão por Pressão.** Portaria SES-DF Nº 27 de 15/01/2019, publicada no DODF Nº 17 de 24/01/2019. DistritoFederal, 2019. Disponível em: < <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/87400/Seguran%C3%A7a+do+Paciente+%E2%80%93+Preven%C3%A7%C3%A3o+de+Les%C3%A3o+por+Press%C3%A3o.pdf/b37bdaa2-4554-3d56-737d-d041479be6f5?t=1648647893741>>. Acesso em: 11 de Jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo para prevenção de úlcera por pressão**, 2013. Disponível em: https://www.hospitalsantalucinda.com.br/downloads/prot_prevencao_ulcera_por_pressao.pdf Acesso em: 11 de Jun. 2025.

PIRES, I. F; FARIA, V. M; LETRO, M. M; PRADO, M. R; SALGADO, P. O; SOUZA, C. C, et al. **Avaliação do risco do desenvolvimento de lesões por pressão em pacientes de uma unidade hospitalar.** Enferm Foco. 2021;12(6):1098-105. Disponível em: < <https://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2022/08/avaliacao-risco-desenvolvimento-lesoes-por-pressao-pacientes-unidade-hospitalar.pdf>> Acesso em: 11 de Jun. 2025.

Wechi JS, Amante LN, Salum NC, Matos E, Martins T. **Escala de Braden: Instrumento Norteador para a prevenção de Úlceras por Pressão.** Universidade Federal de Santa Catarina – Florianópolis (SC), Brasil. ESTIMA, v.15 n.3, p. 145-151, 2017. Disponível em: <https://www.revistaestima.com.br/estima/article/download/544/pdf/873>. Acesso em: 11 de Jun. 2025.

5. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
01	07/10/2020	Elaboração do Procedimento/Rotina.
02	26/10/2023	Revisão e Atualização
03	11/06/2025	Revisão do documento



Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.DENF.056 – Página 1/8	
Título do Documento	AVALIAÇÃO DO RISCO DE LESÃO POR PRESSÃO UTILIZANDO A ESCALA DE BRADEN E BRADEN Q	Emissão: 30/06/2025 Versão: 03	Próxima revisão: 30/06/2027

Elaboração Patrícia Lopes de Freitas Siqueira Iara Beatriz Andrade de Sousa Fernanda Felix Guimarães Lima Jaqueline Aparecida dos Santos Sokem	Data: 07/10/2020
Revisão Duane Carolina Gomes Morilla Shislene Espíndola Lopes	Data: 26/10/2023 Data: 11/06/2025
Validação Fuad Fayez Mahmoud - STGQ	Data: 26/06/2025
Aprovação Rodrigo Alexandre Teixeira – Chefe da DENF Tiago Amador Correia – Gerente de Atenção à Saúde	Data: 13/06/2025 Data: 30/06/2025

Assinado eletronicamente no processo SEI 23529.008378/2025-64



Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.DENF.056 – Página 1/8	
Título do Documento	AVALIAÇÃO DO RISCO DE LESÃO POR PRESSÃO UTILIZANDO A ESCALA DE BRADEN E BRADEN Q	Emissão: 06/2025	Próxima revisão: 06/2027
		Versão: 03	

ANEXO 1 - Escala de Braden Adulto

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO DE DESENVOLVER LESÕES DE PRESSÃO ESCALA DE BRADEN - ADAPTADA				
PERCEPÇÃO SENSORIAL Capacidade de reagir significativamente à pressão relacionada ao desconforto.	1. Totalmente limitado: Não reage (não geme, não se segura a nada, não se esquiva) a estímulo doloroso, devido ao nível de consciência diminuído ou devido à sedação ou capacidade limitada de sentir dor na maior parte do corpo.	2. Muito limitado: Somente reage a estímulo doloroso. Não é capaz de comunicar desconforto exceto através de gemido ou agitação. Ou possui alguma deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	3. Levemente limitado: Responde a comando verbal, mas nem sempre é capaz de comunicar o desconforto ou expressar necessidade de ser mudado de posição ou tem um certo grau de deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	4. Nenhuma limitação: Responde a comandos verbais. Não tem déficit sensorial que limitaria a capacidade de sentir ou verbalizar dor ou desconforto.
UMIDADE Nível ao qual a pele é exposta a umidade.	1. Completamente molhada: A pele é mantida molhada quase constantemente por transpiração, urina, etc. Umidade é detectada às movimentações do paciente.	2. Muito molhada: A pele está frequentemente, mas nem sempre molhada. A roupa de cama deve ser trocada pelo menos uma vez por turno.	3. Ocasionalmente molhada: A pele fica ocasionalmente molhada requerendo uma troca extra de roupa de cama por dia.	4. Raramente molhada: A pele geralmente está seca, a troca de roupa de cama é necessária somente nos intervalos de rotina.
ATIVIDADE Grau de atividade física.	1. Acamado: Confinado a cama.	2. Confinado a cadeira: A capacidade de andar está severamente limitada ou nula. Não é capaz de sustentar o próprio peso e/ou precisa ser ajudado a se sentar.	3. Anda ocasionalmente: Anda ocasionalmente durante o dia, embora distâncias muito curtas, com ou sem ajuda. Passa a maior parte de cada turno na cama ou cadeira.	4. Anda frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos 2 vezes por dia e dentro do quarto pelo menos uma vez a cada 2 horas durante as horas em que está acordado.
MOBILIDADE Capacidade de mudar e controlar a posição do corpo.	1. Totalmente imóvel: Não faz nem mesmo pequenas mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda.	2. Bastante limitado: Faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou extremidades mas é incapaz de fazer mudanças frequentes ou significantes sozinho.	3. Levemente limitado: Faz frequentes, embora pequenas, mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda.	4. Não apresenta limitações: Faz importantes e frequentes mudanças sem auxílio.
NUTRIÇÃO Padrão usual de consumo alimentar.	1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 do alimento oferecido. Come 2 porções ou menos de proteína (carnes ou laticínios) por dia. Ingere pouco líquido. Não aceita suplemento alimentar líquido. Ou é mantido em jejum e/ou mantido com dieta líquida ou IVs por mais de cinco dias.	2. Provavelmente inadequado: Raramente come uma refeição completa. Geralmente come cerca de metade do alimento oferecido. Ingestão de proteína inclui somente 3 porções de carne ou laticínios por dia. Ocasionalmente aceitará um suplemento alimentar ou recebe abaixo da quantidade satisfatória de dieta líquida ou alimentação por sonda.	3. Adequado: Come mais da metade da maioria das refeições. Come um total de 4 porções de alimento rico em proteína (carne e laticínios) todo dia. Ocasionalmente recusará uma refeição, mas geralmente aceitará um complemento oferecido. Ou é alimentado por sonda ou regime de nutrição parenteral total, o qual provavelmente satisfaz a maior parte das necessidades nutricionais.	4. Excelente: Come a maior parte de cada refeição. Nunca recusa uma refeição. Geralmente ingere um total de 4 ou mais porções de carne e laticínios. Ocasionalmente come entre as refeições. Não requer suplemento alimentar.



Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.DENF.056 – Página 1/8	
Título do Documento	AVALIAÇÃO DO RISCO DE LESÃO POR PRESSÃO UTILIZANDO A ESCALA DE BRADEN E BRADEN Q	Emissão: 06/2025	Próxima revisão: 06/2027
		Versão: 03	

FRICÇÃO E CISCALHAMENTO	<p>1. Problema: Requer assistência moderada a máxima para se mover. É impossível levantá-lo ou erguê-lo completamente sem que haja atrito da pele com o lençol. Frequentemente escorrega na cama ou cadeira, necessitando frequentes ajustes de posição com o máximo de assistência. Espasticidade, contratatura ou agitação leva a quase constante fricção.</p>	<p>2. Problema em potencial: Move-se, mas, sem vigor ou requer mínima assistência. Durante o movimento provavelmente ocorre um certo atrito da pele com o lençol, cadeira ou outros. Na maior parte do tempo mantém posição relativamente boa na cama ou na cadeira mas ocasionalmente escorrega.</p>	<p>3. Nenhum problema: Move-se sozinho na cama ou cadeira e tem suficiente força muscular para erguer-se completamente durante o movimento. Sempre mantém boa posição na cama ou cadeira.</p>	
<p>Sem Risco: >18; Risco Baixo: 15 a 18; Risco Moderado: 13 a 14; Risco Alto: 10 a 12; Risco Muito Alto: ≤ 9 Pontos. (Indicador institucional: Percentual de pacientes com risco para lesão por pressão recebendo cuidado preventivo apropriado)</p>				

Fonte: Copyright. Barbara Braden e Nancy Bergstrom, 1988. Adaptada e validada para o Brasil por Paranhos e Santos, 1999.



Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.DENF.056 – Página 1/8	
Título do Documento	AVALIAÇÃO DO RISCO DE LESÃO POR PRESSÃO UTILIZANDO A ESCALA DE BRADEN E BRADEN Q	Emissão: 06/2025 Versão: 03	Próxima revisão: 06/2027

ANEXO 2: Escala de Braden Q

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO DE DESENVOLVER LESÕES DE PRESSÃO ESCALA DE BRADEN Q - PEDIATRIA

MOBILIDADE Capacidade de mudar e controlar a posição do corpo.	1. Completamente Imóvel: Não faz mudanças, nem mesmo pequenas, na posição do corpo ou das extremidades, sem ajuda.	2. Muito limitado: Faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou extremidades, mas é incapaz de fazer mudanças completamente sozinho.	3. Levemente limitado: Faz mudanças frequentes, embora pequenas, na posição do corpo ou das extremidades, sem ajuda.	4. Nenhuma limitação: Faz mudanças importantes e frequentes na posição do corpo, sem ajuda.
ATIVIDADE Grau de atividade física.	1. Acamado: Permanece no leito o tempo todo.	2. Restrito à cadeira: A capacidade de deambular está gravemente limitada ou inexistente. Não consegue sustentar o próprio peso e/ou precisa de ajuda para sentar-se em uma cadeira ou cadeira de rodas.	3. Deambulação ocasional: Deambula ocasionalmente durante o dia, porém por distâncias bem curtas, com ou sem ajuda. Passa a maior parte do turno no leito ou na cadeira.	4. Crianças jovens demais para deambular ou deambulam frequentemente: Deambula fora do quarto pelo menos duas vezes por dia e dentro do quarto pelo menos uma vez a cada duas horas durante as horas está acordado.
PERCEPÇÃO SENSORIAL Capacidade de responder de maneira apropriada ao desconforto relacionado à pressão	1. Completamente limitada: Não responde ao estímulo doloroso (não geme, não se encolhe ou se agarra), devido à diminuição do nível de consciência, ou sedação ou limitação da capacidade de sentir dor na maior parte da superfície corporal.	2. Muito limitada: Responde apenas ao estímulo doloroso. Não consegue comunicar desconforto, exceto por gemido ou inquietação; ou apresenta alguma disfunção sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais da metade do corpo.	3. Levemente limitada: Responde aos comandos verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, ou apresenta alguma disfunção sensorial em uma ou duas extremidades que limita a capacidade de sentir dor.	4. Nenhuma alteração: Responde aos comandos verbais. Não apresenta déficit sensorial que limite a capacidade de sentir ou comunicar dor ou desconforto.
UMIDADE Grau de exposição da pele à umidade	1. Constantemente úmida: A pele fica constantemente úmida por suor, urina, etc. A umidade é percebida cada vez que o paciente é movimentado ou mudado de posição.	2. Frequentemente úmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, úmida. A roupa de cama precisa ser trocada pelo menos a cada oito horas.	3. Ocasionalmente úmida: A pele está ocasionalmente úmida, necessitando de troca de roupa de cama a cada 12 horas.	4. Raramente úmida: A pele geralmente está seca, as trocas de fraldas são feitas de rotina e as roupas de cama necessitam ser trocadas apenas a cada 24h.
FRICÇÃO E CISALHAMENTO Fricção: a pele se move contra as estruturas de suporte. Cisalhamento: a pele e a superfície óssea adjacente deslizam uma sobre a outra.	1. Problema importante: A espasticidade, a contratura, o prurido ou a agitação levam a criança debater-se no leito e há fricção quase constante.	2. Problema: Necessita de ajuda moderada a máxima para se mover: É impossível se levantar completamente sem deslizar sobre os lençóis do leito ou cadeira, necessitando de reposicionamento frequente com o máximo de assistência	3. Problema Potencial: Movimenta-se com dificuldade ou necessita de mínima assistência. Durante o movimento, provavelmente ocorre atrito entre a pele e os lençóis, cadeira, coxins ou outros dispositivos. A maior parte do tempo mantém uma posição relativamente boa na cadeira e no leito, mas ocasionalmente escorrega.	4. Nenhum problema aparente: Capaz de levantar-se completamente durante uma mudança de posição. Movimenta-se sozinho na cadeira e no leito, e tem força muscular suficiente para levantar-se completamente durante o movimento. Mantém uma posição adequada no leito e na cadeira o tempo todo.
NUTRIÇÃO Padrão habitual de consumo alimentar.	1. Muito pobre: Em jejum e/ou mantido com ingestão hídrica ou hidratação IV por mais de 5 dias ou albumina <2,5mg/dl ou nunca come uma refeição completa. Raramente come mais da metade de algum alimento oferecido. O consumo de proteínas inclui apenas 2 porções de carne ou derivados de leite por dia. Ingerir pouco líquido. Não ingere suplemento dietético líquido.	2. Inadequada: Dieta líquida por sonda ou NPP que fornece calorias e minerais insuficientes para a idade ou albumina < 3 mg/dl ou raramente come uma refeição completa. Geralmente come apenas a metade de algum alimento oferecido. O consumo de proteínas inclui apenas três porções de carne ou derivados de leite por dia. Ocasionalmente ingere suplemento dietético.	3. Adequada: Dieta por sonda ou NPP que fornece calorias e minerais suficientes para a idade ou come mais da metade da maioria das refeições. Consome um total de quatro porções de proteínas (carne, derivados de leite) por dia. Ocasionalmente recusa uma refeição, mas geralmente toma suplemento dietético, se oferecido.	4. Excelente: Dieta geral que fornece calorias suficientes para a idade. Por exemplo, come/bebe a maior parte de cada refeição/ alimentação. Nunca recusa uma refeição. Geralmente come um total de quatro ou mais porções de carne e derivados de leite. Ocasionalmente, come entre as refeições. Não necessita de suplementação.
PERFUSÃO TECIDUAL E OXIGENAÇÃO	1. Extremamente comprometida: Hipotenso (PAM <50 mmHg; <40 mmHg em recém-nascido) ou o paciente não tolera as mudanças de posição.	2. Comprometida: Normotenso. Apresenta saturação de oxigênio <95% ou a hemoglobina <10mg/dl ou o tempo de enchimento capilar >2 segundos. O pH sérico <7,40.	3. Adequada: Normotenso. Apresenta saturação de oxigênio >95% ou a hemoglobina <10mg/dl ou o tempo de enchimento capilar >2 segundos. O pH sérico é normal.	4. Excelente: Normotenso. Apresenta saturação de oxigênio >95%, a hemoglobina normal e o tempo de enchimento capilar <2 segundos.

Sem risco: >25 Risco Baixo: 22 a 25 pontos; Risco Alto: ≤ 22 pontos. (Indicador institucional: Percentual de pacientes com risco para lesão por pressão recebendo cuidado preventivo apropriado)

Fonte: Copyright. Barbara Braden e Nancy Bergstrom, 1988. Adaptada e validada por Maia et al., 2011.

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.DENF.056 – Página 1/8	
Título do Documento	AVALIAÇÃO DO RISCO DE LESÃO POR PRESSÃO UTILIZANDO A ESCALA DE BRADEN E BRADEN Q	Emissão: 06/2025	Próxima revisão: 06/2027
		Versão: 03	

ANEXO 3 - Tela do AGHUX – Caminho para registro da escala de Braden e Braden Q.

Manter Controles do Paciente

Hora ? * 11:45 Data ? * 03/12/2020 Grupo ? * BRADEN ADULTO

Ações	Itens	
	PERCEPÇÃO	<input type="text"/>
	UMIDADE	<input type="text"/>
	ATIVIDADE	<input type="text"/>
	MOBILIDADE	<input type="text"/>
	NUTRIÇÃO	<input type="text"/>
	FRIC CISAL	<input type="text"/>
	BRADEN DIA	<input type="text"/>
	PELE INTEG	Selecione ▼
	BRADEN ADM	<input type="text"/>
	LP ADMISS	Selecione ▼
	LP SETOR	Selecione ▼

Manter Controles do Paciente

Hora ? * 11:45 Data ? * 03/12/2020 Grupo ? * BRADEN Q PEDIÁTRICO

Ações	Itens	
	PERCEPÇÃOQ	<input type="text"/>
	UMIDADEQ	<input type="text"/>
	ATIVIDADEQ	<input type="text"/>
	MOBILIDADEQ	<input type="text"/>
	NUTRIÇÃO Q	<input type="text"/>
	FRIC CIS Q	<input type="text"/>
	PERF TISS	<input type="text"/>
	BRADENQ DIA	<input type="text"/>
	BRADENQ AD	<input type="text"/>
	PELE INT	Selecione ▼
	LP Q INT	Selecione ▼
	LPQ SETOR	Selecione ▼

Fonte: AGHUX/HU-UFMG.

Legenda: BRADEN DIA ou BRADEN Q DIA: é o escore total da avaliação da escala de Braden no dia em questão. Ex: 15, 16, 18, etc. O sistema do AGHUX não soma a pontuação, dessa forma é necessário descrever nesse item a pontuação total obtida na avaliação do cliente naquele dia. Observação: não deve ser preenchido este item na admissão do paciente na unidade;

BRADEN ADM ou BRADEN Q AD: é o escore total obtido da avaliação pela escala no dia da admissão do cliente no setor. Este item deve ser preenchido apenas na admissão do cliente e não deve ser preenchido nas avaliações subsequentes;

PELE INTEG OU PELE INT: item que deve ser descrito na admissão do cliente no setor apenas. Utilizar para descrever se o paciente está com a pele íntegra na admissão ou não. O que é considerado pele não íntegra: presença de estomas, presença de deiscência cirúrgica, presença de LP, presença de Dermatite Associada a Incontinência (DAI), lesão por fricção presente na admissão, drenos, úlcera arterial ou venosa, ou outros tipos de lesões de pele. Como pele íntegra, entende-se ausência de lesões cutâneas, presença de incisão cirúrgica fechada por primeira intenção, sem sinais flogísticos. Reforçando que este item deve ser preenchido apenas na admissão e não precisa ser preenchido nas avaliações subsequentes;

LP Q INT ou LP ADMISS: item que descreve a existência prévia de uma lesão por pressão na admissão do setor. Este item deve ser descrito apenas uma vez, durante a admissão no setor e não necessita ser preenchido nas outras avaliações de Braden posteriores. Não notificar aqui lesões de outras etiologias, notificar apenas as lesões por pressão, seja por dispositivos médico ou lesões clássicas de proeminências ósseas;

LP SETOR ou LPQ SETOR: deve ser utilizado para descrever o surgimento de uma lesão por pressão na internação no setor em questão, ou seja, para notificação de lesões por pressão novas. Não deve ser usado para notificar lesões que surgiram na instituição provenientes de outros setores. Notificar apenas a LP do setor. Atentar-se para notificar uma vez cada lesão, para evitar aumento de notificações. Não notificar outras lesões que não forem lesões por pressão neste item;