



CONTRIBUTO PARA A UTILIZAÇÃO DA ESCALA DE BRADEN EM ANGOLA: ADAPTAÇÃO CULTURAL E VALIDAÇÃO EM DOENTES INTERNADOS EM UCI

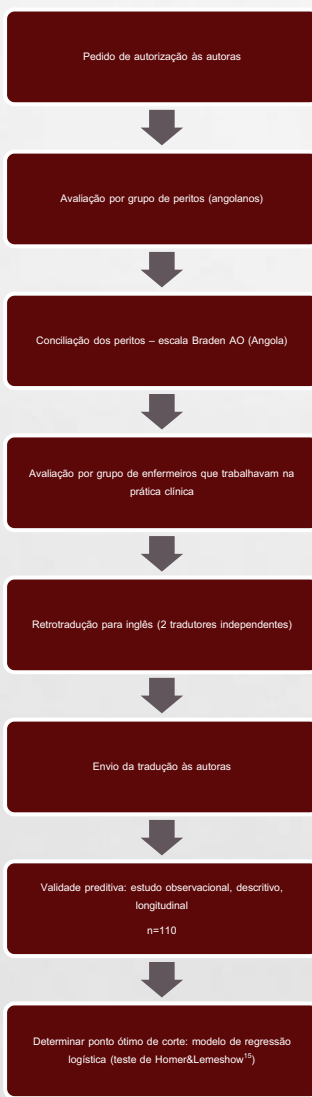
Susana Pinto, MNSC¹; Maria Assunção, MGS²; Ricardo São João, PhD³; Tiago Domingues⁴; Paulo Alves, PhD⁵; Helena José, PhD⁶
¹Doutoranda em Enfermagem no Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Porto. Mestre em Enfermagem. Contato: sujipinto@gmail.com
²Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Católica Portuguesa, Porto. Mestre em Gerontologia Social.
³Doutor em Ciências da Vida na especialidade Saúde das Populações/Bioestatística (FCM-UNL), Professor Adjunto na ESGT-IPS, Santarém. Centro de Estatística e Aplicações Universidade de Lisboa - CEAUL.
⁴Mestre em Bioestatística (DEIO-FCUL) e doutorando em Estatística e Investigação Operacional na especialidade de Bioestatística e Bioinformática. Professor Convidado na ESGT-IPS, Santarém. Centro de Estatística e Aplicações Universidade de Lisboa - CEAUL.
⁵Doutor em Enfermagem. Professor auxiliar na Universidade Católica Portuguesa, Porto. Centro de investigação interdisciplinar em saúde (CIIS).
⁶Doutor em Enfermagem. Professor na Universidade do Algarve. Investigador da UICISA-E.

INTRODUÇÃO: A avaliação do risco de UPP é uma medida de boas práticas e deve ser realizada com o uso de um instrumento preditor de risco confiável e válido para a população em estudo. Um dos mais utilizados, a nível mundial, é a escala de Braden⁽¹⁾. A escala de Braden contempla seis categorias: percepção sensorial, humidade, atividade, mobilidade, nutrição e forças de deslizamento e fricção; e cada categoria encontra-se, em geral, subdividida em quatro subcategorias. A pontuação final resulta da soma de todas as subcategorias, assumindo valores entre 6 e 23 pontos⁽⁶⁾. Em países diferentes e com o mesmo idioma é necessária a adaptação cultural sem tradução⁽⁷⁻⁸⁾. A validação da escala de Braden noutros países⁽⁹⁻¹²⁾ em UCI, revela razoável capacidade preditiva e o ponto de corte de 12 para o desenvolvimento de UPP é frequente em vários estudos^(10,12-13).

OBJETIVOS: (1) Descrever o processo de adaptação cultural da escala de Braden para Angola. (2) Determinar as propriedades psicométricas da escala: sensibilidade, especificidade e ponto ótimo de corte.

METODOLOGIA

ESTUDO METODOLÓGICO⁽⁷⁻⁸⁾



RESULTADOS

1. ADAPTAÇÃO CULTURAL

Subescala	Subcategoria	Sugestão pelos peritos	Aceite pelo investigador	Aceite pelas autoras
Percepção sensorial	Completamente limitada	✓	✓	✓
	Muito limitada	✓	✓	✓
	Ligeiramente limitada			
	Nenhuma limitação			
Humidade	Pele constantemente húmida	✓	✓	✓
	Pele muito húmida	✓	X	
	Pele ocasionalmente húmida			
Atividade	Pele raramente húmida			
	Acamado			
	Sentado			
	Anda ocasionalmente			
Mobilidade	Anda frequentemente			
	Completamente imobilizado			
	Muito limitada	✓	✓	✓
Nutrição	Ligeiramente limitada			
	Nenhuma limitação			
	Muito pobre	✓	✓	✓
Fricção e forças de deslizamento	Provavelmente inadequado	✓	✓	✓
	Adequado			
	Excelente			
	Problema			
Formato	Potencial problema			
	Nenhum problema			
		✓	X	

- Avaliação pelos enfermeiros: avaliação dos enfermeiros especialistas, todos consideraram as subcategorias compreensíveis, não havendo necessidade de novas alterações.
- As autoras da escala validaram todas as sugestões e deram autorização para o seu uso, corroborando o sentido da escala original.

2. DETERMINAÇÃO DO PONTO DE CORTE E PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS

- Modelo de regressão logística encontra-se adequadamente ajustado ($\chi^2 = 8.88345; gl = 8; valor - p \approx 0.35$) e a variável explicativa da pontuação da escala de Braden é estatisticamente significativa (valor-p<0.001).
- A área abaixo da curva ROC para este ponto de corte foi de 0.687, o que corresponde a um poder discriminante aceitável. Assim sendo, pode-se concluir que a escala de Braden para esta população específica é um modelo com capacidade preditiva/discriminante aceitável, resultado esse em conformidade com a literatura internacional.

CONCLUSÃO: O processo de adaptação cultural da Escala de Braden para Angola foi realizado com peritos e enfermeiros angolanos que atestaram a sua compreensão, pelo que se pode inferir que esta seja compreensível para os enfermeiros em Angola. **Para o doente crítico, a escala apresenta razoável sensibilidade (67%) e alta especificidade (82%) para um ponto de corte de 12**, ou seja, para uma pontuação inferior ou igual a 12 pontos há risco de desenvolver UPP. Este estudo é um excelente contributo para a enfermagem em Angola através do uso de uma escala validada.

Especificidade	Sensibilidade	Ponto ótimo de corte
67%	82%	12

BIBLIOGRAFIA:
1. European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and treatment of pressure ulcers/ulcers: clinical practice guideline. 3rd ed. Nessler E, editor. 2019.
2. Chaturvedi NP, Thakur J, Harkin S, Cooper PM, Sill S, Sill CP, et al. Incidence and Prevalence of Pressure Ulcers in Acute Intensive Care Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. Crit Care Med. 2016;44(11):e204-11.
3. Soudani M, Maghazachi MT, Agbari I, Ghannouchi G, Khamisatou L, El-Harazi H, et al. Effects of thermodynamic factors and oxygenation on the incidence of pressure ulcers in the ICU. Adv Ski Wound Care. 2019;32(8):359-64.
4. Gao J, Braden B, Meng Y. Pressure Injury Risk Factors in Critical Care Patients: A Observational Study. Adv Ski Wound Care. 2019;32(7):329-34.
5. Leake SO, Alvarez E, Berbenitay J, Blackwood B, Boulanger C, Brill SJ, et al. Prevalence, associated factors and outcomes of pressure injuries in adult intensive care unit patients: the DecubCU study. Intensive Care Med. 2020.
6. Berglitz N, Braden B, Lagatta A, Holman V. The Braden scale predicting pressure ulcer risk. Nurs Res. 1987;36:205-10.
7. DCC. DCC Guidelines for Reporting and Auditing. Trans R Soc Open Sci. 2018;15(1):17134.
8. Ramada-Rodriguez JM, Sierra-Pujadas C, Garcia-Chechuel G. Adaptación cultural y validación de cuestionario de salud: Revisión y recomendaciones metodológicas. Salud Publica Mex. 2013;55(1):57-66.
9. Sarik N, Karamali SK, Hoca S. The Use of Braden Scale in Assessing Pressure Ulcers in Turkey: A Systematic Review. Adv Ski Wound Care. 2019;32(2):94-107.
10. Lima-Duenas M, Gonzalez-Mendez M, Martin-Catalán C, Alvarez-Araujo J, Lima-Rodríguez JS. Predictive validity and reliability of the Braden scale for risk assessment of pressure ulcers in an intensive care unit. Med Intensiva. 2018;43(2):92-91.
11. Szepes L, Szentesi V, Papp Z, Papp Z, Papp Z, Papp Z, et al. Validity of the Braden and Waterlow subscales in predicting pressure ulcer risk in hospitalized patients. Appl Nurs Res. 2011;24(4):425-8.
12. Cheng H, Tu Y, Liu A. Predicting the Risk for Hospital-Acquired Pressure Ulcers in Critical Care. 2017;20:64-7.
13. Rigaard AT, Du Plessis TN, De Araujo TM, Rigaard MB, De Oliveira-Berguette ME. Evaluation of the pressure ulcers risk scales with critically ill patients: A prospective cohort study. Rev Lat Am Enfermagem. 2015;23(1):28-35.
14. Yuan HC. A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing; 2020.
15. Hosmer D, Lemeshow S. Applied Logistic Regression (2nd ed). Wiley & Sons, editor. New York; 2000.