

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT. NUSP.002 - Página 1/ 18	
Título do Documento	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO	Emissão: 09/2020	Próxima revisão: 09/2022
		Versão: 03	

SUMÁRIO

1. SIGLAS E TERMOS	2
2. OBJETIVOS.....	2
3. INTRODUÇÃO	2
4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	3
5. INTERVENÇÕES.....	3
6. CRITÉRIOS DE APLICAÇÃO DA ESCALA DE BRADEN	3
7. ETAPA N° 1	4
8. ETAPA N° 2	5
9. ETAPA N° 3	6
10. ETAPA N° 4	7
11. ETAPA N° 5	8
12. ETAPA N° 6	8
13. ESTRATÉGIAS DE MONITORAMENTO E INDICADORES	13
14. NOTIFICAÇÃO	13
15. OPERACIONALIZAÇÃO DA ESCALA DE BRADEN	14
16. REFERÊNCIAS.....	16
17. HISTÓRICO DE REVISÃO.....	17

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT. NUSP.002 - Página 2/ 18	
Título do Documento	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO	Emissão: 09/2020	Próxima revisão: 09/2022
		Versão: 03	

1. SIGLAS E CONCEITOS

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

EUAP - European Pressure Ulcer Advisory Panel

LLP - Lesão Por Pressão

NPUAP - *National Pressure Ulcer Advisory Panel*

TVP - Trombose Venosa Profunda

Lesão por pressão (LPP): lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente, geralmente sobre uma proeminência óssea, resultante da pressão ou da combinação entre pressão e cisalhamento, causado pela fricção^{6,7}. Outros fatores estão associados à LPP, mas seu papel ainda não foi completamente esclarecido⁶.

Cisalhamento: deformação que sofre um corpo quando sujeito à ação de forças cortantes⁸.

Estadiamento de LPP: classificação da LPP, que auxilia na descrição clínica da profundidade observável de destruição tecidual⁵. O Estadiamento de LPP encontra-se descrito no Anexo I.

2. OBJETIVOS

Promover a prevenção da ocorrência de Lesão por Pressão (LPP) e outras lesões da pele.

3. INTRODUÇÃO

Uma das consequências mais comuns, resultante de longa permanência em hospitais, é o aparecimento de alterações de pele. A incidência aumenta proporcionalmente à combinação de fatores de riscos, dentre eles, idade avançada e restrição ao leito.

A manutenção da integridade da pele dos pacientes restritos ao leito tem por base o conhecimento e a aplicação de medidas de cuidado relativamente simples. A maioria das recomendações para avaliação da pele e as medidas preventivas podem ser utilizadas de maneira universal, ou seja, tem validade tanto para a prevenção de Úlcera Por Pressão (LPP) como para quaisquer outras lesões da pele.

Diferentemente de boa parte das alterações de pele, a LPP tem sido alvo de grande preocupação para os serviços de saúde, pois a sua ocorrência causa impacto tanto para os pacientes e seus familiares, quanto para o próprio sistema de saúde, com o prolongamento de internações, riscos de infecção e outros agravos evitáveis, ampliando assim o custo da internação.

Segundo dados da *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP), EUA, a prevalência de UPP em hospitais é de 15% e a incidência é de 7%¹. No Reino Unido, casos novos de UPP acometem entre 4% a 10% dos pacientes admitidos em hospital². No Brasil, embora existam poucos trabalhos

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT. NUSP.002 - Página 3/ 18	
Título do Documento	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO	Emissão: 09/2020	Próxima revisão: 09/2022
		Versão: 03	

sobre incidência e prevalência de LPP, um estudo realizado em um hospital geral universitário evidenciou uma incidência de 39,81%³.

As taxas de incidência e prevalência na literatura apresentam variações que se devem às características dos pacientes e ao nível de cuidado, diferenciando-se em cuidados de longa permanência, cuidados agudos e atenção domiciliar:

Cuidados de longa permanência: as taxas de prevalência variam entre 2,3% a 28% e as taxas de incidência entre 2,2% a 23,9%.⁴

Cuidados agudos: as taxas de a prevalência estão em torno de 10 a 18% e de incidência variam entre 0,4% a 38%.⁴

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

- **Crítérios de inclusão:** O protocolo deverá ser aplicado em todos os ambientes de prestação do cuidado à saúde (unidades de internação, salas de emergência, centro cirúrgico e maternidade) em que sejam realizados procedimentos, querem terapêuticos ou diagnósticos.
- **Crítérios de exclusão:** Não se aplica.

5. INTERVENÇÕES

A maioria dos casos de LPP pode ser evitada por meio da identificação dos pacientes em risco e da implantação de estratégias de prevenção confiáveis para todos os pacientes identificados como de risco⁵.

Quadro 1. As seis etapas essenciais de uma estratégia de prevenção de LPP

Etapa	Descrição
1	Avaliação de lesão por pressão na admissão de todos os pacientes
2	Reavaliação diária de risco de desenvolvimento de LPP de todos os pacientes internados
3	Inspeção diária da pele
4	Manejo da Umidade: manutenção do paciente seco e com a pele hidratada
5	Otimização da nutrição e da hidratação
6	Minimizar a pressão

6. CRITÉRIOS DE APLICAÇÃO DA ESCALA DE BRADEN

- a) São critérios de aplicação da Escala de Braden e Braden Q,:
- Doentes com idade superior a 18 anos-**Escala de Braden;**

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT. NUSP.002 - Página 4/ 18	
Título do Documento	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO	Emissão: 09/2020	Próxima revisão: 09/2022
		Versão: 03	

- Doentes com idades compreendidas entre os 21 dias de vida e os 18 anos de idade -**Escala de Braden Q.**
- b) São critérios de exclusão da aplicação da Escala de Braden:
- Doentes em situação de assistência ambulatoria ou em qualquer situação em que não está previsto tempo de internamento superior ou igual a 24 horas, a menos que exista mudança do estado clínico do doente;
 - Portadores de doença mental;
 - Portadores de patologia em que esteja implícito o risco de automutilação.
- c) São critérios de estratificação do risco (Anexo IV): Através da aplicação da Escala de Braden e Braden Q, os doentes devem ser categorizados em dois níveis de risco, em que o ponto de cut-off, será 16 e 22 respectivamente, da seguinte forma:
- Alto Risco de Desenvolvimento de úlceras de pressão no adulto - valor final ≤ 16 ;
 - Baixo Risco de Desenvolvimento de úlceras de pressão no adulto - valor final ≥ 17 ;
 - Alto Risco de Desenvolvimento de úlceras de pressão na criança - valor final < 22
 - Baixo Risco de Desenvolvimento de úlceras de pressão na criança - valor final ≥ 22 .
- d) A avaliação de admissão dos pacientes apresenta dois componentes:
- A avaliação do risco de desenvolvimento de LPP e;
 - A avaliação da pele para detectar a existência de LPP ou lesões de pele já instaladas.
- e) A pronta identificação de pacientes em risco para o desenvolvimento de LPP, por meio da utilização de ferramenta validada, permite a adoção imediata de medidas preventivas. A avaliação de risco deve contemplar os seguintes fatores:
- mobilidade;
 - incontinência;
 - déficit sensitivo e;
 - estado nutricional (incluindo desidratação).

7. ETAPA N° 1

7.1. Avaliação de úlcera por pressão na admissão de todos os pacientes

Nos termos da alínea c) do n.º 2 do artigo 2.º do Decreto Regulamentar n.º 66/2007, de 29 de maio, na redação dada pelo Decreto Regulamentar n.º 21/2008, de 2 de dezembro, emite-se a orientação seguinte:

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT. NUSP.002 - Página 5/ 18	
Título do Documento	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO	Emissão: 09/2020	Próxima revisão: 09/2022
		Versão: 03	

Deve proceder-se à avaliação do risco de desenvolvimento de lesão por pressão nos doentes, em todos os contextos assistenciais, independentemente do diagnóstico clínico e necessidades em cuidados de saúde, nas primeiras seis horas após a admissão do doente.

Os instrumentos validados em Portugal para a avaliação do risco no adulto são a Escala de Braden¹ (Anexo I) e o instrumento da avaliação da pele (Anexo II).

Na criança é utilizada a Escala de Braden Q² (Anexo III) e o instrumento de avaliação da pele (Anexo II).

Os resultados obtidos através da aplicação da Escala devem ser registados no processo clínico.

A avaliação clínica complementa, obrigatoriamente, os instrumentos referidos anteriormente.

O risco de desenvolvimento de lesão por pressão deve ser reavaliado periodicamente, de acordo com a seguinte tabela:

Períodos recomendados de reavaliação do risco de desenvolvimento de lesões por pressão, com a utilização da Escala de Braden (versão adulto) e Braden Q (versão pediátrica).

Quadro 2. Período recomendado para reavaliação do risco de desenvolvimento de L.P.P

Internamentos Hospitalares	Serviços de Urgência e Unidades de Cuida dos Intensivos	Unidades de Cuidados Continuados e Paliativos	Cuida dos Domiciliários	Doentes que não permaneçam mais de 48 no serviço
48/48 Horas	24/24 Horas	48/48 Horas	Semanalmente	Apenas se existir alguma

Os doentes em que foi aplicada a Escala de Braden devem ser estratificados nas categorias de baixo e alto risco de desenvolvimento de lesão por pressão (Anexo IV).

A presente Orientação revoga a Circular Informativa da Direção-Geral da Saúde, nº 35/DSQC/DSC de 12/12/2008, sobre avaliação do risco para a Lesão por Pressão-Escala de Risco de Braden.

8. ETAPA N° 2

8.1. Reavaliação diária de risco de desenvolvimento de LPP de todos os pacientes internados

A complexidade e a gravidade dos pacientes internados resultam na necessidade de reavaliação diária do potencial e do risco de desenvolvimento de LPP. A reavaliação diária permite aos profissionais de saúde ajustar sua estratégia de prevenção conforme as necessidades do

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT. NUSP.002 - Página 6/ 18	
Título do Documento	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO	Emissão: 09/2020	Próxima revisão: 09/2022
		Versão: 03	

paciente. O grau de risco, conforme especificado em várias ferramentas, permite que os profissionais implantem estratégias individualizadas para os pacientes.

8.2. Procedimento Operacional da Avaliação e Reavaliação de Risco (Etapas 1 e 2)

Recomendação: Use uma abordagem estruturada de avaliação de risco para identificar indivíduos em risco de desenvolver LPP (Nível de Evidência C)⁶.

As escalas preditivas são, entretanto, um parâmetro que deve ser utilizado em associação à avaliação clínica do enfermeiro. Assim, qualquer que seja o escore alcançado na escala, a avaliação clínica deverá ser soberana perante a existência de fatores de risco para UPP e de comorbidades inerentes ao desenvolvimento desta lesão cutânea. Um plano de cuidados específicos para prevenção de alterações cutâneas, portanto, deve ser implementado⁹.

A avaliação e a prescrição de cuidados com a pele é uma atribuição do enfermeiro, sendo que a participação da equipe multiprofissional na prevenção das alterações é fundamental na contribuição para a prescrição e no planejamento dos cuidados com o paciente em risco. Poderão ser necessários ajustes nutricionais, intervenções para auxiliar a mobilização ou mobilidade dos pacientes, entre outras medidas.

ATENÇÃO: As etapas subseqüentes (etapas 3 a 6), descritas a seguir, deverão ser utilizadas em todos os pacientes classificados como de risco nas etapas de avaliação anteriormente descritas (etapas 1 e 2).

As medidas preventivas para LPP descritas a seguir devem ser instituídas pelo enfermeiro após a identificação dos fatores preditivos para o risco por meio de cuidados essenciais com a pele para a manutenção da integridade cutânea.

9. ETAPA N° 3

9.1 Inspeção diária da pele

Pacientes que apresentam risco de desenvolvimento de LPP, de acordo com etapas 1 e 2, necessitam de inspeção diária de toda a superfície cutânea, da cabeça aos pés. Estes pacientes, em geral hospitalizados, podem apresentar deterioração da integridade da pele em questão de horas. Em virtude da rápida mudança de fatores de risco em pacientes agudamente enfermos, a inspeção diária da pele é fundamental. Deve ser dada atenção especial a áreas de alto risco para desenvolvimento de LPP.

A identificação das lesões da pele, como úlcera por pressão, deve ser feita de acordo com a definição e classificação internacional¹⁰.

9.2 Procedimento operacional da inspeção da pele (Etapa 3)

Recomendação: Examine a pele do paciente cuidadosamente para identificar a existência de LPP (Nível de Evidência C)⁶.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT. NUSP.002 - Página 7/ 18	
Título do Documento	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO	Emissão: 09/2020	Próxima revisão: 09/2022
		Versão: 03	

Durante a admissão ou a readmissão, examine a pele do paciente cuidadosamente para identificar alterações da integridade cutânea e úlceras por pressão existentes. Para uma apropriada inspeção da pele, deve-se ter especial atenção às áreas corporais de maior risco para LPP, como as regiões anatômicas sacral, calcâneo, ísquio, trocanter, occipital, escapular, maleolar e regiões corporais submetidas à pressão por dispositivos como a presença de cateteres, tubos e drenos⁹.

A realização de diagnóstico diferencial para a distinção entre os tipos de lesões (úlceras por pressão, úlcera arterial, úlcera venosa, úlcera neuropática e dermatites) melhora o tratamento e gerenciamento do cuidado⁹.

A inspeção da pele deve ocorrer em intervalos pré-definidos, cuja periodicidade é proporcional ao risco identificado. É necessário o registro apropriado e pontual das alterações encontradas.

Obs. Pode ser necessário o aumento da frequência da inspeção em razão da piora do estado clínico do paciente (Nível de evidência B)⁶

10. ETAPA N° 4

10.1 Manejo da Umidade: manutenção do paciente seco e com a pele hidratada

Pele úmida é mais vulnerável, propícia ao desenvolvimento de lesões cutâneas, e tende a se romper mais facilmente. A pele deve ser limpa, sempre que apresentar sujidade e em intervalos regulares. O processo de limpeza deve incluir a utilização cuidadosa de um agente de limpeza suave que minimize a irritação e a secura da pele.

Deve-se tomar cuidado para minimizar a exposição cutânea à umidade decorrente de incontinência, transpiração ou exsudato de feridas. Quando estas fontes de umidade não puderem ser controladas, a utilização de fraldas e absorventes é recomendada, com o objetivo de minimizar o contato da pele com a umidade. Agentes tópicos que atuam como barreiras contra a umidade e hidratam a pele também podem ser utilizados.

O tratamento da pele ressecada com hidratantes tem se mostrado especialmente efetivo na prevenção de LPP.

10.2 Procedimento Operacional das medidas preventivas para higiene, hidratação e manejo da umidade da pele (Etapa 4).

a) Higienização e Hidratação da pele

- Limpe a pele sempre que estiver suja ou sempre que necessário. É recomendada a utilização de água morna e sabão neutro para reduzir a irritação e o ressecamento da pele¹¹.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT. NUSP.002 - Página 8/ 18	
Título do Documento	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO	Emissão: 09/2020	Próxima revisão: 09/2022
		Versão: 03	

- Use hidratantes na pele seca e em áreas ressecadas, principalmente após banho, pelo menos 1 vez ao dia (nível de evidência B). A pele seca parece ser um fator de risco importante e independente no desenvolvimento de úlceras por pressão⁶.
- Durante a hidratação da pele, não massagear áreas de proeminências ósseas ou áreas hiperemia das. A aplicação de hidratante deve ser realizada com movimentos suaves e circulares (nível de evidência B)⁶.
- A massagem está contra-indicada na presença de inflamação aguda e onde existe a possibilidade de haver vasos sanguíneos danificados ou pele frágil. A massagem não deverá ser recomendada como uma estratégia de prevenção de úlceras por pressão (nível de evidência B)^{6,11}.

b) Manejo da umidade

- Proteger a pele da exposição à umidade excessiva através do uso de produtos de barreira, de forma a reduzir o risco de lesão por pressão. As propriedades mecânicas do estrato córneo são alteradas pela presença de umidade, assim como a sua função de regulação da temperatura (nível de evidência C)
- Controlar a umidade através da determinação da causa. Usar absorventes ou fraldas⁶.
- Quando possível, oferecer um aparador (comadre ou papagaio) nos horários de mudança de decúbito¹¹.
- Observação: Além da incontinência urinária e fecal, a equipe de enfermagem deve ter atenção a outras fontes de umidade, como extravasamento de drenos sobre a pele, exsudato de feridas, suor e extravasamento de linfa em pacientes com anasarca que são potencialmente irritantes para a pele.

11. ETAPA N° 5

11.1 Otimização da nutrição e da hidratação

A avaliação de pacientes com possível risco de desenvolvimento de LPP deve incluir a revisão de fatores nutricionais e de hidratação. Pacientes com déficit nutricional ou desidratação podem apresentar perda de massa muscular e de peso, tornando os ossos mais salientes e a deambulação mais difícil.

Edema e menor fluxo sanguíneo cutâneo geralmente acompanham os déficits nutricionais e hídricos, resultando em lesões isquêmicas que contribuem para as lesões na pele. Pacientes mal nutridos podem apresentar uma probabilidade duas vezes maior de lesões cutâneas.

Líquidos, proteínas e ingesta calórica são importantes aspectos para a manutenção de um estado nutricional adequado. Suplementos nutricionais podem ser necessários caso a ingesta não

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT. NUSP.002 - Página 9/ 18	
Título do Documento	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO	Emissão: 09/2020	Próxima revisão: 09/2022
		Versão: 03	

seja suficiente. É recomendado que nutricionistas sejam consultados nos casos de pacientes com desnutrição a fim de avaliar e propor intervenções mais apropriadas.

11.2 Procedimento operacional para Nutrição (Etapa 5)

a) notificar todos os indivíduos em risco nutricional ou em risco para úlcera por pressão ao nutricionista a fim de instituir as medidas nutricionais específicas (avaliar a necessidade calórica, vitamínica, minerais e demais nutrientes) para a prevenção de LPP.

b) avaliar e comunicar o nutricionista e a equipe médica sobre a presença de sinais clínicos de desnutrição ou que podem predispor alterações no estado nutricional: edema, perda de peso, disfagia, inapetência, desidratação, entre outros. Na vigência de baixa aceitação alimentar (inferior a 60% das necessidades nutricionais num período de cinco a sete dias), discutir com a equipe a possibilidade de sondagem⁶.

c) avaliar junto ao nutricionista e à equipe médica a necessidade de oferecer suplementos nutricionais, com alto teor protéico, além da dieta habitual, a indivíduos em risco nutricional e de úlcera por pressão (nível de evidência A).

d) O nutricionista deverá avaliar a necessidade de instituir as medidas específicas nutricionais para a prevenção de UPP (vide Apêndice específico para nutrição).

12.0 ETAPA N° 6

12.1. Minimizar a pressão

A redistribuição da pressão, especialmente sobre as proeminências ósseas, é a preocupação principal. Pacientes com mobilidade limitada apresentam risco maior de desenvolvimento de LPP. Todos os esforços devem ser feitos para redistribuir a pressão sobre a pele, seja pelo reposicionamento a cada 02 (duas) horas ou pela utilização de superfícies de redistribuição de pressão.

O objetivo do reposicionamento a cada 2 horas é redistribuir a pressão e, conseqüentemente, manter a circulação nas áreas do corpo com risco de desenvolvimento de UPP. A literatura não sugere a frequência com que se deve reposicionar o paciente, mas duas horas em uma única posição é o máximo de tempo recomendado para pacientes com capacidade circulatória normal.

O reposicionamento de pacientes de risco alterna ou alivia a pressão sobre áreas suscetíveis, reduzindo o risco de desenvolvimento de úlcera por pressão. Travesseiros e coxins são materiais

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT. NUSP.002 - Página 10/ 18	
Título do Documento	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO	Emissão: 09/2020	Próxima revisão: 09/2022
		Versão: 03	

facilmente disponíveis e que podem ser utilizados para auxiliar a redistribuição da pressão. Quando utilizados de forma apropriada, podem expandir a superfície que suporta o peso. Geralmente a pele de pacientes com risco para LPP rompe-se facilmente durante o reposicionamento, portanto, deve-se tomar cuidado com a fricção durante este procedimento.

Superfícies de apoio específicas (como colchões, camas e almofadas) redistribuem a pressão que o corpo do paciente exerce sobre a pele e os tecidos subcutâneos. Se a mobilidade do paciente está comprometida e a pressão nesta interface não é redistribuída, a pressão pode prejudicar a circulação, levando ao surgimento da úlcera.

Pacientes cirúrgicos submetidos à anestesia por período prolongado geralmente apresentam risco aumentado de desenvolvimento de LPP, portanto, todos estes pacientes (no momento pré, intra e pós-operatório) devem receber avaliação de risco da pele.

Os profissionais de saúde devem implantar estratégias de prevenção, como garantir o reposicionamento do paciente e sua colocação em superfícies de redistribuição de pressão, para todos aqueles com risco identificado.

12.1 Procedimento Operacional para Minimizar a Pressão (Etapa 6).

a) Mudança de decúbito ou reposicionamento

- A mudança de decúbito deve ser executada para reduzir a duração e a magnitude da pressão exercida sobre áreas vulneráveis do corpo (nível de evidência A)⁶.
- A frequência da mudança de decúbito será influenciada por variáveis relacionadas ao indivíduo (tolerância tecidual, nível de atividade e mobilidade, condição clínica global, objetivo do tratamento, condição individual da pele, dor (nível de evidência C) e pelas superfícies de redistribuição de pressão em uso (nível de evidência A)⁶.
- Avaliar a pele e o conforto individuais. Se o indivíduo não responde ao regime de posicionamentos conforme o esperado, reconsiderar a frequência e método dos posicionamentos (nível de evidência C)⁶.
- A mudança de decúbito mantém o conforto, a dignidade e a capacitação funcional do indivíduo (nível de evidência C)⁶.
- Reposicionar o paciente de tal forma que a pressão seja aliviada ou redistribuída. Evitar sujeitar a pele à pressão ou forças de torção (cisalhamento). Evitar posicionar o paciente diretamente sobre sondas, drenos e sobre proeminências ósseas com hiperemia não reativa. O rubor indica que o organismo ainda não se recuperou da carga anterior e exige um intervalo maior entre cargas repetidas (nível de evidência C)⁶.
- O reposicionamento deve ser feito usando 30º na posição de semi-Fowler e uma inclinação de 30º para posições laterais (alternadamente lado direito, dorsal e lado esquerdo), se o paciente tolerar estas posições e a sua condição clínica permitir. Evitar posturas que aumentem a pressão, tais como o Fowler acima dos 30º, a posição de deitado de lado a 90º, ou a posição de semi-deitado (nível de evidência C)^{6,11}

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT. NUSP.002 - Página 11/ 18	
Título do Documento	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO	Emissão: 09/2020	Próxima revisão: 09/2022
		Versão: 03	

- Se o paciente estiver sentado na cama, evitar elevar a cabeceira em ângulo superior a 30º, evitando a centralização e o aumento da pressão no sacro e no cóccix (nível de evidência C)⁶.
- Quando sentado, se os pés do paciente não chegam ao chão, coloque-os sobre um banquinho ou apoio para os pés, o que impede que o paciente deslize para fora da cadeira (nível de evidência C). A altura do apoio para os pés deve ser escolhida de forma a fletir ligeiramente a bacia para frente, posicionando as coxas numa inclinação ligeiramente inferior à posição horizontal⁶.
- Deve-se restringir o tempo que o indivíduo passa sentado na cadeira sem alívio de pressão (nível de evidência B). Quando um indivíduo está sentado numa cadeira, o peso do corpo faz com que as tuberosidades isquiáticas fiquem sujeitas a um aumento de pressão. Quanto menor a área, maior a pressão que ela recebe. Consequentemente, sem alívio da pressão, a LPP surgirá muito rapidamente⁶.

b) Medidas preventivas para fricção e cisalhamento

- Elevar a cabeceira da cama até no máximo 30º e evitar pressão direta nos trocanteres quando em posição lateral, limitando o tempo de cabeceira elevada, pois o corpo do paciente tende a escorregar, ocasionando fricção e cisalhamento (nível de evidência C)^{6,11}.
- A equipe de enfermagem deve usar forro móvel ou dispositivo mecânico de elevação para mover pacientes acamados durante transferência e mudança de decúbito. Sua utilização deve ser adequada para evitar o risco de fricção ou forças de cisalhamento. Deve-se verificar se nada foi esquecido sob o corpo do paciente, para evitar dano tecidual (nível de evidência C)^{6,11}.
- Utilizar quadro de avisos próximo ao leito para estimular o paciente a movimentar-se na cama, quando necessário¹¹.
- Avaliar a necessidade do uso de materiais de curativos para proteger proeminências ósseas, a fim de evitar o desenvolvimento de úlcera por pressão por fricção¹¹.

Observação: Apesar da evidência de redução de cisalhamento no posicionamento da cabeceira até 30º, para os pacientes em ventilação mecânica e traqueostomizados com ventilação não invasiva, é recomendado decúbito acima de 30º para a prevenção de Pneumonia Associada à Ventilação – PAV.

c) Materiais e equipamentos para redistribuição de pressão

- Uso de colchões e camas na prevenção de LPP
- Utilizar colchões de espuma altamente específica em vez de colchões hospitalares padrão, em todos os indivíduos de risco para desenvolver LPP (nível de evidência A)⁶.
- A seleção de uma superfície de apoio adequada deve levar em consideração fatores como o nível individual de mobilidade na cama, o conforto, a necessidade de controle do microclima, bem como o local e as circunstâncias da prestação de cuidados^{6,8}. Todos os pacientes

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT. NUSP.002 - Página 12/ 18	
Título do Documento	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO	Emissão: 09/2020	Próxima revisão: 09/2022
		Versão: 03	

classificados como “em risco” deverão estar sob uma superfície de redistribuição de pressão (nível de evidência C).

- Não utilizar colchões ou sobreposições de colchões de células pequenas de alternância de pressão com o diâmetro inferior a 10 cm (nível de evidência C)⁶.
- Use uma superfície de apoio ativo (sobreposição ou colchão) para os pacientes com maior risco de desenvolvimento de úlceras por pressão, quando o reposicionamento manual frequente não é possível (nível de evidência B)⁶.
- Sobreposições ativas de alternância de pressão e colchões de redistribuição de pressão têm uma eficácia semelhante em termos de incidência de úlceras por pressão (nível de evidência A)⁶.
- Uso de superfícies de apoio para a prevenção de úlcera por pressão nos calcâneos
- Os calcâneos devem ser mantidos afastados da superfície da cama (livres de pressão) (nível de evidência C)⁶.
- Os dispositivos de prevenção de LPP nos calcâneos devem elevá-los de tal forma que o peso da perna seja distribuído ao longo da sua parte posterior, sem colocar pressão sobre o tendão de Aquiles. O joelho deve ter ligeira flexão (nível de evidência C)⁶.
- Utilizar uma almofada ou travesseiro abaixo das pernas (região dos gêmeos) para elevar os calcâneos e mantê-los flutuantes (nível de evidência B)⁶.
- Observação: A hiperextensão do joelho pode causar obstrução da veia poplítea, que pode predispor a uma Trombose Venosa Profunda – TVP⁶.
- Uso de superfície de apoio para prevenir úlceras por pressão na posição sentada * Utilizar um assento de redistribuição de pressão para os pacientes com mobilidade reduzida e que apresentam risco de desenvolvimento de úlceras por pressão quando estes estiverem sentados em uma cadeira (nível de evidência B). Almofadas de ar e espuma redistribuem melhor a pressão, já as almofadas de gel e de pele de carneiro causam maior pressão⁶.

12.2 Medidas preventivas para úlcera por pressão conforme classificação de risco

Os fatores de risco identificados na fase de avaliação fornecem informações para o desenvolvimento do plano de cuidados. Segue as recomendações das medidas preventivas conforme a classificação do risco: ^{11,12}

- a) Risco baixo (15 a 18 pontos na escala de Braden).
 - Cronograma de mudança de decúbito;
 - Otimização da mobilização;
 - Proteção do calcanhar;

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT. NUSP.002 - Página 13/ 18	
Título do Documento	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO	Emissão: 09/2020	Próxima revisão: 09/2022
		Versão: 03	

- Manejo da umidade, nutrição, fricção e cisalhamento, bem como uso de superfícies de redistribuição de pressão.

- b) Risco moderado (13 a 14 pontos na escala de Braden).
 - Continuar as intervenções do risco baixo;
 - Mudança de decúbito com posicionamento a 30°.

- c) Risco alto (10 a 12 pontos na escala de Braden).
 - Continuar as intervenções do risco moderado;
 - Mudança de decúbito frequente;
 - Utilização de coxins de espuma para facilitar a lateralização a 30°.

- d) Risco muito alto (≤ 9 pontos na escala de Braden).
 - Continuar as intervenções do risco alto;
 - Utilização de superfícies de apoio dinâmico com pequena perda de ar, se possível;
 - Manejo da dor.

13. ESTRATÉGIAS DE MONITORAMENTO E INDICADORES

Sugerem-se 3 indicadores de processo (4.1 a 4.3) e um indicador de resultado (4.4) para a prevenção da LPP

- Percentual (%) de pacientes de risco recebendo cuidado preventivo apropriado para UPP⁵.
- Percentual (%) de pacientes recebendo avaliação diária para risco de LPP⁵.
- Incidência de LPP.
- Percentual (%) de pacientes submetidos a avaliação de risco para LPP na admissão⁵

14. NOTIFICAÇÃO

Os profissionais de saúde serão orientados a notificar qualquer evento adverso relacionado à lesão por pressão utilizando o aplicativo VIGHOSP e posteriormente ao Núcleo de Segurança do Paciente da instituição e ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), por meio do Sistema NOTIVISA (RDC nº 36/2013).

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT. NUSP.002 - Página 14/ 18	
Título do Documento	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO	Emissão: 09/2020	Próxima revisão: 09/2022
		Versão: 03	

15. OPERACIONALIZAÇÃO DA ESCALA DE BRADEN

A Escala de Braden é constituída por seis subescalas:

- a) as subescalas têm como objetivo a avaliação das seguintes dimensões: Percepção sensorial, Umidade da pele, Atividade, Mobilidade, Nutrição, Fricção e Forças de Deslizamento;
- b) O valor atribuído a cada subescala varia entre 1 e 4 (o menor valor corresponde a um maior risco de desenvolvimento de lesão de pressão);
- c) O valor obtido através do somatório dos valores atribuídos a cada subescala varia entre 6 e 23.

A Escala de Braden Q (Pediátrica) é constituída pelas seis subescalas da Escala de Braden original e uma subescala de perfusão/oxigenação tecidual;

- e) Tal como referido anteriormente, o valor atribuído a cada subescala varia entre 1 e 4 (o menor valor corresponde a um maior risco de desenvolvimento de úlcera de pressão);
- f) O valor obtido através do somatório dos valores atribuídos a cada subescala varia entre 7 e 28.

Paralelamente à aplicação da Escala de Braden ou Braden Q, é avaliado o estado da pele através do instrumento de avaliação da pele (Anexo II).

Devem ser considerados os seguintes níveis de risco

a) alto risco

- Existência de alto risco de desenvolvimento de úlceras de pressão, por um ou mais que um fator de risco.

Deve ser avaliado de acordo com os prazos estipulados anteriormente.

- Recomenda -se que cada uma das subescalas deva ser analisada individualmente, com a finalidade de implementar intervenções preventivas para cada uma.

b) Baixo risco

- Baixa probabilidade de desenvolvimento de úlceras de pressão nos Scores de fatores de risco-deverá manter-se uma vigilância de acordo com o indicado anteriormente. O fato de estar categorizado como de baixo risco de desenvolvimento de úlceras de pressão não significa que não esteja em risco.
- O juízo clínico do profissional deve fazer sempre parte desta avaliação.

Deve ser feita a avaliação do estado da pele:

- a) as características e tipo de alterações relacionadas com a integridade cutânea, devem ser avaliadas com o instrumento da avaliação da pele (Anexo II).



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT. NUSP.002 - Página 15/ 18	
Título do Documento	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO	Emissão: 09/2020	Próxima revisão: 09/2022
		Versão: 03	

As lesões por pressão são classificadas segundo o Sistema de Classificação da *National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) / European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP)*5 (Anexo V).

- b) Este sistema de classificação encontra-se disponível para consulta, nas versões portuguesas, no site da Direção-Geral da Saúde e das sociedades científicas nacionais. Os originais encontram-se disponíveis nos sites da EPUAP e NPUAP.
- c) Recomenda-se que a avaliação do estado da pele seja realizada durante os cuidados de higiene ou conforto à pele.

Devem existir protocolos preventivos, de acordo com a realidade institucional:

- a) Os protocolos devem ser elaborados por nível de risco ou por subescala afetada
- b) É recomendável que, os mesmos, sejam adequados à os scores mais baixos por cada subescala.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT. NUSP.002 - Página 16/ 18	
Título do Documento	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO	Emissão: 09/2020	Próxima revisão: 09/2022
		Versão: 03	

16. REFERÊNCIAS

1. Moore Zena EH, Cowman Seamus. Risk assessment tools for the prevention of pressure ulcers. Cochrane Database of Systematic Reviews. In: The Cochrane Library, Issue 3, 2009, Art.
2. Benbow, M et all. Pressure ulcer risk assessment and prevention. Clinical Practice Guidelines. Royal College of Nursing: April, 2001.
3. Rogenski NMB, Santos VLCG. Estudo sobre a incidência de úlceras por pressão em um hospital universitário. Rev Latino-am Enfermagem 2005 julho-agosto; 13(4):474-80.
4. Cuddigan, J., Ayello, E. A., & Sussman, C. (Eds.) (2001). Pressure ulcers in America: Prevalence, incidence, and implications for the future. Reston, VA: National Pressure Ulcer Advisory Panel. Evidence Level I: Systematic Review/Meta-Analysis apud Preventing pressure ulcers and skin tears. In: Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice [online]. National Guideline Clearinghouse. December 2009. Disponível em: http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?ss=15&doc_id=12262&nbr=006346&string=pressure+AND+ulcer
5. Institute for Healthcare Improvement. How-to-Guide: Prevent Pressure Ulcers. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2011. Disponível em <http://www.ihl.org>. Acessado 26 Março 2013.
6. European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009.
7. WOCN Society Position Statement: Pressure Ulcer Staging, 2011. Acessado em 26/3/13 [http://c.ymcdn.com/sites/www.wocn.org/resource/collection/E3050C1A-FBF0-44ED-B28B-C41E24551CCC/Position Statement - Pressure Ulcer Staging \(2011\).pdf](http://c.ymcdn.com/sites/www.wocn.org/resource/collection/E3050C1A-FBF0-44ED-B28B-C41E24551CCC/Position%20Statement%20-%20Pressure%20Ulcer%20Staging%20(2011).pdf)
8. Rycroft-Malone, J and McInness, E(2000) Pressure ulcer risk assessment and prevention. Technical Report. RCN: London
9. American Medical Directors Association. Pressure Ulcers in Long-Term Care Setting Clinical Guideline. Columbia, MD: AMDA 2008.
10. National Pressure Ulcer Advisory Panel. Pressure Ulcer Stages Revised by NPUAP [on-line]; 2007. Disponível em : <http://www.npuap.org/pr2.htm>
11. Preventing pressure ulcers and skin tears. In: Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice [online]. National Guideline Clearinghouse. December 2009. Disponível em: http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?ss=15&doc_id=12262&nbr=006346&string=pressure+AND+ulcer
12. Virani, T et all. Risk Assessment and Prevention of Pressure Ulcers. RNAO, Toronto: 2005.
13. Ferreira, ABH. Novo Aurélio. 1999. Editora Nova Fronteira.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT. NUSP.002 - Página 17/ 18	
Título do Documento	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO	Emissão: 09/2020	Próxima revisão: 09/2022
		Versão: 03	

17. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO	RESPONSÁVEIS
1.0	08/03/2016	Trata-se da Elaboração do Protocolo de Prevenção de Lesão por pressão do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás	Arlene de Sousa Barcelos Oliveira; Carlos Cristiano Oliveira de Faria Almeida Cristina Célia de Almeida Pereira Santana; Divina de Oliveira Marques; Márcia Beatriz de Araújo Marlice Maria Gomes de Carvalho Ribeiro
2.0	21/08/2017	Revisão do Protocolo de Prevenção de Lesão por pressão do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás	Arlene de Sousa Barcelos Oliveira; Divina de Oliveira Marques; Carlos Cristiano Oliveira de Faria Almeida; Alessandro B Bastos; Débora Resende Fagundes; Divina Fernandes Silva Barbosa; Márcia Beatriz de Araújo; Maria Vilma de Oliveira; Nilde Resplandes dos Santos; Patrícia Araújo Caetano.
3.0	01/09/2020	Atualização da formatação conforme Norma de Elaboração e Controle de documentos da Ebserh.	Bianca Cristina de Oliveira Borges



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT. NUSP.002 - Página 18/ 18	
Título do Documento	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO	Emissão: 09/2020	Próxima revisão: 09/2022
		Versão: 03	

Elaboração Membros do Núcleo de Segurança do Paciente Arlene de Sousa Barcelos Oliveira - Técnica de Enfermagem Carlos Cristiano Oliveira de Faria Almeida - Enfermeira Cristina Célia de Almeida Pereira Santana - Enfermeira Divina de Oliveira Marques - Enfermeira Márcia Beatriz de Araújo - Enfermeira Marlice Maria Gomes de Carvalho Ribeiro - Enfermeira	Data: 08/03/2016
Revisão da Formatação Bianca Cristina de Oliveira Borges – Enfermeira Setor de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente	Data: 01/09/2020
Validação Bianca Cristina de Oliveira Borges – Enfermeira Setor de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente	Data: 01/09/2020
Aprovação Dra. Maria Conceição de C. Antonelli de Queiroz - Médica Gerência de Atenção à Saúde	Data: 14/09/2020

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte