



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UTIAD.002 – Página 1/11	
Título do Documento	AVALIAÇÃO ADMISSIONAL E DIÁRIA DE RISCO PARA LESÃO POR PRESSÃO NA UTI ADULTO E IMPLEMENTAÇÃO DE CUIDADOS	Emissão: 20/03/2024 Versão: 01	Próxima revisão: 20/03/2026

1. SIGLAS E CONCEITOS

- AGHU – Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários
- HU-UFGD – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
- LP – Lesão por Pressão
- UTI – Unidade de Terapia Intensiva
- VIGIHOSP – Software de notificação de incidentes relacionados à segurança do paciente.

2. OBJETIVOS

- Estabelecer uma rotina de avaliação diária da pele e implementação da Escala de Braden para todos os pacientes internados na UTI adulto do HU-UFGD;
- Registrar a aplicação da Escala de Braden e prescrever cuidados de enfermagem conforme o risco do paciente no prontuário eletrônico - AGHUX;
- Implementar a rotina de notificação de caso novo de LP no VIGIHOSP e no calendário de incidência de LP.

3. JUSTIFICATIVAS

A lesão por pressão é uma das consequências mais comuns, que se resulta da longa permanência de pacientes em hospitais. A incidência aumenta proporcionalmente quando há uma combinação de fatores de riscos, dentre eles, extremos de idade, déficits nutricionais e restrição ao leito (EPUAP; NPUAP; PPIA, 2019).

As medidas preventivas agregadas à compreensão da etiologia e dos fatores de risco para o desenvolvimento LP, são a base para a manutenção da pele íntegra dos pacientes restritos no leito. Desta maneira, um dos cuidados primordiais de prevenção de LP é a avaliação durante a admissão e a reavaliação diária da pele de todos os pacientes internados.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UTIAD.002 – Página 2/11	
Título do Documento	AVALIAÇÃO ADMISSIONAL E DIÁRIA DE RISCO PARA LESÃO POR PRESSÃO NA UTI ADULTO E IMPLEMENTAÇÃO DE CUIDADOS	Emissão: 20/03/2024 Versão: 01	Próxima revisão: 20/03/2026

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO

O protocolo é aplicável a todos os pacientes internados na UTI adulto.

5. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS, RESPONSABILIDADES

Quadro 1 - Atribuições e responsabilidades.

Enfermeiro Referencial	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar se os registros do Braden estão sendo realizados no AGHU; - Apoiar os enfermeiros assistenciais na avaliação da pele e implementação da Escala de Braden na admissão de pacientes, quando necessário; - Realizar avaliação mensal dos indicadores de LP junto com a equipe de enfermagem; - Traçar ações de melhorias dos indicadores junto a equipe de trabalho e em parceria com o Grupo de Trabalho de Lesão por Pressão; - Solicitar ou realizar treinamento da equipe quando necessário; - Monitorar a implementação da avaliação da pele, Escala de Braden e se existem cuidados prescritos; - Auxiliar o enfermeiro assistencial quando houver a falta dos cuidados descritos acima, quando necessário.
Enfermeiro Assistencial	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar avaliação precoce do risco de desenvolvimento de LP (até 8 horas após admissão); - Realizar avaliação diária da pele dos pacientes internados na UTI adulto; - Utilizar instrumento padronizado: Escala de Braden; - Aumentar a frequência das avaliações conforme a piora do estado geral; - Documentar a avaliação de pele no AGHU; - Descrever as LP existentes de forma detalhada; - Prescrever no AGHU os cuidados de prevenção e/ou tratamento para LP; - Afixar a prescrição de curativo na cabeceira do leito do paciente, conforme impresso específico de “Prescrição de curativos” da UTIAD; - Monitorar e/ou implementar os cuidados prescritos;

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UTIAD.002 – Página 3/11	
Título do Documento	AVALIAÇÃO ADMISSIONAL E DIÁRIA DE RISCO PARA LESÃO POR PRESSÃO NA UTI ADULTO E IMPLEMENTAÇÃO DE CUIDADOS	Emissão: 20/03/2024 Versão: 01	Próxima revisão: 20/03/2026

	<ul style="list-style-type: none"> - Notificar casos novos de LP no VIGIHOSP e no calendário de incidência de LP; - Auxiliar na avaliação mensal dos indicadores de LP e traçar ações de melhorias junto com a sua equipe de enfermagem e em parceria com o Grupo de Trabalho de Lesão por Pressão.
Técnicos em Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> - Implementar os cuidados de enfermagem prescritos; - Participar das discussões dos indicadores; - Monitorar a implementação da avaliação da pele, Escala de Braden e se existem cuidados prescritos; - Comunicar ao enfermeiro assistencial quando houver a falta dos cuidados descritos acima.
Equipe multiprofissional	<ul style="list-style-type: none"> - Participar da implementação dos cuidados de maneira específica com base na sua competência/categoria profissional; - Informar ao enfermeiro sempre que observar alterações clínicas ou na pele do paciente; - Participar das discussões dos indicadores e traçar estratégias de melhorias juntamente com a equipe.

Fonte: próprio autor.

6. HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO

Todo paciente deverá ser avaliado sistematicamente no período de até 8 horas após a admissão. Essa primeira avaliação, chamada de avaliação de risco para LP na admissão hospitalar é obrigatória na unidade e deverá ser realizada preferencialmente no momento da admissão do paciente. Após, obrigatoriamente, o paciente deverá ser reavaliado diariamente ou a cada mudança clínica.

Essa avaliação deverá seguir os seguintes passos, sendo o primeiro: a avaliação da pele, onde é realizado uma inspeção da pele do paciente; o segundo: a aplicação da Escala de Braden, que é a ferramenta preditiva validada na instituição; o terceiro: o registro detalhado da avaliação da pele e da Escala de Braden no prontuário do paciente; e o quarto: prescrever um plano de cuidados específicos para prevenção e/ou tratamento de alterações cutâneas de maneira individualizada conforme o risco e necessidades de cada paciente.

A avaliação e prescrição de cuidados com a pele é uma atribuição do enfermeiro responsável pelo paciente e cabe à toda equipe de enfermagem implementar os cuidados. Todavia,

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UTIAD.002 – Página 4/11	
Título do Documento	AVALIAÇÃO ADMISSIONAL E DIÁRIA DE RISCO PARA LESÃO POR PRESSÃO NA UTI ADULTO E IMPLEMENTAÇÃO DE CUIDADOS	Emissão: 20/03/2024 Versão: 01	Próxima revisão: 20/03/2026

a participação da equipe multiprofissional na prevenção das LPs é fundamental, visto que essa é uma lesão multifatorial, onde o aspecto nutricional e o uso de medicamentos, entre outros fatores influenciam para o seu desenvolvimento. Dessa forma, é possível que sejam necessários ajustes nutricionais, intervenções para auxiliar a mobilização ou mobilidade dos pacientes, entre outras medidas.

6.1. Avaliação da pele

Todos os pacientes internados na UTI adulto necessitam que a pele seja inspecionada diariamente, visto que são pacientes na maioria das vezes, críticos, restritos ao leito, em uso de drogas vasoativas e na maioria das vezes com carências nutricionais. Estes pacientes podem apresentar deterioração da integridade da pele em questão de horas. Portanto é necessário que seja realizado uma avaliação de pele detalhada, integrando técnicas de inspeção e palpação, principalmente próximo às regiões de proeminências ósseas. Desta forma destacam-se alguns cuidados:

- Inspeção da pele em áreas de eritema, principalmente perto de proeminências ósseas e sob e ao redor dos dispositivos médicos;
- Avaliação da temperatura corporal, presença de edema, alteração da consistência do tecido, alteração da coloração da pele e dor.

6.2. Aplicação da Escala de Braden


Após a avaliação da pele do paciente, o outro cuidado primordial para refinar a avaliação, é verificar o risco do paciente pela Escala de Braden (ANEXO A). Neste momento é importante que o enfermeiro tenha a escala impressa em mãos e verifique as seis subescalas para no fim encontrar o escore do paciente.

- **SUBESCALA PERCEÇÃO SENSORIAL** – mede a capacidade de sentir e, conseqüentemente, de aliviar o desconforto;
- **SUBESCALA MOBILIDADE** – é usada para avaliar a habilidade de aliviar a pressão, por meio dos movimentos do paciente no próprio leito;
- **SUBESCALA ATIVIDADE** – frequência dos movimentos fora do leito;
- **SUBESCALA NUTRIÇÃO** – avalia o padrão usual de consumo alimentar por meio do controle da ingestão diária de nutrientes, líquidos, suplementos alimentares e alimentação por sonda ou NPT;
- **SUBESCALA UMIDADE** – mede o grau de umidade a que a pele está exposta. Incontinência urinária ou fecal, exsudato de lesões e resíduos de alimentos são fontes de umidade;

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UTIAD.002 – Página 5/11	
Título do Documento	AVALIAÇÃO ADMISSIONAL E DIÁRIA DE RISCO PARA LESÃO POR PRESSÃO NA UTI ADULTO E IMPLEMENTAÇÃO DE CUIDADOS	Emissão: 20/03/2024 Versão: 01	Próxima revisão: 20/03/2026

- **SUBESCALA FRICÇÃO E CISALHAMENTO** – avalia a habilidade do paciente em se movimentar ou ser auxiliado nas movimentações, deixando a pele livre do contato com a superfície da cama ou da cadeira durante as movimentações.

6.3. Registro da Avaliação da pele e Escala de Braden no AGHU

Após encontrado o score, é necessário realizar o registro no prontuário eletrônico do paciente. Este procedimento poderá ser realizado seguindo o seguinte passo a passo: AGHU -> Enfermagem -> Lista de pacientes -> Nome do paciente clicar no seguinte botão:  -> Novo -> Inserir a hora -> Na aba grupo, escolher: Braden adulto (ANEXO B).

Realizar o registro em cada subescala conforme a pontuação do paciente avaliado. Ao final, realizar a soma total das pontuações e incluir o valor na aba Braden dia.

Caso seja a primeira avaliação, no momento da admissão, deve-se preencher também se a pele está íntegra ou não, o valor do Braden de admissão e se há ou não LP na admissão.

Nos casos de constatação de nova LP, realizar registro apenas uma vez da LP no formulário **calendário de incidência** de LP, afixado em cada UTI (A e B), com as iniciais do paciente e o grau da LP, além de notificação no VIGIHOSP.

Para complementar o registro, é necessário descrever toda a avaliação da pele e seus achados, além do score encontrado no Braden e a classificação do risco, se sem risco, risco leve, risco moderado, risco elevado e risco muito elevado, de acordo com o *POP.DENF.056 - Avaliação do Risco de Lesão por Pressão Utilizando a Escala de Braden e Braden Q*.

7. TRATAMENTO INDICADO E PLANO TERAPÊUTICO

Todos os pacientes com risco para LP precisam de prescrição de cuidados preventivos e no caso de pacientes que já possuem LP, também a prescrição cuidados com a lesão e tratamento.

Desta maneira este momento deve ser realizado de maneira individualizada, levando em consideração as especificidades de cada paciente. Mas de modo geral, todos os pacientes precisam de prescrição de cuidados que levem em consideração os fatores condicionantes ao surgimento de lesões, como manejo de umidade, higienização e hidratação da pele, otimização da nutrição e minimização da pressão. Cuidados mais detalhados vide o *PRT.CCP.001 - Protocolo de Prevenção de Lesão por Pressão*, da Comissão de Cuidados com a Pele (HU-UFGD).

8. FLUXOGRAMAS

Não se aplica.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UTIAD.002 – Página 6/11	
Título do Documento	AVALIAÇÃO ADMISSIONAL E DIÁRIA DE RISCO PARA LESÃO POR PRESSÃO NA UTI ADULTO E IMPLEMENTAÇÃO DE CUIDADOS	Emissão: 20/03/2024 Versão: 01	Próxima revisão: 20/03/2026

9. MONITORAMENTO

Toda a equipe multiprofissional é responsável pelo monitoramento da implementação dos cuidados com LP, e quando é observado o surgimento de uma nova lesão no setor, é obrigatório a notificação desta no VIGIHOSP.

10. REFERÊNCIAS

BORGES, E. L.; FERNANDES, F. P. Prevenção de úlcera por pressão. In: DOMANSKY, R. C.; BORGES, E. L. **Manual para prevenção de lesões de pele**. Recomendações baseadas em evidências. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Rubio, 2014, p. 151- 218.

BRASIL. Ministério da Saúde. Anvisa. Fiocruz. Anexo 02: **Protocolo para prevenção de úlcera por pressão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (EPUAP); NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (NPUAP); PAN PACIFIC PRESSURE INJURY ALLIANCE (PPPIA). **Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide**. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Australia, 2019

11. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
01	04/12/2023	Elaboração do Protocolo.

Elaboração Gessica Linhares Melo	Data: 04/12/2023
Análise Gessika Belarmino Moreira – enfermeira UTI adulto Raquel Bressan de Souza – Chefe da UMULTI Ityara Moretti Beltrame Tomita – Enf. RT UTI adulto	Data: 12/12/2023 Data: 15/01/2024 Data: 06/03/2024
Validação Fuad Fayez Mahmoud – STGQ	Data: 18/03/2024
Aprovação Giselliane Mendonça Pazotti – Chefe da UTI adulto Aline Cristhine Nunes Cerchiarri Menon – Gerente de Atenção à Saúde (substituta)	Data: 12/01/2024 Data: 20/03/2024

Assinado eletronicamente no processo SEI 23529.000618/2024-00



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UTIAD.002 – Página 7/11	
Título do Documento	AVALIAÇÃO ADMISSIONAL E DIÁRIA DE RISCO PARA LESÃO POR PRESSÃO NA UTI ADULTO E IMPLEMENTAÇÃO DE CUIDADOS	Emissão: 20/03/2024	Próxima revisão: 20/03/2026
		Versão: 01	

ANEXO A – Escala de Braden.

Escala de BRADEN – ADULTOS PARANHOS; SANTOS, 1999

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 esquia) 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 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.
---	---	--	---	---



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UTIAD.002 – Página 8/11	
Título do Documento	AVALIAÇÃO ADMISSIONAL E DIÁRIA DE RISCO PARA LESÃO POR PRESSÃO NA UTI ADULTO E IMPLEMENTAÇÃO DE CUIDADOS	Emissão: 20/03/2024	Próxima revisão: 20/03/2026
		Versão: 01	

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 À CADEIRA: 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 na 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 frequente, embora pequenas, mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda.	3 - LEVEMENTE LIMITADO: Faz frequente, embora pequenas, mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UTIAD.002 – Página 9/11	
Título do Documento	AVALIAÇÃO ADMISSIONAL E DIÁRIA DE RISCO PARA LESÃO POR PRESSÃO NA UTI ADULTO E IMPLEMENTAÇÃO DE CUIDADOS	Emissão: 20/03/2024	Próxima revisão: 20/03/2026
		Versão: 01	

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 (carne ou laticínios) por dia. Ingere pouco líquido. Não aceita suplemento alimentar líquido. Ou é mantido em jejum e/ou mantido com dieta líquida ou IV por mais de cinco dias.

2 - PROVAVELMENTE INADEQUADO:

Raramente come uma refeição completa e 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 de metade da maioria das refeições. Come um total de 4 porções de alimento rico em proteína (carne ou laticínio) 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	PROTOCOLO	PRT.UTIAD.002 – Página 10/11	
Título do Documento	AVALIAÇÃO ADMISSÃO E DIÁRIA DE RISCO PARA LESÃO POR PRESSÃO NA UTI ADULTO E IMPLEMENTAÇÃO DE CUIDADOS	Emissão: 20/03/2024	Próxima revisão: 20/03/2026
		Versão: 01	

FRICÇÃO E CISALHAMENTO	1 - PROBLEMA: <i>Requer assistência moderada a máxima para se mover. É impossível levá-lo ou erguê-lo completamente sem que haja atrito da pele como lençol. Frequentemente escorrega na cama ou cadeira, necessitando frequentes ajustes de posição com máximo de assistência. Espasticidade, contratura ou agitação leva a quase constante fricção.</i>	2 - PROBLEMA EM POTENCIAL: <i>Move-se, mas, sem vigor ou requer mínima assistência. Durante o movimento provavelmente ocorre certo atrito da pele com o lençol, cadeira ou outros. Na maior parte do tempo mantém posição relativamente boa na cama ou cadeira, mas ocasionalmente escorrega.</i>	3 - NENHUM PROBLEMA: <i>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 na cadeira.</i>
-------------------------------	--	--	--



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UTIAD.002 – Página 11/11	
Título do Documento	AVALIAÇÃO ADMISSIONAL E DIÁRIA DE RISCO PARA LESÃO POR PRESSÃO NA UTI ADULTO E IMPLEMENTAÇÃO DE CUIDADOS	Emissão: 20/03/2024	Próxima revisão: 20/03/2026
		Versão: 01	

ANEXO B – Registro da pontuação obtida pela escala de Braden no AGHUX.

Painel Geral x
Lista de Pacientes x

Manter Controles do Paciente

Hora ? *

Data *

Grupo ? *

BRADEN ADULTO

Ações	Itens	Medição
	PERCEPÇÃO	<input style="width: 100%;" type="text"/>
	UMIDADE	<input style="width: 100%;" type="text"/>
	ATIVIDADE	<input style="width: 100%;" type="text"/>
	MOBILIDADE	<input style="width: 100%;" type="text"/>
	NUTRIÇÃO	<input style="width: 100%;" type="text"/>
	FRIC CICAL	<input style="width: 100%;" type="text"/>
	BRADEN DIA	<input style="width: 100%;" type="text"/>
	PELE INTEG	<input style="width: 100%;" type="text" value="Selecione"/>
	BRADEN ADM	<input style="width: 100%;" type="text"/>
	LP ADMISS	<input style="width: 100%;" type="text" value="Selecione"/>
	LP SETOR	<input style="width: 100%;" type="text" value="Selecione"/>

Anotações

4000 caracteres restantes.