

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO		PRO.USEP-HUWC.008
Título do Documento	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO		Emissão: 18/07/2025
			Versão: 3
			Próxima revisão: 18/07/2027

SUMÁRIO

1.	SIGLAS E CONCEITOS	2
2.	INTRODUÇÃO.....	2
3.	OBJETIVOS	2
4.	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	3
5.	ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES.....	3
6.	FATORES DE RISCOS PARA A OCORRÊNCIA DE LP	5
6.1	FATORES EXTERNOS	5
6.2	FATORES INTERNOS.....	6
7.	ESTÁGIOS DA LP.....	7
8.	DEFINIÇÕES ADICIONAIS.....	11
9.	DIRETRIZES ASSISTENCIAIS DE PREVENÇÃO DE LP	12
10.	COBERTURAS PARA PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO.....	17
11.	MEDIDAS DE PREVENÇÃO CONFORME AVALIAÇÃO DO RISCO EM PACIENTES ADULTOS.....	18
12.	MONITORAMENTO	19
13.	PREVENÇÃO DE LP EM PACIENTES DO CENTRO CIRÚRGICO.....	20
14.	LESÃO POR PRESSÃO E CUIDADOS PALIATIVOS.....	25
15.	ORIENTAÇÕES E ESTRATÉGIAS DE ENGAJAMENTO DE PACIENTES, FAMILIARES E/OU CUIDADORES NA PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO.....	26
16.	MONITORAMENTO	27
17.	REFERÊNCIAS	28
18.	ANEXOS.....	30
19.	HISTÓRICO DE REVISÃO	37
20.	RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO	37

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO		PRO.USEP-HUWC.008
Título do Documento	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO		Emissão: 18/07/2025
			Próxima revisão: 18/07/2027
		Versão: 3	

1. SIGLAS E CONCEITOS

AVE	Acidente Vascular Encefálico
LP	Lesão por pressão
OMS	Organização Mundial da Saúde
HUWC	Hospital Universitário Walter Cantídio – HUWC
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
Vigihosp	Aplicativo de Gestão de Riscos e Segurança do paciente

2. INTRODUÇÃO

A Lesão por Pressão (LP) é caracterizada por danos à pele e/ou tecido mole subjacente a uma proeminência óssea ou relacionada com um dispositivo médico. A LP pode apresentar em pele intacta ou uma úlcera aberta e pode ser dolorosa. Ela ocorre como um resultado da intensa pressão e/ou prolongada pressão em combinação com o cisalhamento em uma determinada área. A tolerância do tecido mole para a pressão e cisalhamento também podem ser afetados pelo microclima, nutrição, perfusão, co-morbidades e condição do tecido mole.

3. OBJETIVOS

Promover a uniformidade de condutas da equipe interdisciplinar na implementação de medidas sistematizadas para a prevenção de Lesão por Pressão (LP) no Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC), com vistas a garantir a prestação de uma assistência segura e de qualidade reduzindo a ocorrência de LP adquiridas durante a hospitalização.

Em 2004, foi criada, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente a qual foi renomeada, em 2009, como Segurança do Paciente, que objetiva a redução, ao mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde. O Brasil lançou em abril de 2013, a Política Nacional de Segurança do Paciente, na qual têm-se o eixo da prevenção de LP.

Em termos de danos à pele, as LP podem ser apresentadas como uma dos eventos adversos mais recorrentes entre os pacientes que passam por longos períodos de internação hospitalar, especialmente quando há uma relação direta com fatores de risco como restrição ao leito, idade avançada e incontinências, resultando em um profundo ônus social e econômico, com prolongamento de internações, aumento do risco de infecções, sepse e até óbito, sendo ainda um indicador negativo da qualidade assistencial.

As LP podem desenvolver-se em 24 horas ou levar até cinco dias para se manifestar. Por isso, todos os profissionais de saúde responsáveis pela prevenção da lesão devem estar familiarizados com os principais fatores de risco, intrínsecos e extrínsecos, para a formação da LPP e instituir o mais rápido, estratégias de prevenção.

As ações inerentes à equipe de enfermagem, pautadas na Sistematização da Assistência de Enfermagem, são de fundamental importância nesse processo, perpassando por avaliação precoce

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO		PRO.USEP-HUWC.008
Título do Documento	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO		Emissão: 18/07/2025
			Próxima revisão: 18/07/2027
			Versão: 3

e contínua do enfermeiro que, de forma confiável e segura, identifica riscos e acompanha a evolução, traçando diagnósticos de enfermagem com suas devidas intervenções, tendo um impacto direto e relevante no processo de prevenção, tratamento e reabilitação.

A atuação do fisioterapeuta deve ser considerada essencial no processo de cuidado, haja vista que suas ações impactam diretamente em um dos principais fatores de risco para a ocorrência de LP, a imobilidade ou a restrição de mobilidade, com intervenções que previnem, minimizam ou extinguem essas condições, favorecendo um condicionamento cardiorespiratório e osteomioarticular adequado e contribuindo para a redução da pressão em regiões com proeminências ósseas e da descarga de peso excessiva sobre algum seguimento isolado do corpo.

A importância de um aporte nutricional adequado é fundamental para a cicatrização de feridas e para a manutenção da integridade da pele. Dessa forma, torna-se relevante o papel do nutricionista na equipe que presta cuidados às pessoas em risco de desenvolver LP, avaliando a situação nutricional e planejando uma prescrição dietética com o objetivo de prevenir, manter ou recuperar o quadro nutricional.

Dessa forma a prevenção da LP requer a realização de atividades por todos os integrantes da equipe assistencial com abordagem interdisciplinar, para desenvolver e implementar o plano de cuidados. Portanto torna-se necessário uma cultura organizacional que valorize a prevenção e a promoção de estratégias do trabalho em equipe.

Diante da relevância do tema, justifica-se a importância deste protocolo pela necessidade de prevenção da LP em pacientes hospitalizados, por meio de ferramentas que permitam identificar precocemente as variáveis que influenciam ou poderiam influenciar o acontecimento desse incidente, possibilitando o planejamento da assistência ao paciente de acordo com a sua necessidade e, assim, o profissional de saúde definir estratégias adequadas para prevenir e ou mitigar a sua ocorrência, tornando a assistência segura e livre de danos.

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Serão incluídos todos os pacientes internados no HUWC, de qualquer idade e gênero; e serão excluídos os pacientes em acompanhamento ambulatorial, familiares e/ou acompanhantes de pacientes.

5. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES

Equipe Multiprofissional

Ter conhecimento deste Protocolo;

- Participar do planejamento, execução e avaliação dos cuidados;
- Solicitar parecer de serviços especializados e/ou especialistas, quando necessário;
- Participar do planejamento de alta hospitalar;
- Informar ao paciente e/ou acompanhante sobre as medidas de prevenção de risco de LP durante a internação.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO		PRO.USEP-HUWC.008
Título do Documento	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO		Emissão: 18/07/2025
			Versão: 3
			Próxima revisão: 18/07/2027

- Realizar referência dos pacientes de alta hospitalar com LP para as unidades de atenção primária.
- Esclarecer as dúvidas do paciente/família quanto ao acompanhamento ambulatorial (se indicado), após alta hospitalar.

Enfermeiro

- Ter conhecimento deste Protocolo;
- Avaliar a pele do paciente na admissão na unidade, identificando a presença de LP e a sua classificação;
- Identificar e classificar o paciente com risco para LP por meio da aplicação da escala de Braden (admissão e diária), registrando os escores no ícone dos controles no AGHU;
- Prescrever ações preventivas para LP nos pacientes identificados com risco na Braden;
- Supervisionar/Orientar/Monitorar a equipe de enfermagem quanto à adesão às medidas de prevenção de LP e ao preenchimento dos formulários de registros no controles de enfermagem no AGHU.
- Solicitar parecer do serviço de estomaterapia do HUWC, quando necessário;
- Verificar o estado de conservação dos dispositivos de mobilização e de redução de pressão e informar os serviços competentes, para reparos ou substituição;
- Realizar os curativos de LP em sua unidade de internação, registrando os mesmos em evolução de enfermagem, assim como, sinalizar o consumo em “consolidado de curativo” no AGHU;
- Notificar os casos de LP estágios 1, 2, 3, 4, não classificável, tissular profunda ou causadas por dispositivos médicos, no Aplicativo Vigihosp (Aplicativo de Vigilância em Saúde e Gestão de Riscos Assistenciais Hospitalares);

Técnico de Enfermagem

- Executar cuidados de prevenção de LP;
- Registrar mudança de decúbito no ícone específico dos controles de enfermagem no AGHU;
- Sinalizar ao enfermeiro do plantão quando visualizar LP no paciente;

Médico

- Solicitar exames laboratoriais para a avaliação bioquímica;
- Monitorar e intervir nos fatores intrínsecos e sistêmicos do paciente que o predispõe ao risco de LP;
- Intervir nos casos diagnosticados ou suspeitos de LP estágio 4, para investigação de

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO		PRO.USEP-HUWC.008
Título do Documento	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO		Emissão: 18/07/2025
			Versão: 3
			Próxima revisão: 18/07/2027

osteomielite.

- Prescrever terapia antimicrobiana sistêmica, quando necessário.

Nutricionista

- Realizar a consulta nutricional (avaliação clínica, bioquímica e antropométrica), mediante solicitação da equipe, para identificar os pacientes com fatores de risco nutricional;
- Adequar a prescrição dietética incluindo a suplementação, de acordo com as necessidades do paciente;
- Acompanhar os exames laboratoriais para a avaliação bioquímica e nutricional (proteínas totais e frações, glicemia, vitamínicos e hemograma);
- Realizar a evolução clínica e nutricional dos pacientes com risco ou LP instalada e adequar a prescrição dietética, se necessário;
- Acompanhar os pacientes com risco para LP, mediante solicitação, e adequar a prescrição dietética por via oral ou cateter enteral.

Fisioterapeuta

- Promover e participar do plano de trabalho para prevenção de LP, referente as ações de mobilização, de redução da sobrecarga tissular e de utilização de superfícies especiais de suporte.

6. FATORES DE RISCOS PARA A OCORRÊNCIA DE LP

Vários são os fatores de risco que estão associados ao desenvolvimento da LP, aqui serão citados os principais que podem levar a ocorrência da LP.

6.1 FATORES EXTERNOS

6.1.1 Pressão contínua

Quando em área de lesão ou proeminência óssea ocorre pressão excessiva ou contínua, a irrigação sanguínea torna-se prejudicada, dificultando a irrigação no local da lesão.

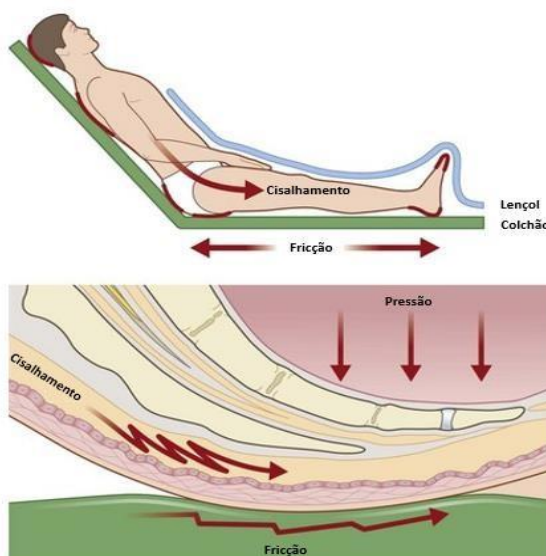
6.1.2 Cisalhamento

Tração exercida na pele, durante a mobilização ou reposicionamento do indivíduo na cadeira ou no leito.

6.1.3 Fricção

Movimento da pele contra uma superfície de apoio, geralmente o leito. Consiste em um dano irreparável, prejudicando a integridade cutânea.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO		PRO.USEP-HUWC.008
Título do Documento	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO		Emissão: 18/07/2025
			Próxima revisão: 18/07/2027
			Versão: 3



6.1.4 Microclima

Refere-se às condições, geralmente de temperatura e umidade, na superfície de contato da pele/apoio. O conceito foi desenvolvido quando o aumento da temperatura do tecido e a umidade da pele foram reconhecidos como fatores de risco para o desenvolvimento da LP.

Níveis de alta umidade na superfície de contato da pele/apoio podem ter diversas causas, por exemplo, transpiração, incontinência, drenagem de ferida/fístula. Eles podem contribuir para o desenvolvimento da LP enfraquecendo a pele e aumentando a quantidade de atrito entre a superfície da pele e de um apoio. Desta forma, os níveis de umidade elevada aumentam o cisalhamento e aumentam a probabilidade de lesão tecidual.



Pessoas com LP estágio 1 apresentam maior risco para desenvolver uma LP em estágios subsequentes;

Considerar as pessoas com uma LP (independente do estágio) com maior risco de desenvolver novas LP em outros locais do corpo.

6.2 FATORES INTERNOS

6.2.1 Idade

A idade avançada acarreta alterações estruturais, metabólicas e funcionais de tecidos e células, o que compromete a elasticidade e a hidratação, diminuindo a resistência dos tecidos.

6.2.2 Doenças crônicas degenerativas

São aquelas que afetam o fluxo sanguíneo periférico e o sistema imunológico, que acarretam o aparecimento de lesões (câncer, diabetes, outros).

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO		PRO.USEP-HUWC.008
Título do Documento	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO		Emissão: 18/07/2025
			Versão: 3
			Próxima revisão: 18/07/2027

6.2.3 Condições nutricionais

A deficiência nutricional (vitaminas, proteínas e sais minerais) interfere no processo de cicatrização da LP e compromete a integridade de tecidos moles.

6.2.4 Drogas sistêmicas

Corticóides, agentes citotóxicos, penicilina, entre outras que inibem o processo de cicatrização.

6.2.5 Mobilidade reduzida ou ausente

Devido a patologias que afetam o nível de consciência: traumatismo raquimedular/craniano, depressão, Acidente vascular encefálico (AVE), doença de Alzheimer, esclerose múltipla e outros.

6.2.6 Temperatura

Com a elevação da temperatura ocorre aumento da demanda de oxigênio e aceleração do metabolismo. O risco de necrose nas LP é elevado na ocorrência de hipertermia.

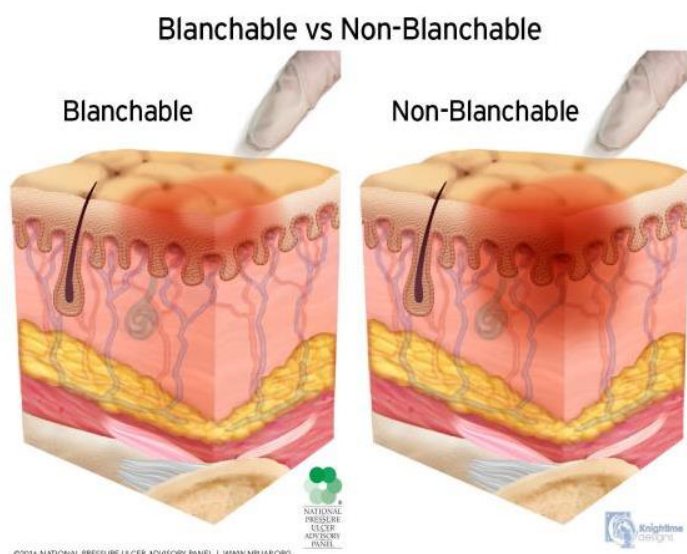
6.2.7 Tabagismo

Diminui a oxigenação e os nutrientes; a vasoconstrição interfere no fluxo sanguíneo, o que leva ao risco de aparecimento de lesões.

7. ESTÁGIOS DA LP

7.1 Estágio 1:

Pele intacta com uma área localizada de eritema não branqueável, que pode aparecer de forma diferente em peles pigmentadas. Presença de eritema branqueável ou alterações na sensação, temperatura ou a firmeza podem preceder mudanças visuais. As alterações de cor não incluem descoloração roxo ou marrom; estes podem indicar LP do tecido profundo



Retirado de: Úlceras por pressão: Prevenção e tratamento. Um guia rápido da Coloplast, 2013.

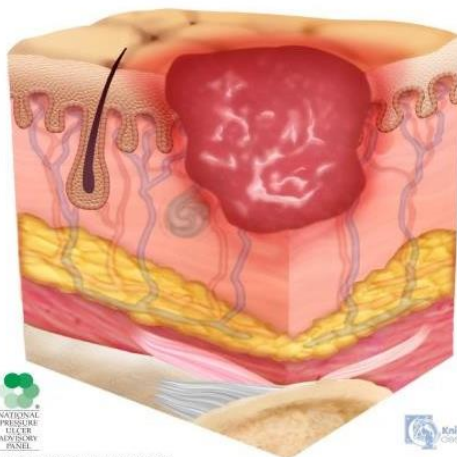
SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.USEP-HUWC.008	
Título do Documento	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO	Emissão: 18/07/2025	Próxima revisão: 18/07/2027
		Versão: 3	

7.2 Estágio 2:

Perda de pele de espessura parcial com derme exposta. O leito da ferida é viável, rosa ou vermelho, úmido, e também pode apresentar uma bolha cheia de soro intacta ou rompida.

Nesse estágio não estão presentes/visíveis: tecido adiposo (gordura), tecido de granulação, esfacelo e necrose. Não deve ser utilizado esse estágio para descrever lesões relacionadas à umidade, incluindo dermatite associada a incontinência (DAI), dermatite intertriginosa (DIT), lesões por adesivos médicos ou feridas traumáticas (queimaduras, abrasões).



©2016 NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL | WWW.NPUAP.ORG

FONTE: Retirada de Feridas crônicas/eerp.usp.br(Google) e arquivo pessoal de Francisca Alexandra Araújo da Silva.

7.3 Estágio 3:

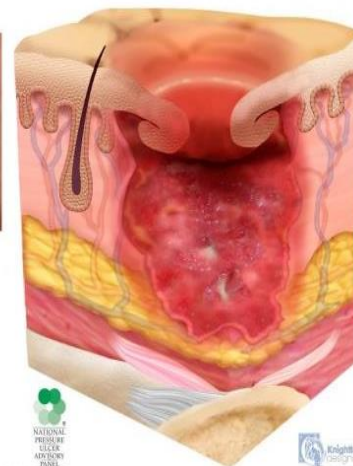
Perda da pele em sua espessura total na qual a gordura é visível e, frequentemente, tecido de granulação e epíbolo (lesão com bordas enroladas) estão presentes. Sfacelo e/ou escara pode estar visível.

A profundidade do dano tecidual varia conforme a localização anatômica; áreas de adiposidade significativa podem desenvolver feridas profundas. Exsudato e tunelização pode ocorrer. Nesse estágio não estão expostos fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem e/ou osso.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.USEP-HUWC.008	
Título do Documento	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO	Emissão: 18/07/2025	Próxima revisão:
		Versão: 3	18/07/2027

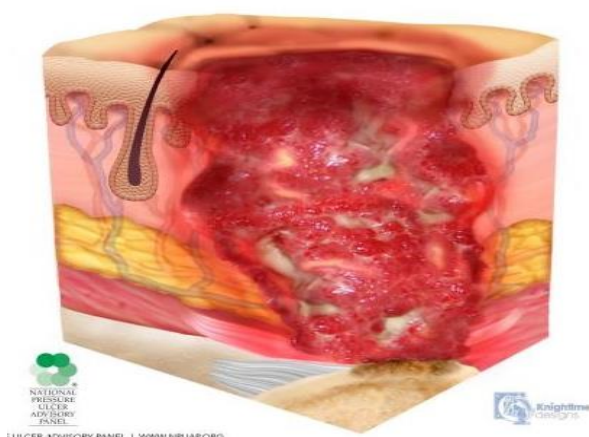


Area of Focus



7.4 Estágio 4:

Perda da pele em sua espessura total e perda tissular com exposição ou palpação direta da fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem ou osso. Esfacelo e/ou escara pode estar visível. Epíbolo, exsudato e/ou túneis muitas vezes podem ocorrer. Profundidade varia conforme a localização anatômica.



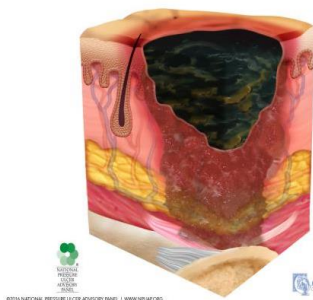
FONTE: Foto retirada da internet e Feridas Crônicas/eerp.usp.br(Google).

7.5 Lesão por Pressão não classificável:

Perda da pele em sua espessura total e perda tissular na qual a extensão do dano não pode ser confirmada porque está encoberta pelo esfacelo ou escara. Quando o esfacelo e a necrose são removidos, uma lesão por pressão estágio 3 ou 4 será revelada. Necrose estável (seca, aderente, intacta, sem eritema ou flutuação) no calcanhar ou isquemia em membros não deve ser removida.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.USEP-HUWC.008	
Título do Documento	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO	Emissão: 18/07/2025	Próxima revisão: 18/07/2027
		Versão: 3	

Unstageable Pressure Injury - Dark Eschar



Unstageable Pressure Injury - Slough and Eschar

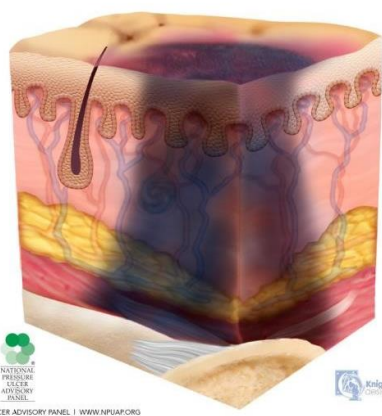


FONTE: Arquivo pessoal de Francisca Alexandra Araújo da Silva. Internet

7.6 Lesão por Pressão tissular profunda

Pele intacta ou não, com área localizada e persistente de descoloração vermelha escura, marrom ou púrpura que não embranquece ou epiderme rompida que mostra lesão com leito escurecido ou bolha com exsudato sanguinolento. Dor e mudança na temperatura frequentemente precedem as alterações de coloração da pele. A descoloração pode apresentar-se diferente em pessoas com pele de tonalidade mais escura. Não se deve utilizar a categoria LP Tissular Profunda para descrever condições vasculares.

Essa lesão resulta de pressão intensa e/ou prolongada e de cisalhamento na interface osso-músculo. A ferida pode evoluir rapidamente e revelar a extensão atual da lesão tissular ou resolver sem perda tissular. Quando tecido necrótico, tecido subcutâneo, tecido de granulação, fáscia, músculo ou outras estruturas subjacentes estão visíveis, isso indica LP com perda total de tecido (LP não classificável ou Estágio 3 ou Estágio 4).



FONTE: Foto retirada da internet e Feridas Crônicas/eerp.usp.br(Google).

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.USEP-HUWC.008	
Título do Documento	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO	Emissão: 18/07/2025	Próxima revisão:
		Versão: 3	18/07/2027

8. DEFINIÇÕES ADICIONAIS

Lesão por Pressão relacionada a Dispositivos Médicos:

A LP relacionada a dispositivo médico resulta do uso de dispositivos criados e aplicados para fins diagnósticos e terapêuticos. A LP resultante geralmente apresenta o padrão ou forma do dispositivo. Essa lesão deve ser categorizada usando o sistema de classificação de LP.



FONTE: Arquivo pessoal de Francisca Alexandra Araújo da Silva

Lesão por Pressão em Membranas Mucosas:

A Lesão por Pressão em membranas mucosas é encontrada quando há histórico de uso de dispositivos médicos no local do dano. Devido à anatomia do tecido, essas lesões não podem ser categorizadas.



FONTE: Imagem retirada de arca.fiocruz.br (Google).

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO		PRO.USEP-HUWC.008
Título do Documento	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO		Emissão: 18/07/2025
			Versão: 3
			Próxima revisão: 18/07/2027

9. DIRETRIZES ASSISTENCIAIS DE PREVENÇÃO DE LP

A maioria dos casos de LP pode ser evitada por meio da identificação dos pacientes em risco e da implementação de estratégias de prevenção seguras a todos os pacientes com risco. As quais devem ser aplicadas a todos os pacientes vulneráveis, em todos os grupos etários e as intervenções devem ser adotadas por todos os profissionais de saúde envolvidos no cuidado de pacientes.

No HUWC são adotadas as etapas padronizadas pelo Ministério da Saúde (MS) para prevenção de LP, como estratégia de prevenção:

ETAPA 1- MÉDICO/ ENFERMEIRO

Avaliação da LP na admissão de todos os pacientes, em até 24 horas. Sendo que essa avaliação apresenta dois componentes:

a) A avaliação do risco de desenvolvimento de LP

É padronizado o uso da Escala de Braden (Anexo 1) como instrumento preditivo para avaliação do risco nos pacientes adultos e Escala de Braden Q (Anexo 2) no setor de pediatria, mediante os escores:

BRADEN (pacientes acima de 5 anos)	BRADEN Q (paciente de 1 a 5 anos)
Escore 6 a 9 = risco muito alto	Escore < 16 alto risco
Escore 10 a 12 = risco alto	
Escore 13 e 14 = risco moderado	
Escore 15 a 18 = risco leve	Escore > ou = 16 baixo risco
Escore ≥ 19 = sem risco	

Além da aplicação das escalas Braden ou Braden Q na admissão hospitalar (primeiras 24h), estas devem ser aplicadas diariamente durante a internação do paciente no HUWC. O seu preenchimento deverá ser registrado no ícone específico dos controles de enfermagem no AGHU.

The image shows two screenshots of the AGHU application interface. Both screenshots have a header 'Manter Controles do Paciente' and a sub-header 'Manter Controles do Paciente'. The left screenshot shows the 'Braden - Admissão' form with a table of 'Ações' and 'Itens'. The 'Itens' column lists: Adm., Les.Press, Les.Patol, Ostomia., Perc.Sens, Umidade, Atividade, Mobilidad, Nutrição, Fric e.Cis, Soma Esc, and Esc.Risco. The 'Perc.Sens' item is highlighted with a red box. The right screenshot shows the 'Braden Q' form with a table of 'Ações' and 'Itens'. The 'Itens' column lists: Braden Q, Perc.Sens, Umidade, Atividade, Mobilid, Nutrição, Fric.Cis, Pf Tiss Ox, Soma Esc, and Esc.Risco.

FONTE: Imagem retirada do Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU).

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO		PRO.USEP-HUWC.008
Título do Documento	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO		Emissão: 18/07/2025
			Próxima revisão: 18/07/2027
			Versão: 3

No link Braden (adulto), realizada na admissão, após avaliação da pele do paciente, preencher se o paciente foi admitido com Lesão por Pressão.

Manter Controles do Paciente

Hora ? * 09:35 Data ? * 22/06/2023 Grupo ? * Braden - Admissão

Ações	Itens
Adm..	Admissão: 1-Interna/ 2-Externa
Les.Press	Paciente admitido com Lesão por Pressão: 1-Sim/ 2-Não
Les.Patol	
Ostomia..	
Perc.Sens'	
Umidade'	
Atividade'	
Mobilidade'	
Nutrição'	
Fric e.Cis	
Soma Esc'	
Esc Risco'	

BRADEN FEITA NA ADMISSÃO

FONTE: Imagem retirada do Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU).

As escalas preditivas são parâmetros que devem ser utilizados 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 LP e de comorbidades inerentes ao desenvolvimento da lesão de pele.

b) A avaliação da pele para detectar a existência de LP ou lesões de pele já instaladas

Durante a admissão, a pele do paciente deve ser inspecionada e palpada para avaliar seu estado geral, características, fragilidade, bem como observar lesões prevalentes, provenientes de outras instituições, ou até mesmo do domicílio.

Se o paciente já for admitido no serviço com lesão, a mesma deve constar no histórico e na evolução de admissão do profissional que o avaliou, para que medidas terapêuticas possam ser adotadas, bem como medidas preventivas para possíveis novas lesões.

ETAPA 2- MÉDICO/ ENFERMEIRO/ TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Reavaliação diária de risco de desenvolvimento de LP de todos os pacientes internados

Diariamente, os pacientes internados devem ser avaliados pelo enfermeiro utilizando instrumento de avaliação de risco (BRADEN) e o seu registro no AGHU, pois, um paciente, a depender de sua condição clínica e limitações no decorrer da internação, pode ter variações nos escores de risco.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO		PRO.USEP-HUWC.008
Título do Documento	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO		Emissão: 18/07/2025
			Próxima revisão: 18/07/2027
		Versão: 3	

Um paciente sem risco de LP na admissão, pode apresentar um risco moderado a altíssimo com o passar dos dias, sendo portanto, fundamental que todos os pacientes internados sejam reavaliados diariamente. O risco identificado permite que os profissionais implantem estratégias individualizadas para cada paciente.

As medidas preventivas para LP descritas a seguir deverão 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.



As etapas subsequentes (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).

ETAPA 3 - MÉDICO/ ENFERMEIRO/ TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Inspeção diária da pele

Pacientes que apresentam risco de desenvolvimento de LP, de acordo com etapas 1 e 2, necessitam de inspeção diária de toda a superfície cutânea, da cabeça aos pés. Estes pacientes, 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 LP (occipital, escápulas, sacral, ísquios, trocanter, calcâneos).

ETAPA 4 - ENFERMEIRO/ TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Manejo da Umidade e hidratação da pele

Manutenção da pele do paciente em superfície de apoio seca e com a pele hidratada. A pele úmida é mais vulnerável e propícia ao desenvolvimento de lesões cutâneas, tendendo 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 o ressecamento da pele.

Deve-se ter atenção especial para minimizar a exposição cutânea à umidade decorrente de incontinência, transpiração ou exsudação 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.

O uso de protetores cutâneos tópicos que atuam como barreira é indicado e deve ser aplicado sem excesso, nas regiões genital, inguinal e perianal, imediatamente, após as eliminações. Recomenda-se a reaplicação a cada 12 até 72 horas, dependendo das condições

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO		PRO.USEP-HUWC.008
Título do Documento	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO		Emissão: 18/07/2025
			Versão: 3
			Próxima revisão: 18/07/2027

da superfície da pele.

O tratamento da pele ressecada com hidratantes tem se mostrado especialmente efetivo na prevenção de LP. Deve-se aplicar hidratantes na pele seca e em áreas ressecadas com movimentos suaves e circulares, principalmente após banho, pelo menos uma vez ao dia. Não massagear áreas de proeminências ósseas ou hiperemia durante a hidratação da pele.

A incontinência urinária e fecal são condições importantes que exigem o manejo da umidade para evitar a dermatite e contribuir para agravar a LP quando estiver presente.

ETAPA 5 – NUTRICIONISTA

Otimização da nutrição

A avaliação de pacientes com possível risco de desenvolvimento de LP 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, aumentando o risco para o desenvolvimento de lesões.

Pacientes com déficit nutricional podem apresentar probabilidade duas vezes maior de lesões cutâneas. Os déficits nutricionais e hídricos são, geralmente acompanhados por edema e menor fluxo sanguíneo cutâneo, resultando em lesões isquêmicas que contribuem para as lesões na pele.

Para a manutenção de um adequado estado nutricional, aspectos como a ingesta hídrica, aporte proteico e ingesta calórica são de grande relevância, sendo necessário, caso a ingesta não seja suficiente, a implementação de suplementos nutricionais.

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

ETAPA 6 - EQUIPE DE SAÚDE

Minimizar a pressão

A redistribuição da pressão, especialmente sobre as proeminências ósseas, é a preocupação principal quando se trata da prevenção de LP. Pacientes com mobilidade limitada apresentam risco maior de desenvolvimento desses agravos, por isso, todos os esforços devem ser mobilizados para redistribuir a pressão sobre a pele, seja pelo reposicionamento a cada 2 (duas) horas ou pela utilização de superfícies de redistribuição de pressão que também contribuirá com a manutenção da circulação nas áreas do corpo em risco.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO		PRO.USEP-HUWC.008
Título do Documento	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO		Emissão: 18/07/2025
			Versão: 3
			Próxima revisão: 18/07/2027

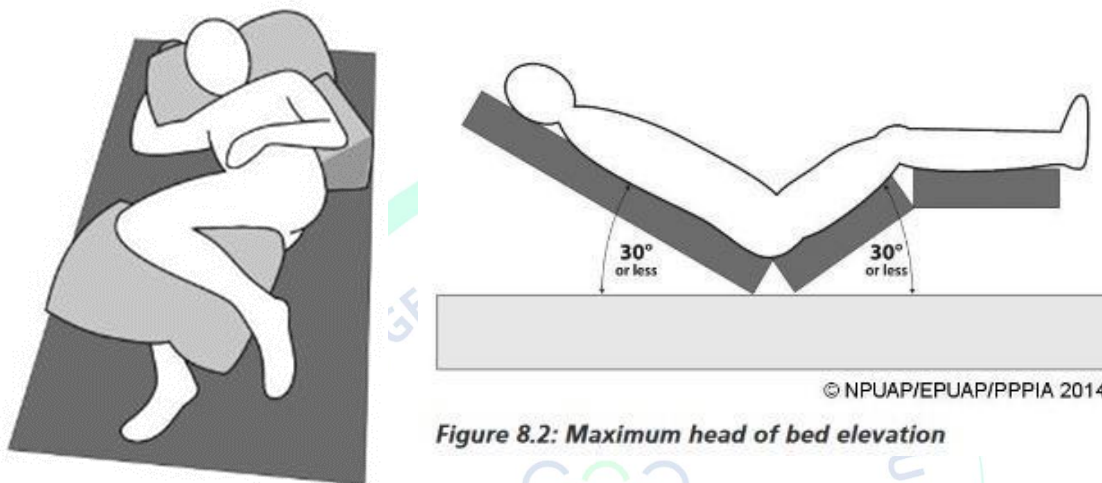
Principais cuidados para minimizar os efeitos da pressão:

- Realizar mudança de decúbito e ou alívio de pressão a cada 2 (duas) horas ou de acordo com a necessidade avaliada;
- Utilizar colchão pneumático em todos os pacientes com risco alto de desenvolver LP;
- Curativos de espuma multicamadas com silicone podem ser utilizados para auxiliar na redistribuição da pressão em proeminências ósseas;
- Utilizar recursos como lençol móvel ou dispositivo de transferência para promover a mobilidade no leito ou transferência, de forma a minimizar possíveis lesões na pele devido à fricção;
- Manter os lençóis da cama limpos, secos e esticados, sem dobras ou costuras em contato com pele, após os atendimentos assistenciais;
- Evitar posicionar o paciente diretamente sobre cateteres, tubos, drenos e proeminências ósseas com hiperemia não reativa;
- Manter a cabeceira elevada a 30° (com ou sem travesseiro) em posição semi-fowler, se não contraindicado e uma inclinação de 30° para os decúbitos laterais (decúbito lateral direito, decúbito lateral esquerdo), sempre que o paciente tolerar estas posições e a sua condição clínica permitir;
- Manter os calcâneos afastados da superfície da cama (livres de pressão); utilizar coxins ou travesseiro abaixo das pernas (região dos gêmeos) para elevar os calcâneos e mantê-los flutuantes;
- Elevar os calcâneos de tal forma que o peso da perna seja distribuído ao longo da sua parte posterior, sem colocar pressão sobre o tendão de Aquiles. Manter o joelho levemente fletido;



NÃO utilizar almofadas com órficos circulares e ou luva com ár ou água.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.USEP-HUWC.008	
Título do Documento	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO	Emissão: 18/07/2025	Próxima revisão: 18/07/2027
		Versão: 3	



Fonte: Internet

10. COBERTURAS PARA PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO

A cobertura com a finalidade de prevenção de LP deverá ser escolhida considerando algumas características:

- Capacidade de controlar o microclima;
- Facilidade de aplicação e remoção;
- Permitir a avaliação regular da pele, seja pela transparência ou permitir a remoção e reposicionamento para visualizar a pele se for opaco; A frequência de inspeção deve ser de acordo com o status de risco, protocolo local para avaliação da pele e/ou instruções do fabricante, considerando o que originar uma frequência maior;
- Capacidade de acomodar-se nas posições anatômicas do corpo;

As evidências na literatura apontam que as espumas de poliuretano de múltiplas camadas em regiões de proeminências ósseas submetidas à fricção e cisalhamento reduzem a ocorrência de LP.



O uso de curativos de proteção NÃO exclui a necessidade de avaliação rigorosa e regular da pele e deve ser acompanhada da manutenção de todas as outras medidas de prevenção da LP.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO		PRO.USEP-HUWC.008
Título do Documento	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO		Emissão: 18/07/2025
			Próxima revisão: 18/07/2027
		Versão: 3	

11. MEDIDAS DE PREVENÇÃO CONFORME AVALIAÇÃO DO RISCO EM PACIENTES ADULTOS

Os riscos identificados na avaliação, utilizando os escores da escala Braden, contribui para o planejamento de cuidados assertivos. Segue as recomendações das medidas preventivas conforme a classificação do risco:

AVALIAÇÃO NA ESCALA DE BRADEN	INTERVENÇÕES
Risco leve - 15 a 18 pontos	Estimular e ou auxiliar a mudança de decúbito a cada 2h;
	Estimular a mobilização no leito;
	Manter os lençóis da cama limpos, secos e esticados, sem dobras ou costuras em contato com pele, após os atendimentos assistenciais;
	Manter a cabeceira elevada a 30° (com ou sem travesseiro) em posição <i>semi-fowler</i> , se não contraindicado;
	Utilizar recursos como lençol móvel ou dispositivo de transferência (passante) para promover a mobilidade no leito ou transferência, de forma a minimizar possíveis lesões na pele devido à fricção;
	Proteger a pele sob dispositivos médicos, que causam pressão e fricção com gases, compressas ou dispositivos específicos;
	Inspeccionar a pele diariamente sobre as áreas suscetíveis ao desenvolvimento de LP dos pacientes e registrar os achados na evolução do paciente;
	Manter o paciente limpo, seco e com a pele íntegra hidratada;
	Não massagear a pele sobre proeminências ósseas no banho e na aplicação de hidratantes e ou cremes;
	Paciente em uso de fralda: realizar higiene íntima com água e sabonete líquido e aplicar protetores cutâneos tópicos, sem excesso, nas regiões genital, inguinal e perianal, pelo menos 1 vez ao dia ou a cada troca de fralda após a higiene íntima.
	INTERVENÇÕES
Risco moderado - 13 a 14 pontos	Continuar com intervenções do risco leve;
	Realizar mudança de decúbitos (lateral direito, dorsal e lateral esquerdo), no máximo, a cada 2 horas;
	Posicionar o paciente em decúbito lateral inclinado em ângulo de 30° com apoio de um travesseiro entre proeminências ósseas ou entre áreas do corpo com maior pressão com colchão;
	Utilizar colchão pneumático;
	Posicionar cobertura protetora (espuma multicamada) na pele sobre proeminências ósseas que estão sujeitas às forças de fricção e cisalhamento, após avaliação e indicação prévia do enfermeiro;
	Elevar calcâneos.
	INTERVENÇÕES
Risco alto/ muito alto < 12 pontos	Continuar com intervenções de risco moderado;
	Utilizar coxins de espuma para facilitar a lateralização a 30°.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO		PRO.USEP-HUWC.008
Título do Documento	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO		Emissão: 18/07/2025
			Próxima revisão: 18/07/2027
		Versão: 3	

11.1 MEDIDAS DE PREVENÇÃO CONFORME AVALIAÇÃO DO RISCO EM PACIENTES PEDIÁTRICOS

CUIDADOS GERAIS (PARA CRIANÇAS COM E SEM RISCO DE LP)

- Manter lençóis e travessas limpas, secas e bem esticadas;
- Evitar excesso de panos no berço e ou cama;
- Observar presença de objetos esquecidos no berço/cama, que possam gerar pontos de pressão;
- Manter a pele do bebê limpa, seca e hidratada;
- Avaliar a pele diariamente, principalmente em áreas de proeminências ósseas e próximas a dispositivos médicos;
- Proteger a pele sob e ao redor de dispositivos médicos (com hidrocolóide, filme transparente ou fita microporosa);
- Fazer rodízio do local de fixação dos dispositivos médicos, quando possível;
- Não massagear áreas hiperemiadas e de proeminências ósseas;
- Se necessário, reposicionar o bebê ou criança com frequência, mantendo-o organizado no berço/cama;
- Fazer o manejo do excesso de umidade (sudorese, exsudato de feridas, extravasamento de drenos, drenagens de tubos);
- Aplicar medidas para a prevenção de dermatite associada à incontinência - DAI (higiene, proteção da pele e troca de fralda, conforme necessidade);
- Implantar medidas para reduzir fricção e cisalhamento (elevantar o bebê/criança para reposicioná-lo, não o arrastar);
- Avaliar estado nutricional, oxigenação e perfusão do bebê/criança.

CONDUTAS PARA A CRIANÇA COM RISCO DE LP

- Instalar colchão piramidal em berço ou colchão pneumático em cama;
- Realizar mudança de decúbito do bebê/criança a cada 2-3h;
- Avaliar a necessidade de aplicação de espuma multicamadas em occipital e demais proeminências ósseas (consultar serviço de estomaterapia);
- Sinalizar risco de LP para equipe médica, nutricionista e Serviço de Estomaterapia;
- Fazer pequenas mudanças de posição em bebês/crianças muito instáveis e com restrição de manuseio (mobilizar cabeça e membros).

Adaptado do procolo de lesão por pressão da MEAC

12. MONITORAMENTO

Alguns dispositivos podem apresentar maior risco de desenvolver uma lesão devido ao seu formato ou composição do material. Quanto mais dispositivos o paciente utilizar, maior o risco de desenvolver uma LP relacionada a dispositivo médico.



Todos os pacientes, sejam adultos ou crianças em uso de dispositivos médicos estão vulneráveis ao surgimento de uma lesão.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO		PRO.USEP-HUWC.008
Título do Documento	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO		Emissão: 18/07/2025
			Versão: 3
			Próxima revisão: 18/07/2027

- Os dispositivos médicos que são potenciais fontes de pressão devem ser removidos assim que possível, mediante o estado clínico do paciente.
- A pele sob os dispositivos devem ser mantidas limpa e seca, já que a umidade sob esses dispositivos cria um ambiente em que a pele fica vulnerável à alterações de sua integridade.
- Os dispositivos médicos devem ser de tamanho apropriado para evitar o excesso de pressão.
- Os dispositivos devem ser utilizados de acordo com as recomendações e especificações do fabricante. O não cumprimento pode causar lesões ao paciente.
- Os dispositivos devem ser fixados de maneira adequada a fim de evitar o seu deslocamento e não causar pressões adicionais.
- Sempre que possível realizar o rodízio no posicionamento do dispositivo.
- Atentar-se para a devida troca de fixações dentro do prazo correto.
- Inspecionar e avaliar a pele do paciente sob e ao redor dos dispositivos diariamente.
- Em pacientes mais vulneráveis, com alterações de fluido e/ou edema localizado ou generalizado, essa inspeção deve ocorrer mais de uma vez ao dia, assim como em pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), já que estes utilizam mais equipamentos/dispositivos.
- Sempre que ocorrer uma LP relacionada ao uso de dispositivo médico, deve-se remover o dispositivo ou mudar a sua posição, quando possível.
- Deve-se considerar o uso de um curativo/cobertura para proteção. Para isso, é importante considerar a sua localização; o tipo e finalidade do dispositivo; a capacidade de controlar a umidade; facilidade de visualizar as condições da pele do paciente; espessura; facilidade de aplicação e remoção. Exemplos de coberturas que podem ser utilizadas: Filme de poliuretano, hidrocolóide em placa e espumas;

13. PREVENÇÃO DE LP EM PACIENTES DO CENTRO CIRÚRGICO

Todos os pacientes cirúrgicos devem ser considerados com risco de desenvolver LP. Para avaliação do risco deve-se aplicar a escala ELPO (ANEXO 3), classificar o paciente em baixo ou alto risco para o desenvolvimento de LP e registrar no ícone específico dos controles de enfermagem no AGHU.

Dessa forma, a assistência de enfermagem deve ser realizada cuidadosamente pelos enfermeiros do centro cirúrgico, implementando medidas para prevenir ou minimizar esse tipo de lesão.

Além da avaliação pela escala ELPO, o enfermeiro deve avaliar as condições da pele do paciente e outros fatores de risco relacionados ao desenvolvimento de LP. Estes fatores específicos para indivíduos submetidos a cirurgia, incluem:

- Período de tempo imobilizado antes da cirurgia;

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.USEP-HUWC.008	
Título do Documento	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO	Emissão: 18/07/2025	Próxima revisão:
		Versão: 3	18/07/2027

- Duração da cirurgia;
- Aumento dos períodos de hipotensão durante a cirurgia;
- Baixa temperatura corporal durante a cirurgia;
- Mobilidade reduzida durante o primeiro dia do pós-operatório.

Medidas preventivas padrão

- Avaliar a pele do paciente e o risco de desenvolver LP;
- Manter a pele limpa e seca;
- Utilizar colchão de espuma adequado;
- Utilizar coxins de espuma reativa para manter o posicionamento;
- Posicionar o paciente de forma correta;
- Não posicionar o paciente sobre dispositivos médicos.

Pacientes baixo risco (ELPO < 19)

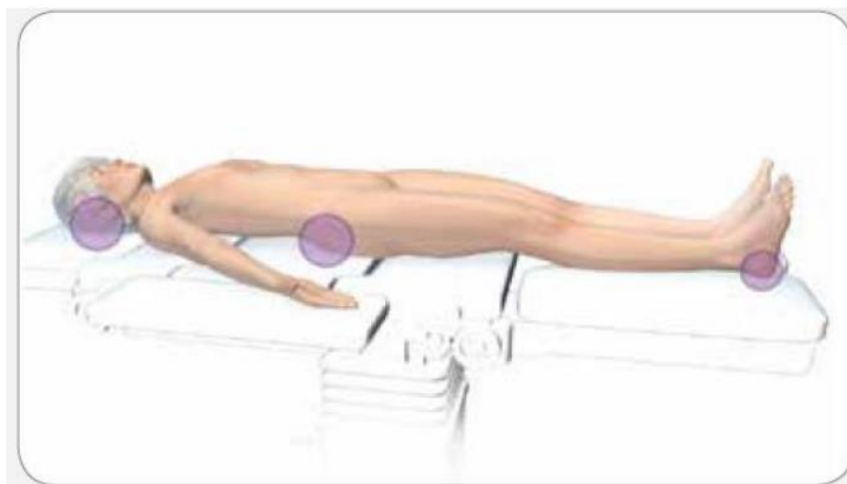
- Manter medidas preventivas padrão;

Pacientes alto risco (ELPO acima de 19)

- Manter medidas preventivas padrão;
- Associar o curativo multicamadas com silicone suave nas proeminências ósseas conforme posicionamento durante a cirurgia e avaliação prévia do enfermeiro, conforme descrito a seguir:

Posição supina ou decúbito dorsal

Indicada para indução anestésica geral e acesso as cavidades maiores do corpo. O paciente fica deitado sobre o dorso, braços em posição anatômica e pernas levemente afastadas. Deve-se utilizar curativo multicamadas com silicone suave na região occipital, sacral e calcâneos.



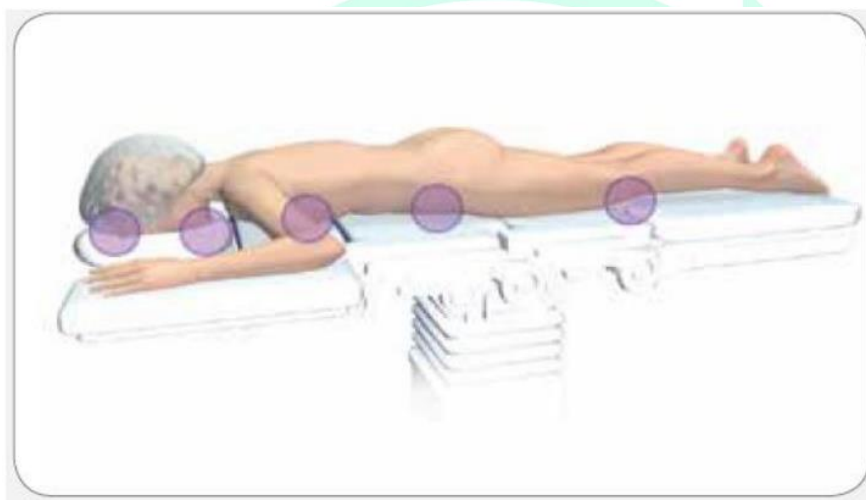
Fonte: Internet

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.USEP-HUWC.008	
Título do Documento	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO	Emissão: 18/07/2025	Próxima revisão:
		Versão: 3	18/07/2027

Posição prona ou decúbito ventral

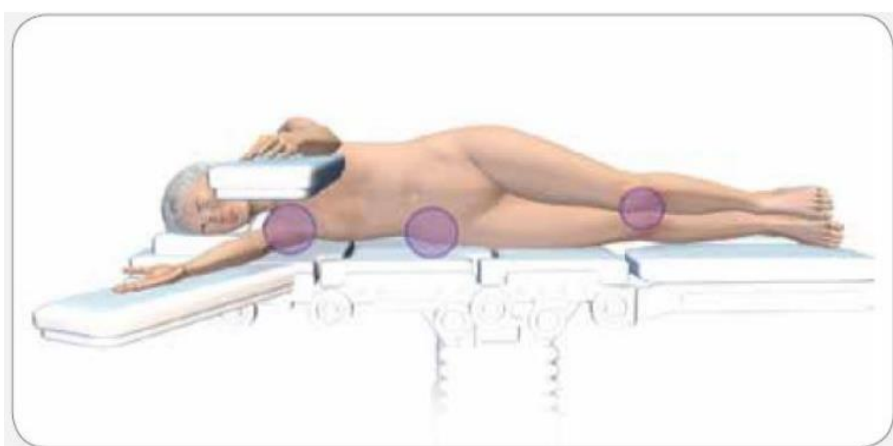
Indicada para cirurgias da região dorsal, lombar, sacrococcígea e occipital. Nesta cirurgia deve-se utilizar curativo multicamadas com silicone suave na fronte, mento, crista ilíaca e joelhos.



Fonte: Internet

Posição decúbito lateral ou de Sims

Indicada para toracotomias e cirurgias renais. Deve-se utilizar curativo multicamadas com silicone suave nos joelhos, crista ilíaca, trocanter e braços.

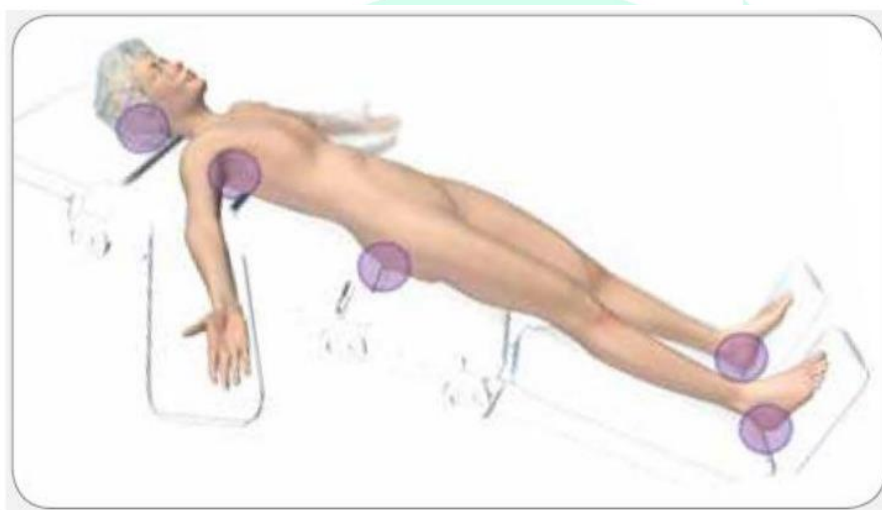


Fonte: Internet

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.USEP-HUWC.008	
Título do Documento	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO	Emissão: 18/07/2025	Próxima revisão: 18/07/2027
		Versão: 3	

Posição de Trendelemburg

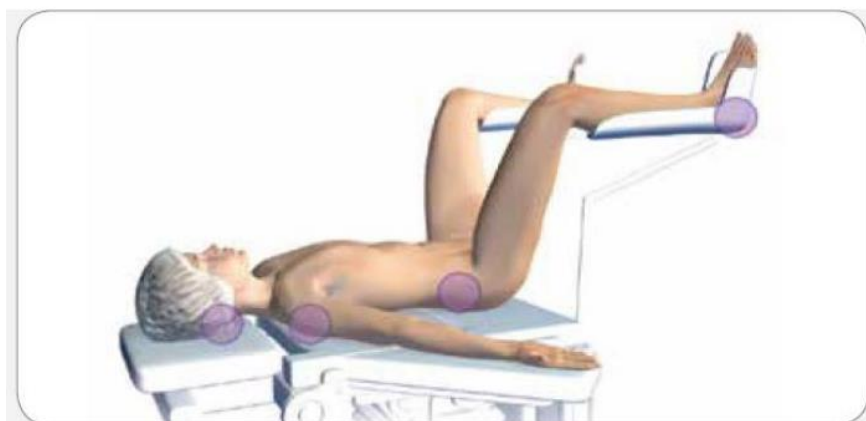
Ocorre oferece melhor visualização dos órgãos pélvicos durante a abertura ou cirurgia laparoscópica no abdome inferior ou pelve. Deve-se utilizar curativo multicamadas com silicone suave na região occipital, escapular, sacral e calcâneos.



Fonte: Internet

Posição de Litotomia ou ginecológica

Essa posição é derivada do decúbito dorsal, na qual se elevam os MMII, que ficam elevados em suportes especiais, denominados perneiras e fixados com correias. Deve-se utilizar curativo multicamadas com silicone suave nos calcâneos, trocanter e sacral.

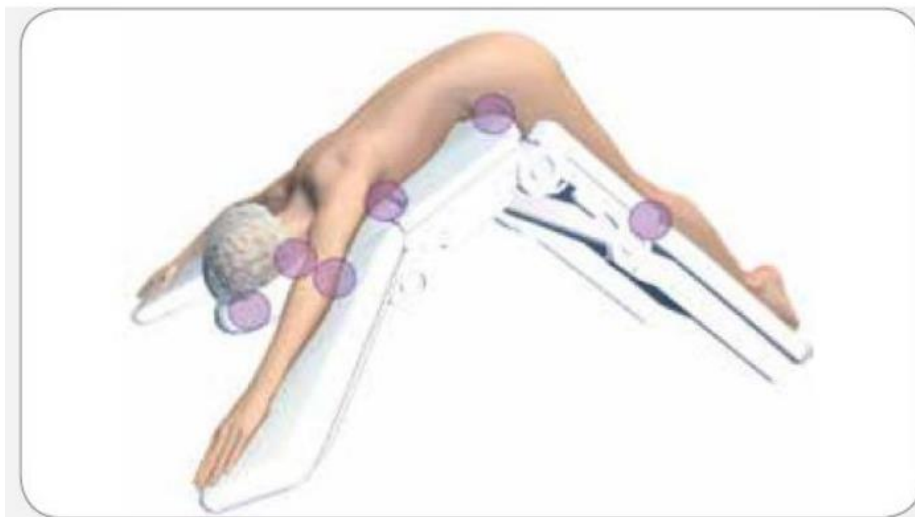


Fonte: Internet

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.USEP-HUWC.008	
Título do Documento	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO	Emissão: 18/07/2025	Próxima revisão:
		Versão: 3	18/07/2027

Posição Canivete (Kraske)

Utilizada para cirurgias da região proctológicas e coluna lombar. Nesta cirurgia deve-se utilizar curativo multicamadas com silicone suave na frente, mento, crista ílica e joelhos.



Fonte: Internet

O posicionamento do paciente para a cirurgia deve ser realizado de forma a reduzir o risco de desenvolvimento das LP durante a cirurgia. Superfícies de apoio adicionais (por exemplo, discos faciais) para liberar pontos de pressão no rosto e corpo durante a posição de pronação devem ser utilizados. O paciente não deve ser posicionado sobre dispositivos médicos.

Para facilitar o posicionamento deve-se utilizar coxins e posicionadores que auxiliam na redistribuição da pressão. Além destes, o curativo multicamadas com silicone suave deverá ser utilizado nas proeminências ósseas em pacientes com alto risco de desenvolver LP.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO		PRO.USEP-HUWC.008
Título do Documento	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO		Emissão: 18/07/2025
			Versão: 3
			Próxima revisão: 18/07/2027

Itens \ Escore	5	4	3	2	1
Tipo de posição cirúrgica	Litotômica	Prona	Trendelenburg	Lateral	Supina
Tempo de cirurgia	Acima de 6h	Acima de 4h até 6h	Acima de 2h até 4h	Acima de 1h até 2h	Até 1h
Tipo de anestesia	geral + regional	geral	regional	sedação	local
Superfície de suporte	sem uso superfície de suporte ou suportes rígidos sem acolchoamento ou pemeiras estreitas	colchão de mesa cirúrgica de espuma (convencional) + coxins feitos de campos de algodão	colchão de mesa cirúrgica de espuma (convencional) + coxins de espuma	colchão de mesa cirúrgica de espuma (convencional) + coxins de viscoelástico	Colchão da mesa cirúrgica de viscoelástico + coxins de viscoelástico
Posição dos membros	elevação dos joelhos > 90° e abertura dos membros inferiores > 90° ou abertura dos membros superiores > 90°	elevação dos joelhos > 90° ou abertura dos membros inferiores > 90°	elevação dos joelhos < 90° e abertura dos membros inferiores < 90° ou pescoço sem alinhamento mento-esternal	abertura dos membros superiores < 90°	alinhamento corporal
Comorbidades	úlceras por pressão ou neuropatia previamente diagnosticada ou trombose venosa profunda	obesidade ou desnutrição	diabetes mellitus	doença vascular	sem comorbidades
Idade do paciente	>80 anos	Entre 70 e 79 anos	Entre 60 e 69 anos	Entre 40 e 59 anos	Entre 18 e 39 anos

14. LESÃO POR PRESSÃO E CUIDADOS PALIATIVOS

A OMS define cuidados paliativos como “uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes e seus familiares frente ao problema associado a doenças potencialmente fatais, por meio da prevenção e alívio do sofrimento com identificação precoce e avaliação impecável, tratamento da dor e de outros problemas físicos, psicossociais e espirituais”.

Os cuidados paliativos oferecem suporte a indivíduos na fase final de uma doença terminal e se concentram no conforto e na qualidade de vida, ao invés da cura. O objetivo é permitir que os pacientes se sintam confortáveis e sem dor, para que vivam cada dia da forma mais plena possível. Esses cuidados de fim de vida começam depois que o tratamento da doença é interrompido e quando fica claro que a pessoa não vai sobreviver à doença (geralmente quando se espera que a pessoa viva 6 meses ou menos).

A pele, maior órgão do corpo, está sujeita a falhas como qualquer órgão, sendo que no final da vida a ruptura da pele é inevitável para muitos indivíduos, e a cura em algumas situações não é uma meta realista, dessa forma novas LP's podem ocorrer nesse grupo vulnerável.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO		PRO.USEP-HUWC.008
Título do Documento	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO		Emissão: 18/07/2025
			Próxima revisão: 18/07/2027
		Versão: 3	

15. ORIENTAÇÕES E ESTRATÉGIAS DE ENGAJAMENTO DE PACIENTES, FAMILIARES E/OU CUIDADORES NA PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO

15.1 Orientações de Reposicionamento

- Explicar de maneira clara os riscos de manter o paciente na mesma posição por tempo prolongado.
- Recomendar o alívio da pressão ou reposicionamento a cada 2 horas, conforme orientação da equipe de enfermagem e fisioterapia.
- Orientar sobre a utilização de almofadas, travesseiros ou dispositivos específicos para auxiliar no reposicionamento, prevenindo pressão, fricção e cisalhamento nas áreas de proeminências ósseas.
- Orientar para a importância da elevação dos calcanhares, visando evitar lesões por pressão nessa região de alto risco.

15.2 Orientações para Prevenção de Umidade

- Recomendar medidas de controle da umidade com higienização cuidadosa e hidratação com produtos de pH balanceado.
- Evitar umidade excessiva causada por incontinência, suor, exsudato ou áreas úmidas após higienização.
- Explicar uso adequado de cremes, evitando excesso de produto, para permitir avaliação clínica adequada.
- Instruir familiares e cuidadores para não ajustar fraldas de forma excessivamente apertada, evitando prejuízo à circulação.
- Monitorar as trocas periódicas, evitando a exposição prolongada da pele à urina ou fezes.
- Evitar o uso de duas fraldas simultaneamente, mesmo adaptadas, pois aumentam o calor, a umidade e o desconforto, além de não aumentarem a absorção.

15.3 Orientações Nutricionais

- Ressaltar a importância da alimentação e da ingestão hídrica para manutenção da integridade da pele e cicatrização.

15.4 Orientações sobre Autonomia e Eliminações

- Evitar o uso excessivo de fraldas em pacientes com continência preservada, priorizando o estímulo à autonomia.
- Estimular, quando indicado clinicamente, a autonomia do paciente para realizar as eliminações fisiológicas no banheiro.
- Considerar o uso de dispositivos como o cateter urinário externo masculino (tipo "uopen") de forma segura e criteriosa, conforme procedimento operacional padrão-POP institucionais.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO		PRO.USEP-HUWC.008
Título do Documento	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO		Emissão: 18/07/2025
			Próxima revisão: 18/07/2027
		Versão: 3	

15.5 Cuidados Gerais com a Pele

- Orientar inspeção diária da pele, com atenção especial às regiões de proeminências ósseas.
- Estimular o paciente e/ou acompanhante a informar à equipe qualquer desconforto, dor, dificuldade de mobilidade ou alteração na pele. Participação no Cuidado e Engajamento.
- Incluir o paciente e acompanhante nas decisões relacionadas à prevenção de lesão por pressão.
- Reforçar a importância de relatar à equipe a tolerância às práticas preventivas adotadas.
- Envolver cuidadores no uso de colchões pneumáticos, dispositivos de alívio de pressão e coberturas preventivas, conforme risco individual.
- Fornecer, quando indicado, encaminhamento para o Serviço de Estomaterapia com instruções para sinais de agravamento.

15.6 Educação e Comunicação Efetiva

- Informar o paciente, familiares e cuidadores no momento da admissão e diariamente, sobre o risco de lesão por pressão e a importância da adesão às medidas preventivas, com linguagem adequada.
- Ofertar o material: 'Orientações de Enfermagem para Cuidados Domiciliares na Prevenção e Tratamento da Lesão por Pressão – V2 INF.UAMB-HUWC.004'.
- Estimular o paciente e acompanhante a manter comunicação contínua com a equipe de saúde.
- Incentivar familiares a compartilhar orientações entre si e com a equipe, com ênfase nas condutas, dúvidas e aceitação das medidas.
- Valorizar a comunicação aberta e o apoio emocional entre equipe, paciente e familiares.

16. MONITORAMENTO

Estratégias de monitoramento e indicadores. Sugerem-se três indicadores de processo e um indicador de resultado para a prevenção de LP.

- Incidência de LP.

$\frac{\text{Número de casos novos de pacientes com LP em um determinado período}}{\text{Número de pessoas expostas ao risco de adquirir LP (pacientes internados)}} \times 100$
<p>*Cálculo de incidência para instituição</p> <p>*Cálculo de incidência por setor da internação clínica</p>

Indicadores de processo:

- Percentual (%) de pacientes submetidos a avaliação de risco para LP na admissão;
- Percentual (%) de pacientes recebendo avaliação diária para risco de LP;
- Percentual (%) de pacientes com risco realizando mudança de decúbito.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO		PRO.USEP-HUWC.008
Título do Documento	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO		Emissão: 18/07/2025
			Versão: 3
			Próxima revisão: 18/07/2027

17. REFERÊNCIAS

1. BERNARDES, R.M; CALIRI, M.H.L Web site feridas crônicas. Acesso em: 28.12.22: http://eerp.usp.br/feridascrônicas/recurso_educacional_lp_3_6.html
2. BLANES L., FERREIRA LM. Prevenção e tratamento de úlcera por pressão. 1. ed. São Paulo:Atheneu, 2014.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo para prevenção de úlcera por pressão. Brasília: 2013.
4. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES Nº 03/2017 Práticas seguras para prevenção de Lesão por Pressão em serviços de. Saúde. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/notas-tecnicas-vigentes/nota-tecnica-gvims-ggtes-no-03-2017.pdf/view>
5. CHIMENTÃO DMN, DOMANSKY RC. Dermatite Associada à Incontinência. In: Borges EL, Domansky RC. Manual para prevenção de lesões de pele: recomendações baseadas em evidências. 2 ed. Rio de janeiro: Editora Rubio; 2014.
6. CLARK M, BLACK J, ALVES P. et al.; Systematic review of the use of prophylactic dressings in the prevention of pressure ulcers. Int Wound J 2014; 11: 460-71.
7. COLEMAN S, GORECKI C, NELSON EA, et al. Patient risk factors for pressure ulcer development: systematic review. Int J Nurs Stud 2013; 50: 974-1003.
8. CONVATEC. Protocolo de Prevenção de Lesão por pressão. Revisão científica Maria Angela Boccara de Paulla. 2019.
9. CUNHA CV, FERREIRA D, NASCIMENTO D, FÉLIX F, CUNHA P, PENNA LHG. Dermatite associada à incontinência em idosos: caracterização, prevenção e tratamento. Rev Estima, v. 13, n. 3, 2015.
10. DAVIES P. Role of multi-layer foam dressings with Safetac in the prevention of pressure ulcers: a review of the clinical and scientific data. J Wound Care. 2016 Jan;25(1 Suppl):S1, S4- PMID: 27141656.
11. EBSERH. Protocolo de Prevenção de lesão por pressão. Maternidade Escola Assis Chateaubriand. PRO.USEP.003 – Página 1/27. Emissão: 05/05/2022. Versão: 5.
12. EBSERH. Protocolo de prevenção e tratamento de lesão por pressão. Universidade federal do triângulo mineiro hospital de clínicas. PRT.NPM.008 - Página 1/28. Emissão: 03/09/2020. Versão: 2.
13. HAESLER, E. European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevenção e tratamento de lesões / úlceras por pressão. Guia de consulta rápida. edição Portuguesa. EPUAP/NPIAP/PPPIA: 2019.
14. Institute for Healthcare Improvement. How-to-Guide: Prevent Pressure Ulcers. Cambridge,MA: Institute for Healthcare Improvement; 2011. Disponível em <http://www.ihl.org> .
15. LOPES, C.M.M., HAAS, V.J., DANTAS, R.A.S., OLIVEIRA ,C.G., GALVÃO ,C.M. Escala de avaliação de risco para lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016;24:e2704. Acesso: 17/08/2020. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02704.pdf. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0644.2704>
16. MOORE Z, WEBSTER J. Dressings and topical agents for preventing pressure ulcers. Cochrane Database Syst Rev 2013; 18(8): CD009362.
17. NASIMOTO MCG, DOMANSKY RC. Prevenção de Lesões de Pele relacionadas a Adesivos Médicos.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.USEP-HUWC.008	
Título do Documento	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO	Emissão: 18/07/2025	Próxima revisão:
		Versão: 3	18/07/2027

In: BORGES EL, DOMANSKY RC. Manual para prevenção de lesões de pele: recomendações baseadas em evidências. 2. Ed. Rio de Janeiro: Editora Rubio; 2014.

18. PARK KH. The effect of a silicone border foam dressing for prevention of pressure ulcers and incontinence-associated dermatitis in intensive care unit patients. J Wound Ostomy Continence Nurs 2014; 41(5): 424-29.
19. 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.
20. Segurança do paciente: prevenção de Lesão por Pressão (LP). Secretária de Estado de Saúde do Distrito Federal. Acesso em fev de 2023: <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/91089/GUIA-RAPIDO-DE-PREVENCAO-E-TRATAMENTO-DE-LP.pdf>
21. WORLD UNION OF WOUND HEALING SOCIETIES. O papel das coberturas na prevenção da Lesão por Pressão, 2016.
22. XAVIER, D.; FEITOSA, Y. S.; BLANES, L.; BARROS, B. V. de M.; ALENCAR, L. M.; OLIVEIRA, T. M. de. Construção e validação de vídeo educativo para prevenção de lesão por pressão. Gestão & Cuidado em Saúde, Fortaleza, v. 1, n. 2, p. e12931, 2024. DOI: 10.70368/gecs.v1i2.12931. Disponível em: <https://revistas.uece.br/index.php/gestaoecuidado/article/view/12931>

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.USEP-HUWC.008	
Título do Documento	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO	Emissão: 18/07/2025	Próxima revisão: 18/07/2027
		Versão: 3	

18. ANEXOS

ANEXO 1 – ESCALA DE BRADEN (ADULTOS)

ESCALA DE BRADEN

PERCEPÇÃO SENSORIAL	UMIDADE	ATIVIDADE FÍSICA	MOBILIDADE	NUTRIÇÃO	FRICÇÃO E CISALHAMENTO
<p>1. TOTALMENTE LIMITADO:</p> <p><u>Não reage, não responde a estímulo doloroso</u> (não geme, não se segura a nada, não se esquiva), devido ao nível de consciência ou à sedação ou capacidade limitada de sentir dor na maior parte do corpo.</p>	<p>1.CONSTANTEMENTE ÚMIDA:</p> <p>A pele <u>mantida molhada</u> quase constantemente por transpiração, urina, etc. Umidade é detectada às movimentações do paciente.</p>	<p>1. ACAMADO:</p> <p>Mantem –se sempre no leito <u>confinado à cama.</u></p>	<p>1.TOTALMENTE IMÓVEL:</p> <p><u>NÃO faz pequenas mudanças</u> na posição do corpo ou extremidades sem ajuda</p>	<p>1. MUITO POBRE:</p> <p><u>Não come toda a refeição.</u> Raramente come mais de 1/3 do alimento oferecido. Come 2 porções ou menos de proteína/dia. Ingere pouco líquido. <u>Não aceita suplemento alimentar.</u> Ou é mantido em jejum e/ou mantido com dieta líquida por mais de cinco dias.</p>	<p>1. PROBLEMA:</p> <p>Requer <u>assistência moderada a máxima para movimentar-se.</u> Frequentemente escorrega na cama ou cadeira, necessitando frequentes ajustes de posição com o máximo de assistência. Espasticidade, contratura ou agitação leva a quase constante fricção.</p>
<p>2. MUITO LIMITADO:</p> <p><u>Reage a estímulo doloroso.</u> 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</p>	<p>2. MUITO ÚMIDA:</p> <p>A pele está <u>frequentemente úmida,</u> mas nem sempre. A roupa de cama deve ser trocada pelo menos uma vez por turno.</p>	<p>2. RESTRITO A CADEIRA:</p> <p>A capacidade de andar está severamente limitada ou nula. <u>Não é capaz de sustentar o próprio peso</u> e/ou precisa ser ajudado a se sentar.</p>	<p>2. BASTANTE LIMITADO:</p> <p><u>Faz pequenas mudanças ocasionais</u> na posição do corpo ou extremidades mas é incapaz de fazer mudanças frequentes ou significantes sozinho.</p>	<p>2.PROVAVELMENTE INADEQUADO:</p> <p><u>Raramente come a refeição completa.</u> Geralmente <u>come cerca de metade do alimento oferecido.</u> Ingestão de proteína inclui somente 3 porções dia. <u>Ocasionalmente aceitará um suplemento alimentar</u></p>	<p>2. PROBLEMA EM POTENCIAL:</p> <p>Movimenta-se livremente ou <u>necessita de uma assistência mínima.</u> Na maior parte do tempo mantém posição relativamente boa na cama ou na cadeira mas</p>

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.USEP-HUWC.008	
Título do Documento	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO	Emissão: 18/07/2025	Próxima revisão: 18/07/2027
		Versão: 3	

metade do corpo.				ou recebe abaixo da quantidade da dieta ou alimentação por sonda.	ocasionalmente escorrega.
3. LEVEMENTE LIMITADO: Responde a comando verbal, mas <u>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.</u>	3. OCASIONALMENTE MOLHADA: A pele fica <u>ocasionalmente molhada</u> requerendo uma troca extra de roupa de cama por dia.	3. CAMINHA OCASIONALMENTE: <u>Anda ocasionalmente durante o dia, embora distâncias muito curtas, com ou sem ajuda. Passa a maior parte do tempo na cama ou cadeira.</u>	3. LEVEMENTE LIMITADO: <u>Faz frequentes, mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda.</u>	3. ADEQUADO: <u>Come mais da metade da maioria das refeições. Come um total de 4 porções de proteína/dia. Geralmente aceitará um complemento oferecido. Ou é alimentado por sonda ou regime de nutrição parenteral total.</u>	3. NENHUM PROBLEMA: <u>Movimenta-se sozinho na cama ou cadeira e tem força suficiente para erguer-se completamente durante o movimento.</u>
4. NENHUMA LIMITAÇÃO: Responde a comandos verbais. <u>Não tem déficit sensorial que limitaria a capacidade de sentir ou verbalizar dor ou desconforto.</u>	4. RARAMENTE MOLHADA: A pele <u>geralmente está seca</u> , a troca de roupa de cama é necessária somente nos intervalos de rotina.	4. ANDA FREQUENTEMENTE: <u>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.</u>	4. NÃO APRESENTA LIMITAÇÕES: <u>Faz importantes e frequentes mudanças sem auxílio.</u>	4. EXCELENTE: <u>Come a maior parte de cada refeição. Nunca recusa refeição. Inger 4 ou mais porções de proteína/dia. Ocasionalmente come entre as refeições. Não requer suplemento alimentar.</u>	

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.USEP-HUWC.008	
Título do Documento	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO	Emissão: 18/07/2025	Próxima revisão: 18/07/2027
		Versão: 3	

ESCORE DE RISCO

MUITO ALTO – 6 a 9	ALTO – 10 A 12	RISCO MODERADO – 13 a 14	BAIXO RISCO – 15 a 18	SEM RISCO – 19 a 23
--------------------	----------------	--------------------------	-----------------------	---------------------

ANEXO 2 – ESCALA DE BRADEN (PEDIÁTRICA)

ESCALA DE BRADEN Q - Avaliação do risco de lesão por pressão em crianças

MOBILIDADE Capacidade de Mudar e controlar a posição do corpo	ATIVIDADE Grau de atividade física	PERCEPÇÃO SENSORIAL Capacidade de responder de maneira apropriada ao desconforto relacionado à pressão	UMIDADE Grau de exposição da pele à umidade.	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	NUTRIÇÃO Padrão habitual de consumo alimentar.	PERFUSÃO TECIDUAL
1. Completamente Imóvel: Não faz mudanças, nem mesmo pequenas, na posição do corpo ou das extremidades, sem ajuda.	1. Acamado: Permanece no leito o tempo todo	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	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.	1. Problema importante: A espasticidade, a contratura, o prurido ou a agitação levam a criança debater-se no leito e há fricção quase constante.	1. Muito pobre: Em jejum e/ou mantido com ingesta hídrica ou hidratação IV por mais de 5 dias ou albumina < 2,5 mg/dl ou nunca come uma refeição completa. Raramente come mais da metade de algum alimento	Extremamente comprometida: Hipotenso (PAM < 50 mmHg; < 40mmHg em recém-nascido ou o paciente não tolera as mudanças de posição.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.USEP-HUWC.008	
Título do Documento	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO	Emissão: 18/07/2025	Próxima revisão: 18/07/2027
		Versão: 3	

		parte da superfície corporal.			oferecido. O consumo de proteínas inclui apenas duas porções de carne ou derivados de leite por dia. Ingerir pouco líquido. Não ingerir suplemento dietético líquido.	
2. Muito limitado: Faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou extremidades, mas é incapaz de fazer mudanças completamente sozinho.	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.	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.	2. Frequentemente úmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, úmida. A roupa de cama precisa ser trocada pelo menos a cada oito horas.	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.	2. Inadequada: Dieta líquida por sonda ou NP 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	2. Comprometida: Apresenta saturação de oxigênio 2 segundos. O pH sérico <7,40

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.USEP-HUWC.008	
Título do Documento	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO	Emissão: 18/07/2025	Próxima revisão: 18/07/2027
		Versão: 3	

					derivados de leite por dia. Ocasionalmente ingere suplemento dietético.	
3. Levemente limitado: Faz mudanças frequentes, embora pequenas, na posição do corpo ou das extremidades, sem ajuda.	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.	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.	3. Ocasionalmente úmida: A pele está ocasionalmente úmida, necessitando de troca de roupa de cama a cada 12 horas.	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.	3. Adequada: Dieta por sonda ou NP 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.	3. Adequada: Apresenta saturação de oxigênio 2 segundos. O pH sérico é normal.
4. Nenhuma limitação: Faz mudanças importantes e	4. Crianças jovens demais para deambular ou que deambulam	4. Nenhuma alteração: Responde aos comandos verbais. Não	4. Raramente úmida: A pele geralmente está seca, as trocas de	4. Nenhum problema aparente: Capaz de levantar-se completamente	4. Excelente: Dieta geral que fornece calorias suficientes para a idade. Por	4. Excelente: Apresenta saturação de oxigênio >95%, a hemoglobina normal

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.USEP-HUWC.008	
Título do Documento	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO	Emissão: 18/07/2025	Próxima revisão: 18/07/2027
		Versão: 3	

<p>frequentes na posição do corpo, sem ajuda.</p>	<p>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 que está acordado</p>	<p>apresenta déficit sensorial que limite a capacidade de sentir ou comunicar dor ou desconforto.</p>	<p>fraldas são feitas de rotina e as roupas de cama necessitam ser trocadas apenas a cada 24h.</p>	<p>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.</p>	<p>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.</p>	<p>e o tempo de enchimento capilar</p>
---	---	---	--	--	---	--

Fonte: MAIA, A.C.A.R, 2007.

ESCORE DE RISCO	
ALTO RISCO < 16	BAIXO RISCO > ou = 16

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.USEP-HUWC.008	
Título do Documento	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO	Emissão: 18/07/2025	Próxima revisão: 18/07/2027
		Versão: 3	

ANEXO 3 – ESCALA DE ELPO

Itens/EscORES	Escala ELPO					Escore
	5	4	3	2	1	
Tipo de posição cirúrgica	Litotômica	Prona	Trendelemburg	Lateral	Supina	
Tempo de cirurgia	> 6h	>4h	≥ 2 h	< 2h	< 1 h	
Tipo de anestesia	Geral + regional	Geral	Regional	Sedação	Local	
Superfície de suporte	Sem uso de superfície de suporte ou suportes rígidos sem acolchoamento	Colchão de mesa cirúrgica de espuma + coxins de campos de algodão	Colchão de mesa cirúrgica de espuma (convencional) + coxins de espuma	Colchão de mesa cirúrgica de espuma coxins de viscoelástico	Colchão de mesa viscoelástico + coxins de viscoelástico	
Posição dos membros	Elevação dos joelhos >90° e abertura dos MMII > 90° ou abertura dos MMSS >90°	Elevação dos joelhos >90° e abertura dos MMII > 90°	Elevação dos joelhos < 90° e abertura dos MMII < 90° ou pescoço sem alinhamento externo	Abertura dos MMSS < 90°	Posição anatômica	
Comorbidades	Úlcera por pressão ou neuropatia ou TVP	Obesidade ou desnutrição	DM	Doença vascular	Sem doenças	
Idade do paciente	>80 anos	Entre 70 e 79 anos	Entre 60 e 69 anos	Entre 40 e 59 anos	Entre 18 e 39 anos	
Escore total						

Escala de AORN		
Riscos pré-operatórios	Riscos intraoperatórios	Riscos pós-operatórios
Lesões da medula espinhal Lesões por pressão prévias Problemas de pele Hemodiálise Nível de creatinina maior que 3mg/dL Mobilidade limitada Incontinência fecal Desnutrido Infecções ASA 3 ou superior	Fricção Cisalhamento Múltiplas cirurgias Longo período de tempo no CC Uso de dispositivos de posicionamento Uso de anestésicos Sedação Medicamento vasoconstritores Hipotermia Baixa pressão arterial	Uso de vasopressores Ventilação mecânica Administração de sedativos Uso de corticoides Internação acima de 3 dias
Condutas de enfermagem após avaliação com uso da Escala ELPO		
Aplicado cobertura em região: Escapular (<input checked="" type="checkbox"/>) Sacral (<input type="checkbox"/>) Glúteos (<input type="checkbox"/>) Trocântérica (<input type="checkbox"/>) Calcâneos (<input type="checkbox"/>) Uso de Coxins: Sim (<input checked="" type="checkbox"/>) Não (<input type="checkbox"/>) Local _____ Especificar cobertura aplicada: _____ _____ Enfermeiro: _____		

Escore total: 7 a 35 pontos. Quanto > o escore total, > o risco de desenvolvimento de lesões.

Baixo risco: ELPO ≤ 19 e sem nenhum outro fator de risco adicional descrito pela AORN (manter medidas preventivas padrão).

Alto risco: ELPO > 19 ou presença de, no mínimo, dois fatores de risco adicionais descrito pela AORN (manter medidas padrão e associar coberturas nas proeminências ósseas conforme posicionamento durante a cirurgia).



Prona



Supina



Lateral



Litotômica



Trendelemburg

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.USEP-HUWC.008	
Título do Documento	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO	Emissão:	Próxima revisão:
		18/07/2025	18/07/2027
		Versão: 3	

19. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
3	18/07/2025	Atualizado referências e anexos; Orientações e Estratégias De Engajamento de Pacientes, Familiares e/ou Cuidadores na Prevenção de Lesão Por Pressão

20. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO

ELABORAÇÃO/REVISÃO	
Alba Paula Mendonça Lima Francisca Alexandra Araújo da Silva Saionara Leal Ferreira Shanna Machado de Sousa Solange Gurgel Alexandre	
VALIDAÇÃO	
Raquel Cavalcante Mota Unidade de Gestão da Qualidade	Conforme Processo SEI nº 23533.021929/2025-16 , assinado eletronicamente.
APROVAÇÃO	
Ana Kercya Araújo Leitão dos Santos Chefe da Unidade de Segurança do Paciente	Conforme Processo SEI nº 23533.021929/2025-16 , assinado eletronicamente.
APROVAÇÃO	
Cláudia Regina Fernandes Chefe do Setor de Gestão da Qualidade	Conforme Processo SEI nº 23533.021929/2025-16 , assinado eletronicamente.

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. 2025, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados www.ebserh.gov.br