

PROTOCOLO

HUAB-UFRN/EBSERH

PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO

Versão: 3 | 2025



SUPERINTENDENTE

MARIA CLÁUDIA MEDEIROS DANTAS DE RUBIM COSTA

CHEFE DE SETOR/UNIDADE

CARLLA CILENE ALVES DANTAS PETRÔNIO

ELABORAÇÃO

Carlla Cilene Alves Dantas Petrônio – STGQ/SUP

Thaís Lorena Barbosa de França - STGQ/SUP

Joymara Railma Gomes de Assunção - STGQ/SUP

Fábia Cheyenne Gomes de Assunção – GEP

Vanessa Freires Maia - STGQ/SUP

Wilton Nogueira de Abreu – STGQ/SUP

Dayse Samyra Pereira da Costa – STGQ/SUP

ANÁLISE

Fábia Cheyenne Gomes de Assunção – GEP

VALIDAÇÃO

Wilton Nogueira de Abreu - STGQ/SUP

Franciane Carla de Souza Bento - STGQ/SUP

APROVAÇÃO

Carlla Cilene Alves Dantas Petrônio – STGQ/SUP

Data da emissão: 30/09/2025

Código do documento: PRT.NSP.005

ISBN:



SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	4
2.	OBJETIVO	5
3.	DEFINIÇÃO.....	5
3.3.2.	Lesão por pressão estágio 2 (perda do tecido em sua espessura parcial com exposição da derme):	6
3.3.3.	Lesão por pressão estágio 3 (perda total da espessura total):	7
3.3.4.	Lesão por pressão estágio 4 (perda da pele em sua espessura total e perda tissular)	7
4.	AVALIAÇÃO DE RISCO DE LESÃO POR PRESSÃO	11
5.	INTERVENÇÕES	12
	ATENÇÃO: As etapas subsequentes (etapas 3 a 6), descritas a seguir, deverão ser utilizadas em todos os pacientes classificados como de risco nas etapas de avaliação anteriormente descritas (etapas 1 e 2).	14
a)	Higienização e Hidratação da pele.....	15
b)	Manejo da umidade	15
5.5.1.	Procedimento operacional para Nutrição (Etapa 5).....	16
5.6.	Minimizar a pressão	16
5.6.1.	Procedimento Operacional para Minimizar a Pressão (Etapa 6)	17
a)	Mudança de decúbito ou reposicionamento	17
b)	Medidas preventivas para fricção e cisalhamento	21
5.7.1.	Sem risco (acima de 18 pontos na escala de Braden)	22
5.7.2.	Risco baixo (15 a 18 pontos na escala de Braden)	22
5.7.3.	Risco moderado (13 a 14 pontos na escala de Braden)	22
5.7.5.	Risco muito alto (≤ 9 pontos na escala de Braden)	22
6.	TRATAMENTO DA LPP.....	23
6.1	Limpeza e Debridamento.....	23
6.2	Terapias tópicas.....	24
7.	AÇÕES PREVENTIVAS	27
7.1	Orientações e estratégias de engajamento dos pacientes/familiares/cuidadores.....	27
8.	NOTIFICAÇÃO VIGIHOSP/NOTIVISA E REGISTRO DA LESÃO NOS PRONTUÁRIOS DOS PACIENTES	27
9.	INDICADORES ACOMPANHADOS	27
9.1.2	Criança (adaptado e de acompanhamento local)	28
9.1.3	Neonato (adaptada e de acompanhamento)	29
10	REFERÊNCIAS.....	30
11.	HISTÓRICO DE REVISÃO	32
12.	RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO.....	32



1. INTRODUÇÃO

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

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

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

A lesão por pressão é definida como um dano localizado na pele e/ou tecido subjacente em qualquer local do corpo, mais comum sobre uma proeminência óssea como resultado de pressão e/ou pressão com cisalhamento, trazendo consequências negativas tanto para o paciente quanto aos serviços de saúde, pois a sua ocorrência causa impacto tanto para os pacientes e seus familiares, quanto para o próprio sistema de saúde, com o prolongamento de internações, riscos de infecção e outros agravos evitáveis. Podem causar dor e sofrimento psíquico ao paciente e família, aumento o risco de infecção, o tempo de internação e a taxa de mortalidade (NPUAP, 2019; DANTAS et al, 2013).

A LP é considerada como um evento adverso, visto que se trata de lesão que pode ser evitada em cerca de 95% dos casos, além de ser um indicador de qualidade da assistência, pois reflete diretamente a qualidade dos cuidados multiprofissional (SANTOS et al,2013).

Segundo dados da National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), EUA, a prevalência de LPP em hospitais é de 15% e a incidência é de 7%. No Reino Unido, casos novos de LPP acometem entre 4% a 10% dos pacientes admitidos em hospital. Apesar da maioria das lesões por pressão ser evitável, estima-se que aproximadamente 600 mil pacientes em hospitais dos EUA evoluam para o óbito a cada ano em decorrência de complicações secundárias à LPP. O custo total estimado do tratamento de LPP nos EUA é de 11 bilhões de dólares por ano

Segundo o Relatório Nacional de Incidentes Relacionados à Assistência à Saúde, as notificações de LP corresponderam a 17,6% dos eventos adversos notificados, no período de janeiro de 2014 a julho de 2017, ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, totalizando 23.722 notificações, uma média aproximada de 18 eventos por dia. Durante este período, a LP foi o terceiro tipo de evento adverso mais frequentemente notificado pelos núcleos de segurança do paciente dos serviços de saúde do País (BRASIL, 2018). A LP é considerada como um evento.

As recomendações para a prevenção devem ser aplicadas a todos os indivíduos vulneráveis em todos os grupos etários. As intervenções devem ser adotadas por todos os profissionais de saúde envolvidos no cuidado de pacientes e de pessoas vulneráveis, que estejam em risco de desenvolver lesões por pressão e que se encontrem em ambiente hospitalar, em

cuidados continuados, em lares, independentemente de seu diagnóstico ou das necessidades de cuidados de saúde.

O protocolo se aplica a todos os pacientes, crianças e neonatos adultos internados no HUAB com risco de desenvolver LP para promover a prevenção da ocorrência de Lesão por pressão (LPP) e outras lesões da pele.

2. OBJETIVO

GERAL

Sistematizar intervenções para prevenção de lesão por pressão, com base em evidências científicas, de forma multidisciplinar, objetivando a melhoria do cuidado e a qualidade da segurança dos pacientes internados no Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB).

ESPECÍFICOS

- Identificar os pacientes em risco ou com fatores associados ao desenvolvimento de lesão por pressão;
- Implementar ações preventivas nos pacientes com risco para desenvolvimento de lesão por pressão, de acordo com os riscos identificados;
- Reduzir a incidência e a prevalência de lesão por pressão.

3. DEFINIÇÃO

A Lesão por Pressão (LPP), considerada um evento adverso, é definida como um dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente, sobre uma proeminência óssea, ou relacionada ao uso de dispositivo médico ou a outro artefato. (VASCONCELOS; CALIRI, 2017).

A lesão pode se apresentar em pele íntegra ou como úlcera aberta, pode ser dolorosa; e vem como resultado da compressão tecidual e perfusão inadequada”, assim como estão associadas à alteração ou déficit nutricional, umidade, ventilação mecânica, alterações circulatórias, perfusão tissular alterada, idade, sepse, período prolongado de hospitalização, doenças crônicas e lesões medulares e, principalmente, ao aumento da exposição à pressão (CALIRI; VASCONCELOS, 2017; FERREIRA, 2019; ALENCAR, SILVA, ASSIS, PEREIRA, OLIVEIRA, SOUZA, 2018).

Segundo a National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP, 2016), as lesões por pressão classificam-se de acordo com o seu grau de desenvolvimento:

3.1. Lesão por pressão (LPP):

lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente, geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionada ao uso de dispositivo médico ou a outro artefato, resultante da pressão intensa e/ou prolongada em combinação com o cisalhamento. Outros fatores como a condição nutricional e a umidade a que o paciente está exposto estão associados à LPP, mas seu papel ainda não foi completamente esclarecido.



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

3.3. Estadiamento de LPP: classificação da LPP, que auxilia na descrição clínica da profundidade observável de destruição tecidual.

3.3.1. Lesão por pressão estágio 1 (pele íntegra com eritema não branqueável):

Pele íntegra com área localizada de eritema que não embranquece (figura 1) e que pode parecer diferente em pele de cor escura. Presença de eritema que embranquece ou mudanças na sensibilidade, temperatura ou consistência (endurecimento) podem preceder as mudanças visuais. Mudanças na cor não incluem descoloração púrpura ou castanha; essas podem indicar dano tissular profundo.

Figura 1 - LP estágio 1 (eritema não branqueável)



3.3.2. Lesão por pressão estágio 2 (perda do tecido em sua espessura parcial com exposição da derme):

Perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme. O leito da ferida é viável, de coloração rosa ou vermelha (figura 2), úmido e pode também apresentar-se como uma bolha intacta, preenchida com exsudato seroso (figura 3) ou rompida. O tecido adiposo e tecidos profundos não são visíveis. Tecido de granulação, esfacelo e escara não estão presentes. Essas lesões geralmente resultam de microclima inadequado e cisalhamento da pele na região da pélvis e no calcâneo. Esse estágio não deve ser usado para descrever as lesões de pele associadas à umidade, incluindo a dermatite associada à incontinência (DAI), a dermatite intertriginosa, a lesão de pele associada a adesivos médicos ou as feridas traumáticas (lesões por fricção, queimaduras, abrasões).

Figura 2 - LP estágio 2 (exposição da derme)



Figura 3 - LP estágio 2 (bolha)



3.3.3. Lesão por pressão estágio 3 (perda total da espessura total):

Perda da pele em sua espessura total na qual a gordura é visível e, frequentemente, tecido de granulação e epíbole (lesão com bordas enroladas) estão presentes. Esfacelo e /ou escara pode estar visível. A profundidade do dano tissular varia conforme a localização anatômica. Áreas com adiposidade significativa podem desenvolver lesões profundas. Podem ocorrer descolamento e túneis. Não há exposição de fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem e/ou osso. Quando o esfacelo ou escara prejudica a identificação da extensão da perda tissular, deve-se classificá-la como Lesão por Pressão Não Classificável.

Figura 4 - LP estágio 3 (tecido de granulação e epíbole)



Figura 5 - LP estágio 3 (tecido de granulação e gordura)



3.3.4. Lesão por pressão estágio 4 (perda da pele em sua espessura total e perda tissular)

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. Epíbole (lesão com bordas enroladas), descolamento e/ou túneis ocorrem frequentemente. A profundidade varia conforme a localização anatômica. Quando o esfacelo ou escara prejudica a identificação da extensão da perda tissular, deve-se classificá-la como Lesão por Pressão Não Classificável.

Figura 6 - LP estágio 4 (exposição de tendão)



Figura 7 - LP estágio 4 (exposição de músculo)



3.3.5. Lesão por pressão não classificável (perda da pele em sua espessura total e perda tissular não visível):

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 (figura 8) ou escara (figura 9). Ao ser removido (esfacelo ou escara), Lesão por Pressão em Estágio 3 ou Estágio 4 ficará aparente. Escara estável (isto é, seca, aderente, sem eritema ou flutuação) em membro isquêmico ou no calcâneo não deve ser removida.

Figura 8 - LP não classificável (recoberta por necrose úmida -esfacelo)



Figura 9 - LP não classificável (recoberta por necrose seca - escara)



3.3.6. Lesão por pressão tissular profunda (descoloração vermelho-escura, marrom ou púrpura, persistente e que não embranquece):

Pele intacta ou não, com área localizada e persistente de descoloração vermelho-escura, marrom ou púrpura que não embranquece ou separação epidérmica que mostra lesão com leito escurecido ou bolha com exsudato sanguinolento (figuras 10, 11, 12 e 13). 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. 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 lesão por pressão com perda total de tecido (Lesão por Pressão Não Classificável ou Estágio 3 ou Estágio 4). Não se deve utilizar a categoria Lesão por Pressão Tissular Profunda (LPTP) para descrever condições vasculares, traumáticas, neuropáticas ou dermatológicas.

Figura 10 - LP tissular profunda (bolha íntegra com cor púrpura)

Figura 11- LP tissular profunda (bolha rompida com conteúdo sanguinolento)



Figura 12 - LP tissular profunda (cor púrpura)

Figura 13 - LP tissular profunda (cor púrpura)



3.3.7. Lesão por pressão relacionada a dispositivo médico:

A Lesão por Pressão Relacionada a Dispositivo Médico resulta do uso de dispositivos criados e aplicados para fins diagnósticos e terapêuticos. A lesão por pressão resultante geralmente apresenta o padrão ou forma do dispositivo (figuras 14, 15, 16 e 17). Essa lesão deve ser categorizada usando o sistema de classificação de lesões por pressão.

Figura 14 - LP relacionada à máscara (eritema não branqueável)



Figura 15. LP relacionada a dispositivo de tração (esfacelo)



Figura 16. LP relacionada a torneirinha no (eritema não branqueável)



Figura 17. LP relacionada a cateter nasal (bolha)



3.3.8. 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 (figuras 18 e 19). Devido à anatomia do tecido, essas lesões não podem ser categorizadas.

Figura 18. LP em membrana mucosa (lábio)



Figura 19. LP em membrana mucosa (narina)



4. AVALIAÇÃO DE RISCO DE LESÃO POR PRESSÃO

A avaliação de risco é um componente central da prática clínica e um primeiro passo necessário para identificar indivíduos suscetíveis a lesões por pressão.

Os indivíduos com maior risco de desenvolver lesão por pressão (LP) apresentam múltiplos fatores de risco (por exemplo, mobilidade muito reduzida, deficiência nutricional, incapacidade de mudar a postura por conta própria, alterações cognitivas importantes) identificados ou não por meio de uma escala de avaliação do risco validada. Pacientes com histórico de LP ou LP atual são considerados de maior risco.

A avaliação dos fatores de risco é multifacetada, além de um exame abrangente da pele, inclui a história do paciente, o perfil medicamentoso, comorbidades e outras doenças relevantes, visto que os fatores de risco são todos aqueles que reduzem a resistência tecidual da pele, classificados como modificáveis e não modificáveis.

Nos fatores de risco modificáveis três tipos de forças estão envolvidas na formação de LP: pressão, atrito e cisalhamento.

- **Pressão:** a força primária que promove a formação de lesão é a pressão direta. A pressão induz anóxia, isquemia e morte celular. É uma força que atua perpendicularmente à pele como resultado da gravidade e provoca o esmagamento do tecido entre dois planos, um relativo ao paciente (plano esquelético, proeminências ósseas) e outro externo (cadeira, leito, dispositivos).

A formação de uma LP depende tanto da pressão exercida sobre uma área da pele, quanto do tempo que essa pressão é mantida. A equação «pressão + tempo = lesão por pressão» define claramente o conceito de LP. A aplicação de baixa pressão por um longo período de tempo causa mais danos aos tecidos do que a alta pressão por um curto período de tempo.

- **Atrito:** é uma força tangencial que atua paralelamente à pele. Ocorre quando uma parte do corpo do paciente (geralmente os cotovelos, o sacro e os tornozelos) roça contra uma superfície áspera, como um lençol. Essa fricção provoca a descamação das células epidérmicas e reduz a resistência do tecido.
- **Cisalhamento:** combina os efeitos da pressão e do atrito. As forças de cisalhamento são forças paralelas que ocorrem quando duas superfícies adjacentes deslizam uma sobre a outra. Essas forças são produzidas quando a pessoa desliza sentada e/ou a cabeceira da cama é elevada mais de 30° (posição de Fowler alta). Nesta situação, os tecidos externos (pele, fâscias superficiais) permanecem fixos enquanto os tecidos profundos (fâscias profundas, esqueleto) escorregam e os vasos sanguíneos são torcidos e comprimidos, privando a pele de oxigênio e nutrientes. Devido a esse efeito, a pressão necessária para reduzir o suprimento sanguíneo é menor, de modo que a isquemia muscular ocorre mais rapidamente.

Outros fatores não modificáveis podem favorecer o paciente a um risco potencial de desenvolver lesão por pressão, como alterações na pele (edema, ressecamento, feridas, cicatrizes e LP prévia), anemia, deficiência nutricional proteica, extremos de idade, hipotensão arterial sistêmica, incontinência urinária/fecal, hipertermia, tabagismo, desidratação, infecções sistêmicas ou locais, comorbidades crônicas (diabetes mellitus, imunossupressão, doenças renal, cardiovascular, neuromuscular, gastrointestinal e outras), uso de alguns tipos de medicamentos (corticoides, sedativos, anestésicos, drogas vasoativas, radioterápicos, citostáticos, antibioticoterapia prolongada), além do uso de dispositivos médicos (cateteres, sondas, drenos).

5. INTERVENÇÕES

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

As seis etapas essenciais de uma estratégia de prevenção de LPP são:

ETAPA 1

5.1.1. Avaliação de lesão por pressão na admissão de todos os pacientes:

Para realizar essa avaliação será aplicado a escala de Braden, Braden-Q e na Unidade de Cuidados Intensivos e Semi-Intensivos, considerando atender neonatologia, será utilizada a Escala de avaliação do risco de lesão da pele em neonatos hospitalizados em UCIN.

5.1.2. Avaliação de risco de lesão por pressão (avaliação clínica e utilização de escala preditiva de risco):

A pronta identificação de pacientes em risco para o desenvolvimento de LPP, por meio da utilização de ferramenta validada, como a escala de Braden, permite a adoção imediata de medidas preventivas. Contemplar os seguintes fatores:

- a) Percepção sensorial;
- b) Umidade;
- c) Atividade;
- d) Mobilidade;
- e) Nutrição;
- f) Fricção e cisalhamento.

Obs. A escala de Braden é a ferramenta mais amplamente utilizada dentre as várias disponíveis. Em casos de pacientes pediátricos, deve-se utilizar uma ferramenta apropriada, que é a escala de Braden Q feita a partir de 1 ano até 5 anos.

Já para o neonato será utilizada a Escala de avaliação do risco de lesão da pele em neonato hospitalizados em UCIN , que contempla os seguintes fatores:

- a) Idade gestacional corrigida;
- b) Idade cronológica;
- c) Mobilidade;
- d) Reposicionamento no leito;
- e) Umidade da pele;
- f) CPAP nasal;
- g) Adesivo na pele;
- h) Monitorizações contínuas;
- i) Nutrição;
- j) Perfusão tecidual/oxigenação dos tecidos;
- k) Terapias venosas;
- l) Eliminações fisiológicas;

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

ETAPA 2

5.2. Reavaliação diária de risco de desenvolvimento de LPP de todos os pacientes internados:

A complexidade e a gravidade dos pacientes internados resultam na necessidade de reavaliação diária do potencial e do risco de desenvolvimento de LPP. A reavaliação diária permite aos profissionais de saúde ajustar sua estratégia de prevenção conforme as necessidades do paciente. O grau de risco, conforme especificado nas escalas de Braden, Braden Q e Escala de avaliação do risco de lesão da pele em neonatos hospitalizados em UCIN permite que os profissionais implantem estratégias individualizadas para os pacientes.

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

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

A avaliação do risco para desenvolvimento de LPP deverá ser executada através da Escala de Braden Q para crianças até 5 anos e Escala de Braden para pacientes com mais de 5 anos.

As escalas de Braden e Braden Q caracterizarão o paciente sem risco, com risco baixo, moderado, alto ou muito alto para desenvolver LPP. A classificação do risco dá-se de maneira inversamente proporcional à pontuação, ou seja, quanto maior o número de pontos, menor é a classificação de risco para ocorrência dessa lesão.

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

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

No HUAB após reuniões para implantação da Escala de avaliação do risco de lesão da pele em neonatos hospitalizados em UCIN foi acordado que o paciente de neonatologia classificado a partir de 13 (risco moderado) será considerado de risco.

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

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

ETAPA 3

5.3. Inspeção diária da pele

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

5.3.1. Procedimento operacional da inspeção da pele (Etapa 3)

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

Durante a admissão ou a readmissão, examine a pele do paciente cuidadosamente para identificar alterações da integridade cutânea e úlceras por pressão existentes. Para uma apropriada inspeção da pele, deve-se ter especial atenção às áreas corporais de maior risco para LPP, como as regiões anatômicas sacral, calcâneo, ísquio, trocanter, occipital, escapular, maleolar e regiões corporais submetidas à pressão por dispositivos como a presença de cateteres, tubos e drenos. A realização de diagnóstico diferencial para a distinção entre os tipos de lesões (lesão por pressão, úlcera arterial, úlcera venosa, úlcera neuropática e dermatites) melhora o tratamento e gerenciamento do cuidado.

A inspeção da pele deve ocorrer em intervalos pré-definidos, cuja periodicidade proporcional ao risco identificado. É necessário o registro apropriado e pontual das alterações encontradas. **Observação:** Pode ser necessário o aumento da frequência da inspeção em razão da piora do estado clínico do paciente (Nível de evidência B).

ETAPA 4

5.4.1 Manejo da umidade: manutenção do paciente seco e com a pele hidratada

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

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

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

a) Higienização e Hidratação da pele

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

Use hidratante na pele seca e em áreas ressecadas, principalmente após banho, pelo menos 1 vez ao dia (nível de evidência B). A pele seca parece ser um fator de risco importante e independente no desenvolvimento de lesão por pressão;

Durante a hidratação da pele, não massagear áreas de proeminências ósseas ou áreas hiperemiadas. A aplicação de hidratante deve ser realizada com movimentos suaves e circulares (nível de evidência B);

A massagem está contraindicada na presença de inflamação aguda e onde existe a possibilidade de haver vasos sanguíneos danificados ou pele frágil. A massagem não deverá ser recomendada como uma estratégia de prevenção de lesão por pressão (nível de evidência B).

b) Manejo da umidade

Proteger a pele da exposição à umidade excessiva através do uso de produtos de barreira, de forma a reduzir o risco de lesão por pressão. As propriedades mecânicas do estrato córneo são alteradas pela presença de umidade, assim como a sua função de regulação da temperatura (nível

de evidência C);
Controlar a umidade através da determinação da causa. Usar absorventes ou fraldas);
Quando possível, oferecer um aparador (comadre ou papagaio) nos horários de mudança de decúbito.

Observação: Além da incontinência urinária e fecal, a equipe de enfermagem deve ter atenção a outras fontes de umidade, como extravasamento de drenos sobre a pele, exsudato de feridas, suor e extravasamento de linfa em pacientes com anasarca que são potencialmente irritantes para a pele.

ETAPA 5

5.5 Otimização da nutrição e da hidratação

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

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

Líquidos, proteínas e ingesta calórica são importantes aspectos para a manutenção de um estado nutricional adequado. Suplementos nutricionais podem ser necessários caso a ingesta não seja suficiente. É recomendado que nutricionistas sejam consultados nos casos de pacientes com desnutrição a fim de avaliar e propor intervenções mais apropriadas.

5.5.1. Procedimento operacional para Nutrição (Etapa 5)

- a) Notificar todos os indivíduos em risco nutricional ou em risco para lesão por pressão ao nutricionista a fim de instituir as medidas nutricionais específicas (avaliar a necessidade calórica, vitamínica, minerais e demais nutrientes) para a prevenção de LPP;
- b) Avaliar e comunicar o nutricionista e a equipe médica sobre a presença de sinais clínicos de desnutrição ou que podem predispor alterações no estado nutricional: edema, perda de peso, disfagia, inapetência, desidratação, entre outros. Na vigência de baixa aceitação alimentar (inferior a 60% das necessidades nutricionais num período de cinco a sete dias), discutir com a equipe a possibilidade de sondagem;
- c) Avaliar junto ao nutricionista e à equipe médica a necessidade de oferecer suplementos nutricionais, com alto teor proteico, além da dieta habitual, a indivíduos em risco nutricional e de lesão por pressão (nível de evidência A);
- d) O nutricionista deverá avaliar a necessidade de instituir as medidas específicas nutricionais para a prevenção de LPP.

ETAPA 6

5.6. Minimizar a pressão

A redistribuição da pressão, especialmente sobre as proeminências ósseas, é a preocupação principal. Pacientes com mobilidade limitada apresentam risco maior de desenvolvimento de LPP. Todos os esforços devem ser feitos para redistribuir a pressão sobre a pele, seja pelo

reposicionamento a cada 02 (duas) horas ou pela utilização de superfícies de redistribuição de pressão.

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

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

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

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

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

a) Mudança de decúbito ou reposicionamento

I. A mudança de decúbito deve ser executada para reduzir a duração e a magnitude da pressão exercida sobre áreas vulneráveis do corpo (nível de evidência A).

II. A frequência da mudança de decúbito será influenciada por variáveis relacionadas ao indivíduo (tolerância tecidual, nível de atividade e mobilidade, condição clínica global, objetivo do tratamento, condição individual da pele, dor (nível de evidência C) e pelas superfícies de redistribuição de pressão em uso (nível de evidência A).

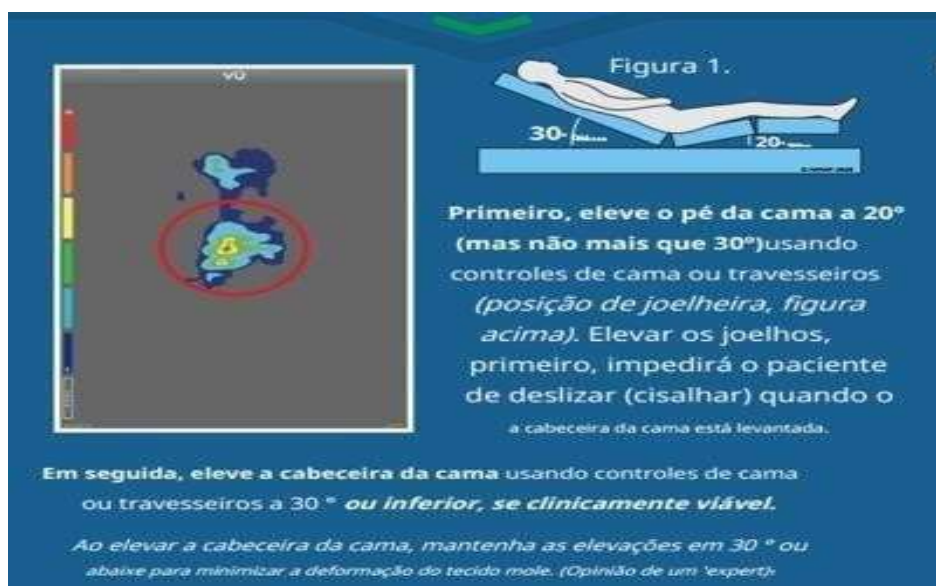
III. Avaliar a pele e o conforto individuais. Se o indivíduo não responde ao regime de posicionamentos conforme o esperado, reconsiderar a frequência e método dos posicionamentos (nível de evidência C).

IV. A mudança de decúbito mantém o conforto, a dignidade e a capacidade funcional do indivíduo (nível de evidência C). Reposicionar o indivíduo de tal maneira que a descarga ideal de todas as proeminências ósseas e a redistribuição máxima da pressão sejam alcançadas.

V. Reposicionar o paciente de tal forma que a pressão seja aliviada ou redistribuída. Evitar sujeitar a pele à pressão ou forças de torção (cisalhamento). Evitar posicionar o paciente diretamente sobre sondas, drenos e sobre proeminências ósseas com hiperemia não reativa. O rubor indica que o organismo ainda não se recuperou da carga anterior e exige um intervalo maior entre cargas repetidas (nível de evidência C).

VI. O reposicionamento deve ser feito usando 30º na posição de semi-Fowler e elevar também a parte dos pés da cama em 20º para evitar que o paciente deslize (figura 20).

Figura 20 - Ângulos da cabeceira e pés da cama recomendados para o decúbito dorsal



VII. No decúbito dorsal, elevar os calcanhares usando um dispositivo projetado especificamente para suspensão de calcanhar ou travesseiro/almofada de espuma (figuras 27 e 28). Aliviar o calcanhar completamente, de maneira a distribuir o peso da perna ao longo da panturrilha, sem pressionar o tendão de Aquiles e a artéria/veia poplíteia e sem hiperestender o joelho, deixando-o num ângulo de 5 a 10°, pois a sua hiperextensão pode causar obstrução da veia poplíteia, que pode predispor a uma Trombose Venosa Profunda.

Figura 21 - Comparação do posicionamento inadequado e adequado dos calcanhares no decúbito dorsal



Figura 22 - Posicionamento adequado dos calcanhares no decúbito dorsal



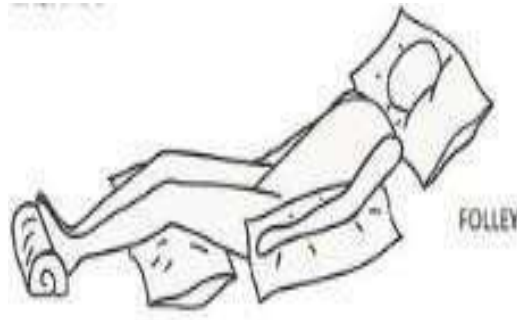
VIII. Nas posições laterais uma inclinação de 30° (alternadamente lado direito, dorsal e lado esquerdo), se o paciente tolerar estas posições e a sua condição clínica permitir. Evitar posturas que aumentem a pressão, tais como o Fowler acima dos 30°, a posição de deitado de lado a 90°, ou a posição de semideitado (nível de evidência C).

Figura 23 - Posicionamento adequado no decúbito lateral



IX. No decúbito dorsal, colocar um travesseiro sobre os ombros, pescoço e cabeça que cubra toda a área. Braços e mãos devem ser apoiados em duas almofadas para manter o alinhamento do corpo (figura 21).

Figura 24 - Posicionamento adequado dos travesseiros no decúbito dorsal



X. Se o paciente estiver sentado na cama, evitar elevar a cabeceira em ângulo superior a 30°, evitando a centralização e o aumento da pressão no sacro e no cóccix (nível de evidência C).

XII. Quando sentado, se os pés do paciente não chegam ao chão, coloque-os sobre um banquinho ou apoio para os pés, o que impede que o paciente deslize para fora da cadeira (nível de evidência C). A altura do apoio para os pés deve ser escolhida de forma a fletir ligeiramente a bacia para frente, posicionando as coxas numa inclinação ligeiramente inferior à posição horizontal.

Figura 25 - Posicionamento sentado com os pés elevados

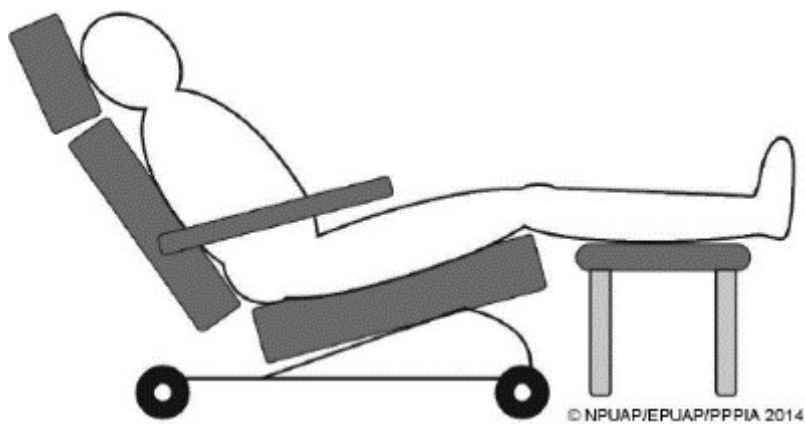
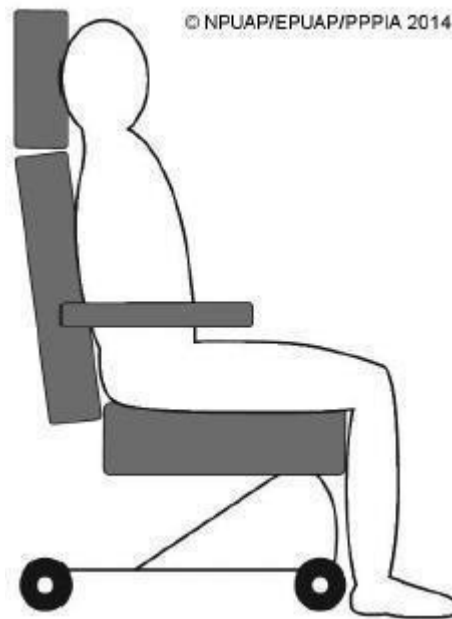


Figura 26 - Posicionamento sentado com os pés apoiados no chão



XIII. Deve-se restringir o tempo que o indivíduo passa sentado na cadeira sem alívio de pressão (nível de evidência B). Quando um indivíduo está sentado numa cadeira, o peso do corpo faz com que as tuberosidades isquiáticas fiquem sujeitas a um aumento de pressão. Quanto menor a área, maior a pressão que ela recebe. Conseqüentemente, sem alívio da pressão, a LPP surgirá muito rapidamente.

b) Medidas preventivas para fricção e cisalhamento

I. Elevar a cabeceira da cama até no máximo 30º e evitar pressão direta nos trocanteres quando em posição lateral, limitando o tempo de cabeceira elevada, pois o corpo do paciente tende a escorregar, ocasionando fricção e cisalhamento (nível de evidência C).

II. A equipe de enfermagem deve usar forro móvel ou dispositivo mecânico de elevação para mover pacientes acamados durante transferência e mudança de decúbito. Sua utilização deve ser adequada para evitar o risco de fricção ou forças de cisalhamento. Deve-se verificar se nada foi esquecido sob o corpo do paciente, para evitar danos tecidual (nível de evidência C).

III. Utilizar quadro de avisos próximo ao leito para estimular o paciente a movimentar-se na cama, quando necessário.

IV. Avaliar a necessidade do uso de materiais de curativos para proteger proeminências ósseas, a fim de evitar o desenvolvimento de lesão por pressão por fricção.

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

5.7. Medidas preventivas para lesão por pressão conforme classificação de risco

Os fatores de risco identificados na fase de avaliação fornecem informações para o Desenvolvimento do plano de cuidados. Segue as recomendações das medidas preventivas conforme a classificação do risco:

5.7.1. Sem risco (acima de 18 pontos na escala de Braden)

Cronograma de mudança de decúbito;

Otimização da mobilização;

Proteção do calcanhar;

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

5.7.2. Risco baixo (15 a 18 pontos na escala de Braden)

Cronograma de mudança de decúbito;

Otimização da mobilização;

Proteção de calcanhar;

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

5.7.3. Risco moderado (13 a 14 pontos na escala de Braden)

Continuar as intervenções de baixo risco.

Mudança de decúbito com posicionamento a 30º;

5.7.4. Risco alto (10 a 12 pontos na escala de Braden)

Continuar as intervenções do risco moderado;

Mudança de decúbito frequente;

Utilização de coxins de espuma para facilitar a lateralização a 30º;

5.7.5. Risco muito alto (≤ 9 pontos na escala de Braden)

Continuar as intervenções do risco alto;

Utilização de superfícies de apoio dinâmico com pequena perda de ar, se possível;

Manejo da dor;

6. TRATAMENTO DA LPP

O tratamento da LPP instalada deverá ser implementado em conjunto com as medidas preventivas. Os tratamentos tóxico e sistêmico da LPP deverão contemplar os três itens descritos a seguir:

1. Limpeza e desbridamento;
2. Aplicação de terapia tóxica (coberturas primárias, secundárias e de fixação);
3. Intervenção sistêmica

6.1 Limpeza e Debridamento

O procedimento de limpeza da lesão e da pele adjacente objetiva remover secreções, tecidos desvitalizados soltos, micro-organismos e resíduos das coberturas tóxicas anteriores, de maneira a preservar o tecido de granulação e minimizar riscos de trauma e/ou infecção.

A limpeza da lesão deverá seguir os seguintes passos: Uso de técnica asséptica e limpeza com soro fisiológico (SF) 0,9% morno, quando possível, e em jato. A solução aquosa de polihexanida 0,1% (PHMB) ou sabonete de biguanidas também poderá ser recomendada quando for necessário uma limpeza mais profunda e controle antimicrobiano.

A remoção do tecido desvitalizado, quando houver, ocorrerá após a limpeza, sem agredir o tecido de granulação, da seguinte forma:

- 1º opção: Mecânico (jato de SF 0,9% ou gazes);
- 2º opção: Enzimático (cobertura tóxica primária com enzimas proteolíticas) ou Autolítico (cobertura tóxica primária com facilitadores da ação dos macrófagos e da atividade proteolítica endógena);
- 3º opção: Instrumental conservador (tesoura/bisturi);
- 4º opção: Cirúrgico:

Observações:

1. Usar o sistema RYB de avaliação por cores para seleção do debridamento: vermelho (red); amarelo (yellow) e preto (black), no sentido de **proteger a vermelha, limpar a amarela e desbridar a preta**.
2. O debridamento cirúrgico deverá ser recomendado quando o debridamento pelos meios mecânico, enzimático ou autolítico não forem satisfatórios.
3. As necroses secas deverão ser “escarificadas”, em forma de rede (técnica de Square), utilizando bisturi ou agulha 0,12X40,0 antes da aplicação da cobertura tóxica enzimática ou autolítica, de modo a facilitar a penetração do produto.
4. Não é recomendado desbridar escaras estáveis nos membros inferiores, especialmente, nos calcâneos

6.2 Terapias tópicas

Tabela 1 – Tipos de terapias tópicas.

Coberturas disponíveis no HUAB	Ação	Principais indicações	Principais contraindicações	Período de troca
Espuma com silicone multicamadas	Espuma absorvente macio e flexível, com camada de silicone suave	Proteção de proeminências osseas; grande variedade de feridas exsudativas incluindo UPP e úlceras diabéticas não infectadas	Ferida infectadas com exsudato abundante	Até 7 dias
Solução de PHMB	Deve propiciar limpeza da ferida sendo efetiva na prevenção e no tratamento de feridas infectadas.	Para uso no tratamento de feridas. Solução transparente, biocompatível, atóxica, indolor, isento de agentes alergizantes e de irritantes dérmicos. Deve propiciar limpeza da ferida sendo efetiva na prevenção e no tratamento de feridas infectadas.	Nenhuma	Uso a cada troca de curativo
Aquacel Ag	Permite reter o excesso de exsudado da ferida, as bactérias e o biofilme para ajudar a minimizar a infecção cruzada e prevenir a maceração; micro adaptação ao leito da ferida, mantendo um equilíbrio úmido ideal, e eliminando os	Para feridas exsudativas e infectada	Hipersensibilidade algum componente	Até 7 dias

	<p>espaços mortos onde as bactérias podem proliferar; responde às condições encontradas no leito da ferida formando um gel coeso, ao mesmo tempo que ajuda a minimizar a dor associada à troca do curativo.</p>			
CAVILON	<p>Forma uma película protetora e uniforme quando aplicado na pele, intacta ou lesionada, sem provocar irritações. Indicada para adultos, crianças e bebês, para impedir o contato direto da pele com líquidos, fluidos corporais, fezes, fricção e adesivos.</p>	<p>Creme de barreira que impedir o contato direto da pele com líquidos, fluidos corporais, fezes, fricção e adesivos.</p>	Nenhuma	Até 72 horas

Filme transparente	Atua como barreira contra líquidos e bactérias.	Fixação de cateteres e/ou curativos primários; Proteção de pele íntegra e escoriações.	Feridas infectadas ou com muito exsudato. Cobertura de curativo primário com formulação oleosa.	Até 7 dias (antes, se perda de transparência, descolamento ou sinais de infecção.)
AGE	Acelera o processo de cicatrização e proporciona nutrição celular local.	Lesões abertas não infectadas; lesões por pressão.	Lesões infectadas.	1 vez ao dia com uso de cobertura não aderente associada.
Alginato de Cálcio	Absorve e retém o exsudato, controla a atividade microbiana, promove hemostasia.	Tratamento de feridas infectadas ou com um alto risco de infecção e exsudato de moderado a alto	Feridas com pouca exsudação; Feridas com necrose seca ou tecido inviável.	Até 7 dias (antes, se saturado). Em caso de feridas infectadas, a troca deverá ser realizada a cada 24 horas e em feridas limpas, com sangramento, a troca deve ocorrer a cada 48 horas.
Hidrocolóide em Placa	Estimula angiogênese e manutenção do meio úmido ideal.	Feridas superficiais e não infectadas. Feridas com nenhuma, pouca ou moderada exsudação.	Feridas infectadas, feridas com cavidades, e com excesso de tecido desvitalizado.	Até 7 dias (antes, se saturado ou descolado)
Sulfadiazina de prata	Agente cicatrizante e antimicrobiano tópico	Queimaduras, feridas cirúrgicas e lesões por pressão infectadas	Hipersensibilidade	A cada 12 horas (antes, se a cobertura secundária estiver saturada)

7. AÇÕES PREVENTIVAS

7.1 Orientações e estratégias de engajamento dos pacientes/familiares/cuidadores

Pacientes, familiares e acompanhantes devem ser envolvidos no processo de prevenção de lesão por pressão participando ativamente da avaliação diária das condições da pele, junto com a equipe de saúde. Este público também pode ser estimulado a notificar incidentes relacionados à assistência à saúde que possam ter ocorrido durante ou após o atendimento ou internação no serviço de saúde por meio do Notivisa, módulo Cidadão.

8. NOTIFICAÇÃO VIGIHOSP/NOTIVISA E REGISTRO DA LESÃO NOS PRONTUÁRIOS DOS PACIENTES

De acordo com a Nota Técnica 392/2016/SGQA/CGC/DAS/EBSERH/MEC e RDC DA ANVISA de número 36 de 25/07/13 sobre as notificações do incidente Lesão por Pressão, este é um evento adverso de notificação no aplicativo Vigihosp e Notivisa. As lesões por pressão em estágio 3 e 4 devem ser classificadas como never event no campo específico do Vigihosp e Notivisa, os notificadores devem apresentar de forma detalhada as características das lesões e/ou informarem o estágio na qual elas se encontram, para que os investigadores possuam subsídios suficientes para classificação correta dos never events. Registro da lesão no prontuário: Local da lesão; Estágio; Tipo de tecido no leito da lesão; Aspecto e quantidade de exsudato; Sinais de infecção; Bordas; Profundidade; Região perilesional; Material de cobertura.

9. INDICADORES ACOMPANHADOS

9.1 Incidência de lesão por pressão (LPP) por faixas etárias

9.1.1 Adulto (compõem o rol de indicadores propostos pela rede EBSEH)

Relação entre o número de casos novos de pacientes adultos com LPP em um determinado período e o número de pacientes adultos expostos ao risco de adquirir LPP no período, multiplicado por 100 (cem).

- a) Número de casos novos de pacientes com LPP: é o número de pacientes novos que apresentaram LPP e não o número de lesões novas que esses mesmos pacientes possam apresentar. Os pacientes admitidos com LPP não devem ser contabilizados, exceto se desenvolverem uma nova LPP após 24 horas da admissão.
- b) Número de pacientes internados com risco de desenvolver LPP no período: A escala de Braden é composta por 6 subclasses, que refletem o grau de percepção sensorial, umidade, atividade física, locomoção, mobilidade, fricção e cisalhamento. Todas as subclasses são graduadas de 1 a 4, exceto fricção e cisalhamento, cuja variação é de 1 a 3. O grau de risco varia de 6 a 23, adultos hospitalizados com escores de 16 ou abaixo são considerados de risco para aquisição de LPP. Será utilizado escore ≤ 16 como crítico para desenvolvimento de lesões por pressão. O número de pacientes internados que foram avaliados com escore ≤ 16 deverá ser o denominador do indicador (Figura 27).

Tabela 2 - Escala de Braden

		Pontuação			
		1	2	3	4
Fatores de Risco	Mobilidade	Completamente imobilizado	Muito limitada	Ligeiramente limitada	Nenhuma limitação
	Atividade	Acamado	Sentado	Anda ocasionalmente	Caminha frequentemente
	Percepção Sensorial	Completamente limitada	Muito limitada	Ligeiramente limitada	Nenhuma limitação
	Umidade	Pele constantemente úmida	Pele muito úmida	Pele ocasionalmente úmida	Pele raramente úmida
	Fricção e cisalhamento	Problema significativo	Problema	Nenhum potencial	Nenhum problema
	Nutrição	Completamente inadequada	Inadequada	Adequada	Excelente
Total		Risco baixo 15 a 18	Risco moderado 13 a 14	Risco alto 10 a 12	Risco muito alto ≤ 9

9.1.2 Criança (adaptado e de acompanhamento local)

Relação entre o número de casos novos de pacientes pediátricos com LPP em um determinado período e o número de pacientes pediátricos expostos ao risco de adquirir LPP no período, multiplicado por 100 (cem).

- Número de casos novos de pacientes com LPP: é o número de pacientes novos que apresentaram LPP e não o número de lesões novas que esses mesmos pacientes possam apresentar. Os pacientes admitidos com LPP não devem ser contabilizados, exceto se desenvolverem uma nova LPP após 24 horas da admissão.
- Número de pacientes internados com risco de desenvolver LPP no período: Será utilizado **escore ≤23** como crítico para desenvolvimento de lesões por pressão. **O número de pacientes internados que foram avaliados com escore ≤23 deverá ser o denominador do indicador (Figura 28).**

Tabela 2 - Escala de Braden Q

		Pontuação			
		1	2	3	4
Fatores de Risco	Mobilidade	Completamente imobilizado	Muito limitada	Ligeiramente limitada	Nenhuma limitação
	Atividade	Acamado	Sentado	Anda ocasionalmente	Frequentemente Caminha
	Percepção Sensorial	Completamente limitada	Muito limitada	Ligeiramente limitada	Nenhuma limitação
	Umidade	Pele constantemente úmida	Pele muito úmida	Pele ocasionalmente úmida	Pele raramente úmida
	Fricção e cisalhamento	Problema significativo	Problema	Nenhum potencial	Nenhum problema
	Nutrição	Completamente inadequada	Inadequada	Adequada	Excelente
	Total	Risco baixo 15 a 18	Risco moderado 13 a 14	Risco alto 10 a 12	Risco muito alto ≤ 9

9.1.3 Neonato (adaptada e de acompanhamento)

Relação entre o número de casos novos de pacientes em neonatologia com LPP em um determinado período e o número de pacientes em neonatologia expostos ao risco de adquirir LPP no período, multiplicado por 100 (cem).

- Número de casos novos de pacientes com LPP: é o número de pacientes novos que apresentaram LPP e não o número de lesões novas que esses mesmos pacientes possam apresentar. Os pacientes admitidos com LP não devem ser contabilizados, exceto se desenvolverem uma nova LP após 24 horas da admissão.
- Número de pacientes internados com risco de desenvolver LPP no período: será utilizado escore ≥ 13 como crítico para desenvolvimento de lesões por pressão. O número de pacientes internados que foram avaliados com escore ≤ 12 deverá ser o denominador do indicador (Figura 29).

Figura 27 - Escala de avaliação do risco de lesão da pele em neonatos hospitalizados em UCIN.

Itens	Pontuação		
	1	2	3
Idade gestacional corrigida	> de 34 semanas	28 a 34 semanas	<28 semanas
Idade cronológica	> de 14 dias	8 a 14 dias	0 até 7 dias
Mobilidade <i>(considerar saída do leito para receber colo ou dieta)</i>	Saída do leito: sem restrição	Saída do leito: 1x ao turno	Restrito ao leito
Reposicionamento no leito	Realizado 2x ao turno ou mais	Realizado 1x ao turno	Não realizado
Umidade da pele	Pele com umidade adequada	Pele com umidade prejudicada: áreas de ressecamento	Pele com umidade excessiva
CPAP nasal	Não utiliza	Máscara facial	Prongas nasal ou uso intercalado de prongas e máscara
Adesivo na pele <i>(fixação de tubo, sondas, acessos venosos, curativos)</i>	Não utiliza adesivo	Apenas adesivos com barreira de proteção entre a pele e adesivo	1 ou mais adesivos diretamente na pele
Monitorizações contínuas <i>(exemplos: sensor de oximetria, sensor de temperatura, sensores cerebrais e renais, eletrodos cerebrais, eletrodos cardíacos)</i>	Sem monitorização	1 monitorização	2 monitorizações ou mais
Nutrição	Nutrição parenteral ou aceitação adequada de dieta enteral	Dieta enteral com aceitação regular (vômitos e/ou aceitação parcial do volume)	NPO sem nutrição parenteral
Perfusão tecidual/ oxigenação de tecidos	Perfusão periférica adequada e sem quedas de saturação	Perfusão periférica prejudicada e/ou quedas de saturação rápidas <85%	Perfusão periférica prejudicada e/ou quedas de saturação prolongadas <85%
Terapia Endovenosa	Infusão de soluções/medicamentos em cateter venoso central ou sem terapia endovenosa	Administração intermitente de medicamentos em acesso venoso periférico	Infusão contínua de NPT, drogas vasopressoras e/ou eletrólitos ou soroterapia em acesso venoso periférico
Eliminações fisiológicas (área de fraldas e/ou área peri-estoma)	Exposição pouco frequente da pele às eliminações fisiológicas <i>(aspecto e frequência adequados e/ou bolsa de estoma aderida)</i>	Exposição frequente da pele às eliminações fisiológicas <i>(eliminações com aspecto normal, porém frequente, ou bolsa de estoma com necessidade de trocas frequentes)</i>	Exposição muito frequente da pele às eliminações fisiológicas <i>(aumento da frequência das eliminações, ou uso de medicamentos exemplo: antibióticos, diuréticos e/ou estomas sem uso de bolsa)</i>
Resultados: 25-36 pontos: alto risco	13-24 pontos: risco moderado	Até 12 pontos: risco baixo	

10 REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. ANVISA. Protocolo de Úlcera por Pressão. ANVISA, Brasília, 2013.

DEALEY, C. **Cuidando de feridas**: um guia para as enfermeiras. Tradução: Rúbia Aparecida Lacerda, Vera Lucia Conceição Gouveia Santos, 3.ed. São Paulo Atheneu, 2008.

BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Relatório nacional de incidentes relacionados à assistência à saúde. **Boletim Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde**. Brasília, 2018. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/category/relatorios-dos-estados>. Acesso em: 22 fev 2022. HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO (HC-UFTM).

BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/Anvisa n o 05/2023. **Práticas de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde**: Prevenção de Lesão por Pressão. Brasília, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/ptbr/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas->

tecnicas/notas-tecnicas-vigentes/nota-tecnica-gvims-ggtes-anvisa-no-05-2023-praticas-de-seguranca-do-paciente-em-servicos-de-saude-prevencao-de-lesao-por-pressao.

Protocolo assistencial multiprofissional: Prevenção e tratamento de lesão por pressão. Serviço de Educação em Enfermagem. Uberaba-MG: HC-UFTM/Ebserh, 2018.

NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (NPUAP). Pressure Ulcer Stages Revised. Washington, 2016.

NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (NPUAP). European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide, 2014.

SCHARDOSIM, J.M. et al. Adaptação transcultural e validação clínica da Neonatal Skin Condition Score para o português do Brasil. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto , v. 22, n. 5, p. 834-841, 2014.

SANTOS C.T. et al. **Pressure ulcer care quality indicator: analysis of medical records and incident report.** Rev Gaúcha Enferm, vol 34, 2013 Available from: http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n1/en_14.pdf. Accessed on: 30 mar 2022.

European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP), National Pressure Injury Advisory Panel and Pan Pacific (NPUAP), Pressure Injury Alliance (PPIAP). **Prevenção e tratamento de úlceras/lesões por pressão: guia de consulta rápida.** (edição em português brasileiro). Emily Haesler (Ed.). EPUAP/NPIAP/PPPIA: 2019. Disponível em: <https://www.epuap.org/wp-content/uploads/2020/11/qrg-2020-portuguese.pdf>. Acesso em 10 abr 2022.

European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and treatment of pressure ulcers/injuries: guidelines for clinical practice. The International Directive. Emily Haesler (Ed.). EPUAP / NPIAP / PPPIA: 2019.

Issa, Sanah Pohlman. Construção e validação de escala de avaliação de risco de lesão de pele em neontas hospitalizados em uma unidade de terapia intensiva neonatal. Dissertação de mestrado em enfermagem pelo programa de pós-graduação em enfermagem da Universidade do Vale do Rio dos Sinos UNISINOS.

Silva, Rita Sofia Lopes Pereira. Avaliação do risco de lesão da pele do recém-nascido internado em Unidades intensivo neonatais: validação da escala ISSA para a população portuguesa. Dissertação de mestrado do curso de enfermagem de Saúde Infantil e pediatria.

11. HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão	Data	Descrição da atualização
01	07/02/2022	Versão inicial
02	21/11/2024	Revisão do conteúdo
03	09/10/2025	Inclusão do tópico 7

12. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO

Elaboração Carlla Cilene Alves Dantas Petrônio-STGQ/SUP Thaís Lorena Barbosa de França- STGQ/SUP Joymara Railma Gomes de Assunção-STGQ/SUP Fábria Cheyenne Gomes de Moraes Fernandes-GEP Vanessa Freires Maia-STGQ/SUP Wilton Nogueira de Abreu- STGQ/SUP Dayse Samyra Pereira da Costa-STGQ/SUP	Data: 09/10/2025
Análise Fábria Cheyenne Gomes de Moraes Fernandes-GEP	Data: 09/10/2025
Validação Wilton Nogueira de Abreu - STGQ/SUP Franciane Carla de Souza Bento - STGQ/SUP	Data: 17/10/2025
Aprovação Carlla Cilene Alves Dantas Petrônio-STGQ/SUP	Data: 17/10/2025

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

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANA BEZERRA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
Praça Tequinha Farias, nº 13 - Bairro Centro, Santa Cruz/RN, CEP 59200-000
- <http://huab-ufrn.ebserh.gov.br>

Certidão - SEI

Processo nº 23527.002311/2024-55

Interessado: @interessados_virgula_espaco@

Certidão de assinaturas do protocolo de prevenção de lesão por pressão

<p>Elaboração</p> <p>Carlla Cilene Alves Dantas Petrônio-STGQ/SUP Thaís Lorena Barbosa de França- STGQ/SUP Joymara Railma Gomes de Assunção-STGQ/SUP Fábria Cheyenne Gomes de Moraes Fernandes-GEP Vanessa Freires Maia-STGQ/SUP Wilton Nogueira de Abreu- STGQ/SUP Dayse Samyra Pereira da Costa-STGQ/SUP</p>	<p>Data: 09/10/2025</p>
<p>Análise</p> <p>Fábria Cheyenne Gomes de Moraes Fernandes-GEP</p>	<p>Data: 09/10/2025</p>
<p>Validação</p> <p>Wilton Nogueira de Abreu - STGQ/SUP Franciane Carla de Souza Bento - STGQ/SUP</p>	<p>Data: 17/10/2025</p>
<p>Aprovação</p> <p>Carlla Cilene Alves Dantas Petrônio-STGQ/SUP</p>	<p>Data: 17/10/2025</p>



Documento assinado eletronicamente por **Joymara Railma Gomes de Assunção, Enfermeiro(a)**, em 25/11/2025, às 10:08, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Wilton Nogueira de Abreu, Técnico(a) em Enfermagem**, em 25/11/2025, às 10:38, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Vanessa Freires Maia, Enfermeiro(a)**, em 25/11/2025, às 10:38, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Franciane Carla de Souza Bento, Assistente Administrativo**, em 25/11/2025, às 10:42, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Thaís Lorena Barbosa de França, Enfermeiro(a)**, em 25/11/2025, às 10:43, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Carlla Cilene Alves Dantas Petrônio, Chefe de Setor**, em 25/11/2025, às 10:54, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Dayse Samyra Pereira Da Costa, Técnico(a) em Enfermagem**, em 25/11/2025, às 11:12, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Fábia Cheyenne Gomes de Moraes Fernandes, Enfermeiro(a)**, em 25/11/2025, às 12:49, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **55579506** e o código CRC **6661D11A**.
