

**PROTOCOLO DE
PREVENÇÃO DE
LESÃO POR
PRESSÃO**

PRT.STGQ.004

V.3

| | | | |
|---------------------|---------------------------------------|----------------------------|---------------------|
| Tipo do Documento | PROTOCOLO | PRT.STGQ.004 – Página 2/32 | |
| Título do Documento | PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO | Emissão: 19/07/2024 | Próxima revisão: |
| | | Versão: 3 | 19/07/2026 |

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 2. SIGLAS E CONCEITOS | 4 |
| 2.1. Lesão por pressão | 4 |
| 2.2. Lesão por Pressão Estágio 1 - Pele íntegra com eritema que não embranquece..... | 4 |
| 2.3. Lesão por Pressão Estágio 2 - Perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme 5 | |
| 2.4. Lesão por Pressão Estágio 3 - Perda da pele em sua espessura total..... | 6 |
| 2.5. Lesão por pressão Estágio 4 - Perda da pele em sua espessura total e perda tissular | 6 |
| 2.6. Lesão por Pressão Não Classificável - Perda da pele em sua espessura total e perda tissular não visível | 7 |
| 2.7. Lesão por Pressão Tissular Profunda - descoloração vermelho escura, marrom ou púrpura, persistente e que não embranquece..... | 8 |
| 2.8. Lesão por Pressão Relacionada a Dispositivo Médico..... | 8 |
| 2.9. Lesão por Pressão em Membranas Mucosas..... | 9 |
| 3. OBJETIVO | 9 |
| 4. JUSTIFICATIVA..... | 9 |
| 5. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO..... | 10 |
| 6. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES | 10 |
| 6.1. Setor de Gestão da Qualidade (STGQ) | 10 |
| 6.2. Setores e Unidades assistenciais | 11 |
| 6.3. Equipe multiprofissional | 11 |
| 6.3.1. Enfermeiro (a) | 11 |
| 6.4. Atividades necessárias | 13 |
| 6.4.1. Avaliação do risco de lesão por pressão | 13 |
| 6.4.2. Inspeção diária da pele | 19 |
| 6.4.2.2. Manejo da umidade: manutenção do paciente seco e com a pele hidratada..... | 19 |
| 6.4.2.4. Otimização da hidratação e da nutrição | 20 |
| 6.4.3. Minimizar a pressão | 21 |
| 6.4.4. Medidas preventivas para lesão por pressão conforme classificação de risco | 26 |

| | | | |
|---------------------|---------------------------------------|----------------------------|---------------------|
| Tipo do Documento | PROTOCOLO | PRT.STGQ.004 – Página 3/32 | |
| Título do Documento | PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO | Emissão: 19/07/2024 | Próxima revisão: |
| | | Versão: 3 | 19/07/2026 |

| | |
|--|-----------|
| 7.1. Fluxo de avaliação de risco de lesão por pressão | 26 |
| 7.2. Fluxo de condutas na ocorrência de lesão por pressão..... | 27 |
| Anexo I - Escala de Braden - Avaliação do Risco de LPP | 30 |
| Anexo II - Escala de Braden Q - Avaliação do Risco de LPP | 31 |
| Anexo III – Relógio de Mudança de Decúbito..... | 32 |

| | | | |
|---------------------|---------------------------------------|----------------------------|---------------------|
| Tipo do Documento | PROTOCOLO | PRT.STGQ.004 – Página 4/32 | |
| Título do Documento | PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO | Emissão: 19/07/2024 | Próxima revisão: |
| | | Versão: 3 | 19/07/2026 |

2. SIGLAS E CONCEITOS

| | |
|--------|--|
| ANVISA | Agência Nacional de Vigilância Sanitária |
| HUIB | Hospital Universitário Júlio Bandeira |
| LPP | Lesão por pressão |
| LPTP | Lesão por Pressão Tissular Profunda |
| NPUAP | National Pressure Ulcer Advisory Panel |
| RDC | Resolução da Diretoria Colegiada |
| STGQ | Setor de Gestão da Qualidade |
| UCA | Unidade da Criança e do Adolescente |
| UCIR | Unidade de Clínica Cirúrgica |
| UCM | Unidade de Clínica Médica |

2.1. Lesão por pressão

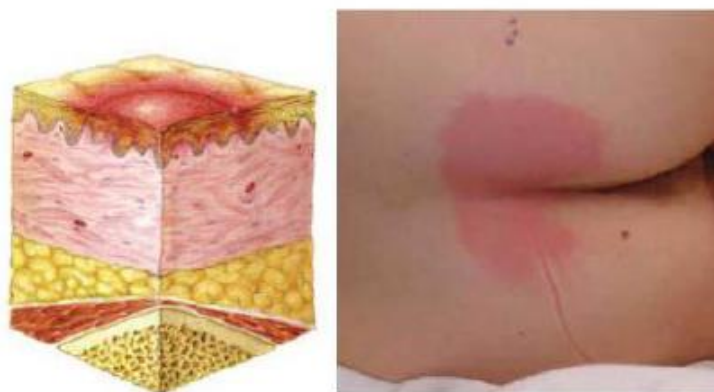
Dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionada ao uso de dispositivo médico ou a outro artefato. A lesão pode se apresentar em pele íntegra ou como úlcera aberta e pode ser dolorosa. Ocorre como resultado da pressão intensa e/ou prolongada em combinação com o cisalhamento. A tolerância do tecido mole à pressão e ao cisalhamento pode também ser afetada pelo microclima, nutrição, perfusão, comorbidades e pela sua condição (CALIRI et al, 2016).

2.2. Lesão por Pressão Estágio 1 - Pele íntegra com eritema que não embranquece

Pele íntegra com área localizada de eritema que não embranquece 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.

| | | | |
|---------------------|---------------------------------------|----------------------------|---------------------|
| Tipo do Documento | PROTOCOLO | PRT.STGQ.004 – Página 5/32 | |
| Título do Documento | PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO | Emissão: 19/07/2024 | Próxima revisão: |
| | | Versão: 3 | 19/07/2026 |

Figura 1 - Lesão por pressão estágio 1.



2.3. Lesão por Pressão Estágio 2 - Perda da pele 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, úmido e pode também apresentar-se como uma bolha intacta (preenchida com exsudato seroso) 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 - Lesão por pressão estágio 2.

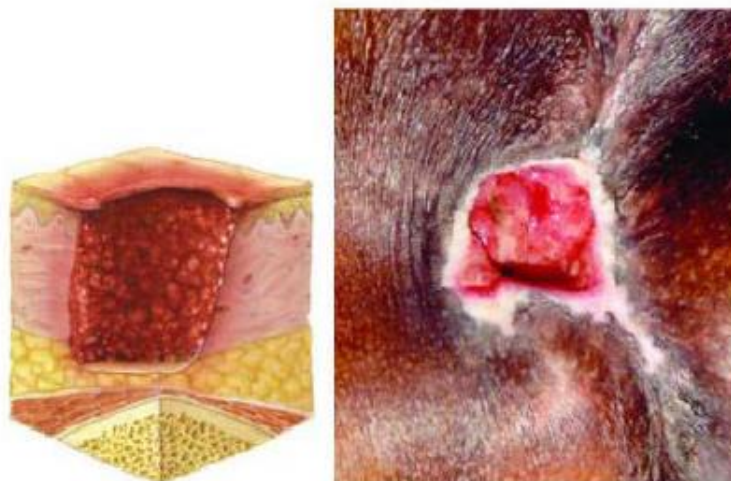


| | | | |
|---------------------|---------------------------------------|----------------------------|---------------------|
| Tipo do Documento | PROTOCOLO | PRT.STGQ.004 – Página 6/32 | |
| Título do Documento | PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO | Emissão: 19/07/2024 | Próxima revisão: |
| | | Versão: 3 | 19/07/2026 |

2.4. Lesão por Pressão Estágio 3 - Perda da pele em sua 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 3 - Lesão por pressão estágio 3.

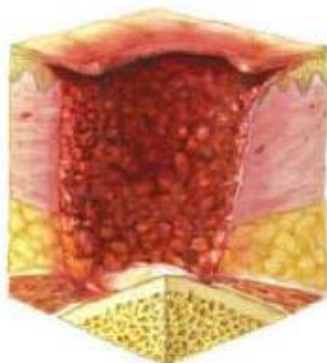


2.5. Lesão por pressão Estágio 4 - Perda da pele em sua espessura total e perda tissular

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.

| | | | |
|---------------------|---------------------------------------|----------------------------|---------------------|
| Tipo do Documento | PROTOCOLO | PRT.STGQ.004 – Página 7/32 | |
| Título do Documento | PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO | Emissão: 19/07/2024 | Próxima revisão: |
| | | Versão: 3 | 19/07/2026 |

Figura 4 - Lesão por pressão estágio 4.



2.6. 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 ou escara. 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 5 - Lesão por pressão não classificável.

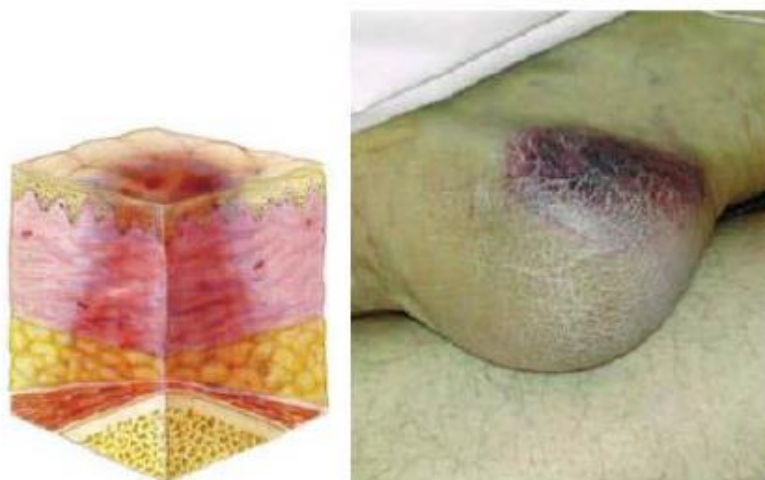


| | | | |
|---------------------|---------------------------------------|----------------------------|---------------------|
| Tipo do Documento | PROTOCOLO | PRT.STGQ.004 – Página 8/32 | |
| Título do Documento | PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO | Emissão: 19/07/2024 | Próxima revisão: |
| | | Versão: 3 | 19/07/2026 |

2.7. 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 vermelha escura, marrom ou púrpura que não embranquece ou separação epidérmica 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. 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 6 - Lesão por pressão tissular profunda.



2.8. Lesão por Pressão Relacionada a Dispositivo Médico

Essa terminologia descreve a etiologia da lesão. 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. Essa lesão deve ser categorizada usando o sistema de classificação de lesões por pressão.

| | | | |
|---------------------|---------------------------------------|----------------------------|---------------------|
| Tipo do Documento | PROTOCOLO | PRT.STGQ.004 – Página 9/32 | |
| Título do Documento | PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO | Emissão: 19/07/2024 | Próxima revisão: |
| | | Versão: 3 | 19/07/2026 |

Figura 7 - Lesão por pressão relacionada a dispositivo médico.



2.9. 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.

3. OBJETIVO

Implementar medidas sistematizadas na prevenção das lesões por pressão através da uniformidade de condutas de forma interdisciplinar visando a qualidade da assistência, com intuito de promover o bem-estar do cliente.

4. JUSTIFICATIVA

Uma das consequências mais comuns decorrente da longa permanência em hospitais é o aparecimento de alterações de pele cuja incidência aumenta proporcionalmente à combinação de fatores de riscos, como idade avançada e restrição ao leito. Desta forma, para garantir a manutenção da integridade da pele dos pacientes é necessária a aplicação de medidas de cuidado relativamente simples, como recomendações para avaliação da pele e medidas preventivas que 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 (BRASIL, 2013).

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, devido a prolongamento de internações, riscos de infecção e outros agravos evitáveis (BRASIL, 2013).

A atuação de uma equipe multiprofissional integrada é de fundamental importância para que haja qualidade na assistência prestada ao paciente. Enfermeiros, médicos, fisioterapeutas e nutricionistas contribuem para o fornecimento de um cuidado mais completo e abrangente.

O enfermeiro exerce um importante papel na prevenção e no tratamento das lesões cutâneas. Sua atuação é imprescindível para a redução da incidência e da prevalência destas lesões.

Através da Sistematização da Assistência de Enfermagem o enfermeiro tem a possibilidade de fazer uma avaliação segura e confiável quanto aos riscos relacionados as lesões

| | | | |
|---------------------|---------------------------------------|-----------------------------|---------------------|
| Tipo do Documento | PROTOCOLO | PRT.STGQ.004 – Página 10/32 | |
| Título do Documento | PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO | Emissão: 19/07/2024 | Próxima revisão: |
| | | Versão: 3 | 19/07/2026 |

daquele indivíduo traçando os principais diagnósticos e prescrições com monitoramento, avaliação e planejamento das ações de enfermagem junto à problemática existente.

Quando falamos em fatores de risco para o surgimento de lesões cutâneas, o imobilismo no leito se destaca com um dos mais incidentes. São inúmeros os sinais e sintomas que levam o paciente a esta situação, dentre eles podemos destacar: fraqueza muscular do doente crítico, restrições por sequelas neurológicas, desnutrição, dor, déficit de equilíbrio, dentre outros desequilíbrios do sistema osteomioarticular.

Neste contexto, a atuação do profissional fisioterapeuta no ambiente hospitalar é imprescindível. O fisioterapeuta propõe intervenções que tentem minimizar e/ou prevenir os fatores que levam ao imobilismo. Com isso, o paciente tende a permanecer menor tempo no leito ou em uma mesma postura. Favorecendo um melhor condicionamento osteomioarticular e cardiorrespiratório, além de proporcionar a diminuição da pressão sobre regiões ósseas proeminentes e a descarga de peso excessiva sobre algum seguimento isolado do corpo.

O nutricionista atua na avaliação do estado nutricional do paciente, de forma a planejar a prescrição dietética para prevenir, manter ou recuperar o quadro nutricional, contribuindo diretamente para a evitar o aparecimento das LPP ou otimizar o processo de cicatrização.

Diante do exposto, os protocolos assistenciais devem ser um conjunto de recomendações de todos os profissionais envolvidos com a problemática em questão consolidadas num só instrumento disponível para consulta. Ressalta-se ainda a necessidade de treinar os profissionais envolvidos no protocolo para que o objetivo do mesmo possa ser atingido.

Além disto, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) por meio da Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 36, de 25 de julho de 2013 estabelece que estratégias e ações de gestão de risco devem ser realizadas pelos serviços de saúde de forma a garantir a segurança do paciente, incluindo a prevenção de lesão por pressão, conforme consta no Plano de Segurança do Paciente do Hospital Universitário Júlio Bandeira (HUIB) 2019-2020.

5. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

- Inclusão: Pacientes admitidos para internação nas unidades hospitalares (UCA, UCIR e UCM) do HUIB.
- Exclusão: Pacientes em atendimento ambulatorial.

6. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES

6.1. Setor de Gestão da Qualidade (STGQ)

- Coordenar atividades de implantação e implementação do Protocolo;
- Executar atividades de gestão de risco relacionadas a LPP;

| | | | |
|---------------------|---------------------------------------|-----------------------------|---------------------|
| Tipo do Documento | PROTOCOLO | PRT.STGQ.004 – Página 11/32 | |
| Título do Documento | PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO | Emissão: 19/07/2024 | Próxima revisão: |
| | | Versão: 3 | 19/07/2026 |

- Coordenar/executar investigações de notificações de LPP de pacientes;
- Monitorar indicadores definidos no item 8;
- Realizar campanhas de estimulação à notificação de LPP.

6.2. Setores e Unidades assistenciais

- Realizar avaliação de risco de LPP de todos os pacientes admitidos executada pela equipe multidisciplinar;
- Garantir comunicação entre a equipe sobre os pacientes com alto risco de LPP;
- Garantir o cuidado interdisciplinar específicos para os pacientes com alto risco de LPP;
- Realizar notificação de incidentes relacionados à LPP.

6.3. Equipe multiprofissional

6.3.1. Enfermeiro (a)

- Registrar as condições da pele na admissão no histórico de enfermagem/prontuário eletrônico;
- Avaliar na admissão e diariamente, o risco para úlcera por pressão através do instrumento de predição de risco escala de BRADEN (Anexo 1) para os pacientes acima de 13 anos completos e escala de BRADEN Q (Anexo 2) para as crianças de 29 dias a 13 anos, 11 meses e 29 dias;
- Registrar o risco de LPP que o cliente está exposto na placa de identificação a beira do leito;
- Instituir medidas de prevenção nos pacientes com risco moderado, elevado e muito elevado para lesão por pressão;
- Realizar prescrição de enfermagem que contemple o plano terapêutico para prevenção e tratamento de lesões por pressão;
- Supervisionar a mudança de decúbito que deverá ser instituída a todos os pacientes com risco para lesão por pressão. Checar o posicionamento do leito do paciente na prescrição de enfermagem de acordo com o relógio de orientação de mudança de decúbito (anexo 3);
- Capacitar/supervisionar/orientar/monitorar a equipe de enfermagem quanto à adesão as medidas de prevenção e tratamento da LPP;

| | | | |
|---------------------|---------------------------------------|-----------------------------|---------------------|
| Tipo do Documento | PROTOCOLO | PRT.STGQ.004 – Página 12/32 | |
| Título do Documento | PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO | Emissão: 19/07/2024 | Próxima revisão: |
| | | Versão: 3 | 19/07/2026 |

- Atuar junto a equipe multiprofissional quando houver notificação de LPP avaliando os aspectos inerentes à assistência de enfermagem, bem como instituir as medidas imediatas para a resolução do evento.

6.3.2. Técnico (a) de enfermagem

- Inspecionar e observar a pele na admissão e durante o banho quanto aos sinais de hiperemia ou presença de lesões;
- Realizar higienização e hidratação da pele dos pacientes com produtos padronizado pela instituição;
- Utilizar medidas de redução de umidade da pele;
- Instituir o relógio de orientação de mudança de decúbito no leito (anexo 3) aos pacientes com risco para LPP e outras medidas de redistribuição da pressão da pele;
- Realizar medidas de prevenção para fricção e cisalhamento da pele;
- Comunicar as alterações ao enfermeiro e ao médico;
- Checar a prescrição de enfermagem.

6.3.3. Nutricionista

- Realizar diagnóstico nutricional de todos os pacientes;
- Realizar diariamente avaliação nutricional;
- Promover as necessidades nutricionais do paciente, no que diz respeito a calorias, proteínas e líquidos que ajudam a determinar se o consumo diário está sendo suficiente;
- Atuar junto a equipe multiprofissional quando houver notificação de LPP quanto ao estado nutricional e riscos inerentes, bem como as medidas imediatas para a resolução do evento.

6.3.4. Fisioterapeuta

- Realizar mobilização dos pacientes de acordo com avaliação e definição de plano terapêutico;
- Notificar eventos adversos relacionados a pele;
- Comunicar alterações a equipe interdisciplinar;
- Atuar junto a equipe multiprofissional quando houver notificação de LPP avaliando os aspectos inerentes a mobilidade, bem como instituir as medidas imediatas para a resolução do evento.

| | | | |
|---------------------|---------------------------------------|-----------------------------|---------------------|
| Tipo do Documento | PROTOCOLO | PRT.STGQ.004 – Página 13/32 | |
| Título do Documento | PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO | Emissão: 19/07/2024 | Próxima revisão: |
| | | Versão: 3 | 19/07/2026 |

6.3.5. Médico (a)

- Registrar em prescrição médica a restrição da mudança de decúbito, nos casos indicados;
- Reavaliar a restrição da mudança de decúbito no mínimo a cada 24 horas;
- Identificar precocemente situações que acarretam fragilidade da pele, como edema, fragilidade capilar, sudorese, entre outras, instituindo planejamento terapêutico apropriado para cada situação;
- Discutir junto com a equipe interdisciplinar a retirada de sondas, cateteres e outros dispositivos em pacientes com LPP;
- Solicitar investigação diagnóstica e interconsultas de acordo com cada caso;
- Atuar de forma interdisciplinar e mobilizar a equipe assistencial na execução do protocolo de prevenção de LPP;
- Notificar eventos adversos relacionados a pele;
- Atuar junto a equipe multiprofissional quando houver notificação de LPP quanto ao quadro clínico do paciente notificado, bem como instituir as medidas imediatas para a resolução do evento.

6.4. Atividades necessárias

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 (BRASIL, 2013).

Antes de iniciar qualquer atividade assistencial, realizar higienização das mãos e seguir as medidas de precaução conforme os protocolos institucionais disponíveis na pasta pública da CCIH e no site: <http://www2.ebserh.gov.br/web/hujb-ufcg/protocolos-e-pops>.

6.4.1. Avaliação do risco de lesão por pressão

A identificação de pacientes em risco para o desenvolvimento de LPP em tempo oportuno, por meio da utilização de ferramenta validada, permite a adoção imediata de medidas preventivas.

Para fins deste Protocolo serão utilizadas as escalas *Braden Q* (Quadro 1) (MAIA et al, 2011) para pacientes pediátricos com idade até 13 anos e *Braden* para as demais idades.

A avaliação deverá ser realizada pelo enfermeiro na admissão do paciente no internamento, assim como diariamente através da utilização da escala de *Braden* de acordo com a idade (anexos 1 e 2).

| | | | |
|---------------------|---------------------------------------|-----------------------------|---------------------|
| Tipo do Documento | PROTOCOLO | PRT.STGQ.004 – Página 14/32 | |
| Título do Documento | PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO | Emissão: 19/07/2024 | Próxima revisão: |
| | | Versão: 3 | 19/07/2026 |

As escalas de Braden e Braden Q caracterizam 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 a ocorrência dessa lesão.

Quadro 1. Escala de Braden Q (pediatria)

| Parâmetros | Critérios | Cotação |
|--|---|---------|
| Mobilidade Capacidade de mudar e controlar a posição do corpo | Completamente imóvel (Não faz mudanças, nem mesmo pequenas, na posição do corpo ou das extremidades, sem ajuda) | 1 |
| | Muito limitado (Faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou extremidades, mas é incapaz de fazer mudanças completamente sozinho) | 2 |
| | Levemente limitado (Faz mudanças frequentes, embora pequenas, na posição do corpo ou das extremidades, sem ajuda) | 3 |
| | Nenhuma limitação (Faz mudanças importantes e frequentes na posição do corpo, sem ajuda) | 4 |
| Atividade Grau de atividade física | Acamado (Permanece no leito o tempo todo) | 1 |
| | Restrito a 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 |
| | 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 |
| | Crianças jovens demais para deambular ou deambulam 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 em que está acordado) | 4 |
| Percepção sensorial Capacidade de responder de maneira apropriada ao desconforto relacionado à pressão | 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 parte da superfície corporal] | 1 |
| | Muito limitada (Responde apenas ao estímulo doloroso. Não consegue comunicar desconforto, exceto por gemido ou inquietação; ou apresenta alguma disfunção sensorial) | 2 |

| | | | |
|---------------------|---------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento | PROTOCOLO | PRT.STGQ.004 – Página 15/32 | |
| Título do Documento | PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO | Emissão: 19/07/2024 | Próxima revisão: 19/07/2026 |
| | | Versão: 3 | |

| | | |
|---|--|---|
| | que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais da metade do corpo) | |
| | 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 |
| | Nenhuma alteração (Responde aos comandos verbais. Não apresenta déficit sensorial que limite a capacidade de sentir ou comunicar dor ou desconforto.) | 4 |
| Umidade | 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 |
| | Frequentemente úmida (A pele está frequentemente, mas nem sempre, úmida. A roupa de cama precisa ser trocada pelo menos a cada oito horas) | 2 |
| | Ocasionalmente úmida (A pele está ocasionalmente úmida, necessitando de troca de roupa de cama a cada 12 horas) | 3 |
| | Raramente úmida (A pele geralmente está seca, as trocas de fralda são feitas de rotina e as roupas de cama necessitam ser trocadas apenas a cada 24 horas) | 4 |
| Fricção e cisalhamento Fricção: a pele se move contra as estruturas de suporte Cisalhamento: a pele e a superfície óssea adjacente se deslizam uma sobre a outra | Problema importante (A espasticidade, a contratura, o prurido ou a agitação levam a criança debater-se no leito e há fricção constante) | 1 |
| | 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 |
| | 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 |
| | Nenhum problema aparente (Capaz de levantar-se completamente durante uma mudança de posição. Movimenta-se sozinho na cadeira e no leito, e tem força muscular suficiente para levantar-se completamente) | 4 |

| | | | |
|---------------------|---------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento | PROTOCOLO | PRT.STGQ.004 – Página 16/32 | |
| Título do Documento | PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO | Emissão: 19/07/2024 | Próxima revisão: 19/07/2026 |
| | | Versão: 3 | |

| | | |
|---------------------------------------|---|------------------|
| | durante o movimento. Mantém uma posição adequada no leito e na cadeira o tempo todo) | |
| Nutrição | 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 oferecido. O consumo de proteínas inclui apenas duas porções de carne ou derivados de leite por dia. Ingerir pouco líquido. Não ingere suplemento dietético líquido) | 1 |
| | Inadequada (Dieta líquida por sonda ou NPP 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 derivados de leite por dia. Ocasionalmente ingere suplemento dietético) | 2 |
| | Adequada (Dieta por sonda ou NPP 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 |
| | Excelente (Dieta geral que fornece calorias suficientes para a idade. Por 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) | 4 |
| Perfusão tecidual e oxigenação | Extremamente comprometida [Hipotensão (PAM <50 mmHg; <40 mmHg em recém-nascido) ou o paciente não tolera as mudanças de posição] | 1 |
| | Comprometida: Normotenso (Apresenta saturação de oxigênio <95% ou a hemoglobina <10 mg/dl ou o tempo de enchimento capilar >2 segundos. O pH sérico <7,40) | 2 |
| | Adequada: Normotenso (Apresenta saturação de oxigênio <95% ou a hemoglobina <10 mg/dl ou o tempo de enchimento capilar >2 segundos. O pH sérico é normal) | 3 |
| | Excelente: Normotenso (Apresenta saturação de oxigênio >95%, a hemoglobina normal e o tempo de enchimento capilar <2 segundos) | 4 |
| TOTAL | | |
| Nível de risco | | Pontuação |

| | | | |
|---------------------|---------------------------------------|-----------------------------|---------------------|
| Tipo do Documento | PROTOCOLO | PRT.STGQ.004 – Página 17/32 | |
| Título do Documento | PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO | Emissão: 19/07/2024 | Próxima revisão: |
| | | Versão: 3 | 19/07/2026 |

| | |
|--------------|------|
| Sem risco | > 16 |
| Risco de LPP | ≤ 16 |

Quadro 2: Escala de Braden (adulto)

| Parâmetros | Critérios | Cotação |
|--|---|---------|
| Mobilidade Capacidade de mudar e controlar a posição do corpo | Totalmente imóvel (Não faz mudanças, nem mesmo pequenas, na posição do corpo ou das extremidades, sem ajuda) | 1 |
| | Muito limitado (Faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou extremidades, mas é incapaz de fazer mudanças completamente sozinho) | 2 |
| | Levemente limitado (Faz mudanças frequentes, embora pequenas, na posição do corpo ou das extremidades, sem ajuda) | 3 |
| | Nenhuma limitação (Faz mudanças importantes e frequentes na posição do corpo, sem ajuda) | 4 |
| Atividade Grau de atividade física | Acamado (Confinado à cama) | 1 |
| | Restrito à cadeira (Capacidade de andar está severamente limitada ou nula. Não é capaz de sustentar os próprios pés e/ou precisa ser ajudado a se sentar) | 2 |
| | Anda ocasionalmente (Anda ocasionalmente durante o dia, embora distâncias muito curtas, com ou sem ajuda. Passa a maior parte de cada turno na cama ou na cadeira) | 3 |
| | Anda frequentemente (Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia e dentro do quarto pelo menos uma vez a cada 2 horas) | 4 |
| Percepção sensorial Capacidade de responder de maneira apropriada ao desconforto relacionado à pressão | Totalmente limitada (Não reage a estímulo doloroso) | 1 |
| | Muito limitada (Responde apenas ao estímulo doloroso) | 2 |
| | 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 |
| | Nenhuma alteração (Responde aos comandos verbais. Não apresenta déficit sensorial que limite a capacidade de sentir ou comunicar dor ou desconforto). | 4 |
| Umidade | Completamente molhada (A pele é mantida molhada quase constantemente por transpiração, urina, anasarca, etc. Umidade é detectada às movimentações do paciente.) | 1 |

| | | | |
|---------------------|---------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento | PROTOCOLO | PRT.STGQ.004 – Página 18/32 | |
| Título do Documento | PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO | Emissão: 19/07/2024 | Próxima revisão: 19/07/2026 |
| | | Versão: 3 | |

| | | |
|---|--|------------------|
| | Muito molhada (A pele está frequentemente, mas, nem sempre, úmida. A roupa de cama precisa ser trocada pelo menos a cada oito horas) | 2 |
| | Ocasionalmente molhada (A pele está ocasionalmente úmida necessitando de troca de roupa de cama a cada 12 horas) | 3 |
| | Raramente molhada (A pele geralmente está seca, as trocas de fralda são feitas de rotina e as roupas de cama necessitam ser trocadas apenas a cada 24 horas) | 4 |
| Fricção e cisalhamento Fricção: a pele se move contra as estruturas de suporte Cisalhamento: a pele e a superfície óssea adjacente se deslizam uma sobre a outra | Problema (Necessita de ajuda moderada a máxima para se mover. É impossível erguê-lo completamente sem que haja atrito da pele com lençol. Frequentemente escorrega. Espasticidade, contratura ou agitação leva a quase constante fricção) | 1 |
| | Problema em potencial (Move-se, mas, sem vigor ou requer mínima assistência. Na maior parte do tempo mantém posição relativamente boa na cama ou cadeira, mas ocasionalmente escorrega) | 2 |
| | Nenhum problema aparente (Move-se sozinho na cama ou cadeira e tem força muscular suficiente para erguer-se) | 3 |
| Nutrição | Muito pobre (Nunca come uma refeição completa. Ingerir pouco líquido ou é mantido em jejum e/ou mantido com dieta líquida ou hidratação EV por mais de cinco dias) | 1 |
| | Provavelmente inadequada (Raramente come uma refeição completa. Recebe abaixo da quantidade satisfatória de dieta líquida ou alimentação por sonda. Apresenta vômitos ou resíduo gástrico durante as dietas.) | 2 |
| | Adequada (Ocasionalmente recusará uma refeição ou é alimentado por sonda ou regime de nutrição parenteral total, o qual provavelmente satisfaz a maior parte das necessidades nutricionais) | 3 |
| | Excelente (Dieta geral que fornece calorias suficientes para a idade. Come a maior parte de cada refeição. Nunca recusa uma refeição. Não requer suplemento alimentar) | 4 |
| TOTAL | | |
| Nível de risco | | Pontuação |
| Sem risco | | ≥ 19 |
| Risco leve | | 15 – 18 |
| Risco moderado | | 13-14 |
| Risco elevado | | 10 – 12 |
| Risco muito elevado | | ≤ 9 |

| | | | |
|---------------------|---------------------------------------|-----------------------------|---------------------|
| Tipo do Documento | PROTOCOLO | PRT.STGQ.004 – Página 19/32 | |
| Título do Documento | PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO | Emissão: 19/07/2024 | Próxima revisão: |
| | | Versão: 3 | 19/07/2026 |

6.4.2. Inspeção diária da pele

Na admissão deve haver a inspeção da condição da pele, e ser registrada como pele íntegra ou lesionada. Pacientes que apresentam risco de desenvolvimento de LPP 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.

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. Pode ser necessário o aumento da frequência da inspeção em razão da piora do estado clínico do paciente.

6.4.2.1. Procedimento operacional da inspeção da pele

- Avaliar a pele para detectar a existência de LPP já instaladas na admissão. Caso seja encontrado a presença de lesão por pressão na admissão, registrar no prontuário a categoria e localização da lesão.
- Avaliar as áreas de alto risco para desenvolvimento de 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.
- Instituir filme transparente não estéril nas áreas de risco nos pacientes com BRADEN moderado, elevado e muito elevado para úlcera por pressão de acordo com os grupos a seguir:
 - ◆ Adultos e crianças: sacra, trocanter direita e esquerda e calcâneos, trocar a cada 7 dias ou a critério da observação do enfermeiro.

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

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

Deve-se tomar cuidado para minimizar a exposição cutânea à umidade decorrente de incontinência, transpiração ou exsudato de feridas. Quando estas fontes de umidade não puderem ser controladas, a utilização de fraldas e absorventes é recomendada, com o objetivo de minimizar o contato da pele com a umidade. Agentes tópicos que atuam como barreiras contra a umidade e hidratam a pele também podem ser utilizados. O uso de creme barreira, na região de fralda, MMSS e MMII, deve ser considerado para pacientes com Braden brando, moderado e elevado.

| | | | |
|---------------------|---------------------------------------|-----------------------------|---------------------|
| Tipo do Documento | PROTOCOLO | PRT.STGQ.004 – Página 20/32 | |
| Título do Documento | PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO | Emissão: 19/07/2024 | Próxima revisão: |
| | | Versão: 3 | 19/07/2026 |

6.4.2.3. Procedimento operacional das medidas preventivas para higiene, hidratação e manejo da umidade da pele:

a) Higienização e hidratação da pele

- Limpar 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;
- Realizar troca de lençóis a cada 24 horas, ou na presença de sujidade por fluidos humanos;
- Usar hidratantes na pele seca e em áreas ressecadas, principalmente após banho, pelo menos 1 vez ao dia nos pacientes com risco de desenvolver LPP; optar por hidratante com função emoliente, umectante e oclusiva;
- 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;
- 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.

b) Manejo da umidade

- 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.

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.

6.4.2.4. Otimização da hidratação e da nutrição

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.

| | | | |
|---------------------|---------------------------------------|-----------------------------|---------------------|
| Tipo do Documento | PROTOCOLO | PRT.STGQ.004 – Página 21/32 | |
| Título do Documento | PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO | Emissão: 19/07/2024 | Próxima revisão: |
| | | Versão: 3 | 19/07/2026 |

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 realizem avaliação nutricional de pacientes com desnutrição a fim de avaliar e propor intervenções mais apropriadas.

6.4.2.5. Procedimento operacional para nutrição

a) Notificar todos os indivíduos em risco nutricional ou em risco para lesão por pressão a fim de instituir as medidas nutricionais específicas (avaliar a necessidade calórica, vitamínica, minerais e demais nutrientes) para a prevenção de LPP;

b) Avaliar 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;

d) O nutricionista deverá avaliar a necessidade de instituir as medidas específicas para a prevenção de LPP.

6.4.3. 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 2 (duas) horas ou pela utilização de superfícies de redistribuição de pressão.

O objetivo do reposicionamento 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. Geralmente a pele de pacientes com risco para LPP rompe-se facilmente durante o reposicionamento, portanto, deve-se tomar cuidado com a fricção durante este procedimento.

O reposicionamento de pacientes de risco alterna ou alivia a pressão sobre áreas suscetíveis, reduzindo o risco de desenvolvimento de lesão por pressão. 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 o peso. Estes dispositivos devem ser utilizados para realização da flutuação de calcêneos.

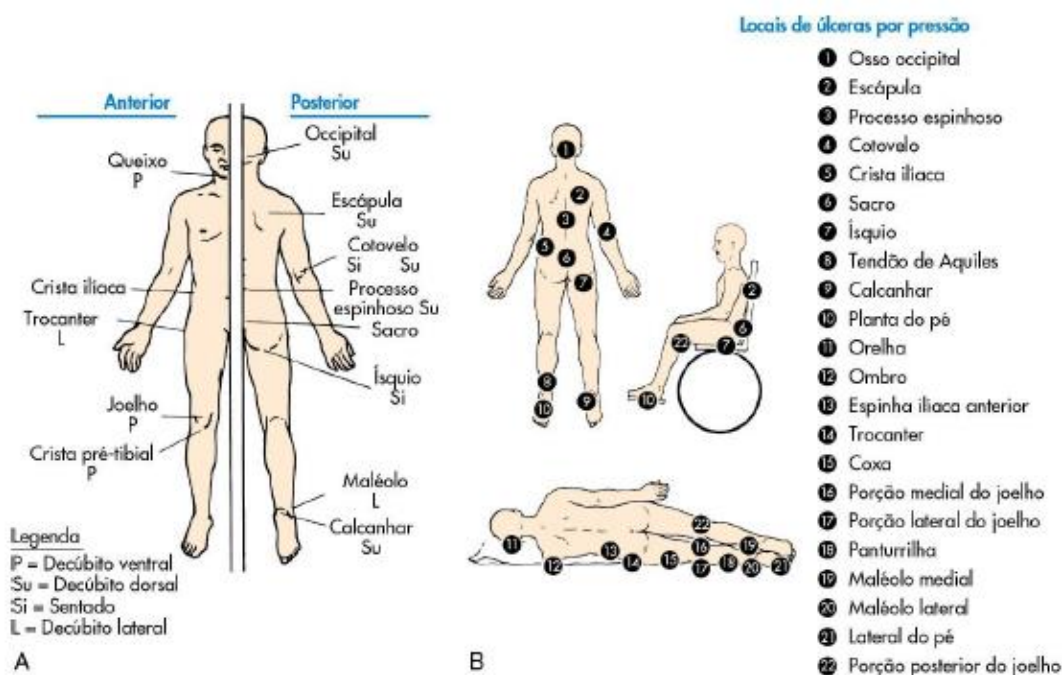
| | | | |
|---------------------|---------------------------------------|-----------------------------|---------------------|
| Tipo do Documento | PROTOCOLO | PRT.STGQ.004 – Página 22/32 | |
| Título do Documento | PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO | Emissão: 19/07/2024 | Próxima revisão: |
| | | Versão: 3 | 19/07/2026 |

Superfícies de apoio específicas (como colchões, camas e almofadas) redistribuem a pressão que o corpo do paciente exerce sobre a pele e os tecidos subcutâneos. Se a mobilidade do paciente está comprometida e a pressão nesta interface não é redistribuída, que pode prejudicar a circulação, levando ao surgimento da lesão. Orienta-se o uso de colchão conforme a classificação de risco para desenvolver LPP: Sem risco – colchão comum; Brando – colchão piramidal; Moderado ou Elevado – colchão pneumático.

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.

Figura 8 - A Proeminências ósseas mais frequentemente acometidas por úlceras por pressão. B locais de úlcera por pressão.



| | | | |
|---------------------|---------------------------------------|-----------------------------|---------------------|
| Tipo do Documento | PROTOCOLO | PRT.STGQ.004 – Página 23/32 | |
| Título do Documento | PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO | Emissão: 19/07/2024 | Próxima revisão: |
| | | Versão: 3 | 19/07/2026 |

Procedimento operacional para minimizar a pressão

a) Mudança de decúbito ou reposicionamento

- A realização da mudança de decúbito deve ser registrada em prontuário. A supervisão da mudança de decúbito deve envolver toda a equipe assistencial, incluindo técnico de enfermagem, enfermeiro, fisioterapeuta, nutricionista, fonoaudiólogo e médico.

- 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) e pelas superfícies de redistribuição de pressão em uso.

- 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;

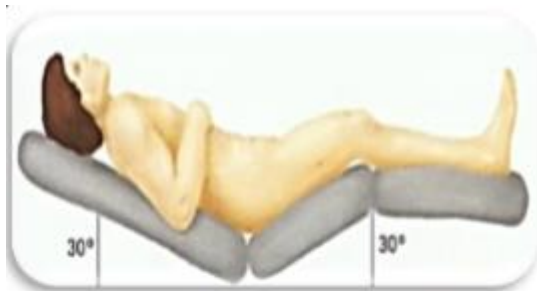
- Reposicionar o paciente de tal forma que a pressão seja aliviada ou redistribuída. Evitar sujeitar a pele à pressão ou forças de torção (cisalhamento). Evitar posicionar o paciente diretamente sobre sondas, drenos e sobre proeminências ósseas com hiperemia não reativa. O rubor indica que o organismo ainda não se recuperou da carga anterior e exige um intervalo maior entre cargas repetidas; sempre que possível, evitar posicionar o indivíduo em superfície corporal que esteja ruborizada;

- O reposicionamento deve ser feito usando 30º na posição de semi-Fowler e uma inclinação de 30º para posições laterais (alternadamente lado direito, dorsal e lado esquerdo), se o paciente tolerar estas posições e a sua condição clínica permitir. Evitar posturas que aumentem a pressão, tais como o Fowler acima dos 30º, a posição de deitado de lado a 90º ou a posição de semideitado;

| | | | |
|---------------------|---------------------------------------|-----------------------------|---------------------|
| Tipo do Documento | PROTOCOLO | PRT.STGQ.004 – Página 24/32 | |
| Título do Documento | PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO | Emissão: 19/07/2024 | Próxima revisão: |
| | | Versão: 3 | 19/07/2026 |

Figura 9 - Posicionamento correto do paciente.

- 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;



A – Posicionamento do paciente com elevação a 30°.



B – Lateralização a 30°.



C – Paciente sentado na cadeira com os pés apoiados no chão



D – Paciente posicionado em cadeira com apoio para os pés regulável.

- 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. 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;

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

b) Medidas preventivas para fricção e cisalhamento

| | | | |
|---------------------|---------------------------------------|-----------------------------|---------------------|
| Tipo do Documento | PROTOCOLO | PRT.STGQ.004 – Página 25/32 | |
| Título do Documento | PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO | Emissão: 19/07/2024 | Próxima revisão: |
| | | Versão: 3 | 19/07/2026 |

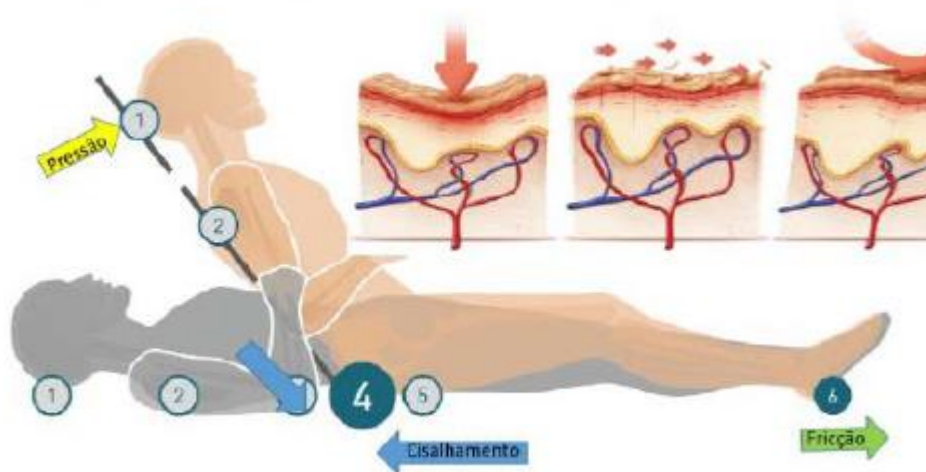
- Elevar a cabeceira da cama até no máximo 30º e evitar pressão direta nos trocânteres quando em posição lateral, limitando o tempo de cabeceira elevada, pois o corpo do paciente tende a escorregar, ocasionando fricção e cisalhamento;

- A equipe de enfermagem deve usar forro móvel 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 o dano tecidual;

- 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 invasiva, é recomendado decúbito deve estar entre 30º e 45º para a prevenção de Pneumonia Associada à Ventilação – PAV.

Figura 10 - Ilustração de fricção e cisalhamento.



c) Materiais e equipamentos para redistribuição de pressão

- Uso de superfícies de apoio para a prevenção de LPP nos calcâneos;
- Os calcâneos devem ser mantidos afastados da superfície da cama (livres de pressão);
- Os dispositivos de prevenção de LPP nos calcâneos devem elevá-los de tal forma que o peso da perna seja distribuído ao longo da sua parte posterior, sem colocar pressão sobre o tendão de Aquiles. O joelho deve ter ligeira flexão;
- Utilizar uma almofada ou travesseiro abaixo das pernas (região dos gêmeos) para elevar os calcâneos e mantê-los flutuantes.

| | | | |
|---------------------|---------------------------------------|-----------------------------|---------------------|
| Tipo do Documento | PROTOCOLO | PRT.STGQ.004 – Página 26/32 | |
| Título do Documento | PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO | Emissão: 19/07/2024 | Próxima revisão: |
| | | Versão: 3 | 19/07/2026 |

Observação: A hiperextensão do joelho pode causar obstrução da veia poplítea, que pode predispor a uma Trombose Venosa Profunda – TVP.

6.4.4. 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:

- a) Risco baixo (15 – 18 pontos na escala de Braden):
 - i. Cronograma de mudança de decúbito;
 - ii. Otimização de mobilização;
 - iii. Proteção de calcanhar;
 - iv. Manejo de umidade, nutrição, fricção e cisalhamento, bem como uso de superfícies de redistribuição de pressão

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

- c) Risco alto (10 – 12 pontos na escala de Braden):
 - i. Continuar as intervenções do risco moderado;
 - ii. Realizar mudança de decúbito a cada 2 horas;
 - iii. Utilizar coxins para facilitar a lateralização a 30°.

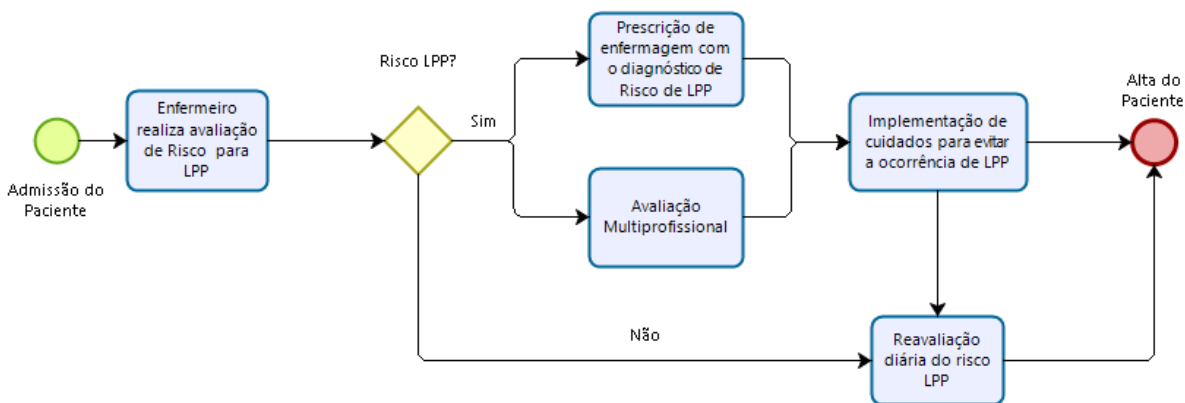
- d) Risco muito alto (≤ 9 pontos na escala de Braden)
 - i. Continuar as intervenções do alto risco;
 - ii. Manejo da dor.

7. FLUXOGRAMAS

7.1. Fluxo de avaliação de risco de lesão por pressão

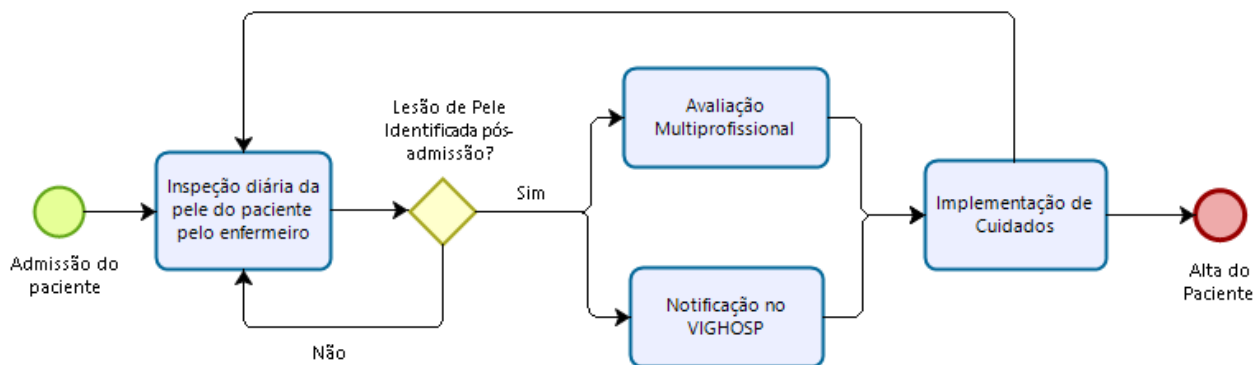
| | | | |
|---------------------|---------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento | PROTOCOLO | PRT.STGQ.004 – Página 27/32 | |
| Título do Documento | PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO | Emissão: 19/07/2024 | Próxima revisão: 19/07/2026 |
| | | Versão: 3 | |

Figura 11 - Fluxo de avaliação de risco de lesão por pressão.



7.2. Fluxo de condutas na ocorrência de lesão por pressão

Figura 12 - Fluxo de condutas na ocorrência de lesão por pressão.



8. MONITORAMENTO

Deverão ser monitorados os seguintes indicadores:

Quadro 3 - Indicadores de Monitoramento.

| Proporção de pacientes com avaliação de risco de LPP realizada na admissão | |
|--|--|
| Objetivo | Monitorar a implementação de ações para evitar a ocorrência de LPP |

| | | | |
|---------------------|---------------------------------------|-----------------------------|---------------------|
| Tipo do Documento | PROTOCOLO | PRT.STGQ.004 – Página 28/32 | |
| Título do Documento | PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO | Emissão: 19/07/2024 | Próxima revisão: |
| | | Versão: 3 | 19/07/2026 |

| | |
|---|--|
| Numerador | Nº de pacientes com avaliação de risco de LPP realizada na admissão em determinado período |
| Denominador | Nº de pacientes admitidos em determinado período |
| Proporção de pacientes com risco de LPP com diagnóstico de enfermagem RISCO DE LESÃO POR PRESSÃO na prescrição | |
| Objetivo | Monitorar a implementação de ações para evitar a ocorrência de LPP |
| Numerador | Nº de pacientes com risco de LPP com diagnóstico de enfermagem RISCO DE LESÃO POR PRESSÃO em determinado período |
| Denominador | Nº de pacientes com risco de LPP em determinado período |
| Número de lesão por pressão estágio III e IV | |
| Objetivo | Monitorar a ocorrência de LPP estágio III e IV |
| Índice de lesão por pressão | |
| Objetivo | Monitorar a implementação de ações para evitar a ocorrência de LPP |
| Numerador | Nº de LPP em determinado período |
| Denominador | Nº de paciente/dia em determinado período |

9. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.095, de 24 de setembro de 2013**. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. 2013

CALIRI, M. H. L.; SANTOS, V. L. C. G.; MANDELBAUM, M. H. S.; COSTA, I. G. Classificação das lesões por pressão – **Consenso NPUAP 2016** – Adaptada culturalmente para o Brasil. 2016. Disponível em <http://www.sobest.org.br/textod/35>

GURGEL, L. S. S.; ABREU, R. N. D. C. **Protocolo para prevenção e gerenciamento de lesões de pele (PPGLP)**. IMAC. Fortaleza-CE, 2021.

MAIA, A. C. A. R.; PELLEGRINO, D. M. S.; BLANES, L.; DINI, G. M.; FERREIRA, L. M. Tradução para a língua portuguesa e validação da escala de Braden Q para avaliar o risco de úlcera por pressão em crianças. **Revista Paulista de Pediatria**, 2011, 29(3), 405-414. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-05822011000300016>

MARILLOU, G.; HASTINGS, J.; GASBER, S. L. Therapist's Roles In Pressure Ulcer Management In Persons With Spinal Cord Injury. **Spinal Cord Med**. October; 32(5): 560- 567, 2009.

| | | | |
|---------------------|---------------------------------------|-----------------------------|---------------------|
| Tipo do Documento | PROTOCOLO | PRT.STGQ.004 – Página 29/32 | |
| Título do Documento | PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO | Emissão: 19/07/2024 | Próxima revisão: |
| | | Versão: 3 | 19/07/2026 |

10. HISTÓRICO DE REVISÃO

| VERSÃO | DATA | DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO |
|--------|------------|--|
| 02 | 27/07/2019 | Versão Inicial |
| 02 | 19/10/2022 | Inclusão da UMI/Clínica Médica nos critérios de inclusão e exclusão; Exclusão do item de procedimento de inspeção da pele em neonatos; Exclusão do item de medidas preventivas para higiene, hidratação e manejo da umidade da pele em neonatos. |
| 03 | 24/06/2024 | Atualização das Siglas: STGQ, UCA, UCIR, UCM. Inclusão de informações quanto a inspeção da condição da pele na admissão, registro em prontuário da realização de mudança de decúbito, evitar posicionar o indivíduo em superfície corporal que esteja ruborizada, orientação do uso de creme de barreira e da escolha do colchão conforme a classificação de risco para desenvolver LPP. Inclusão da referência de GURGEL, 2021. |

| | |
|---|---|
| Elaboração Cicero Emanuel Alves Leite - Enfermeiro Ramiro Moreira Tavares – Médico Infectologista Patrícia Lopes Oliveira - Enfermeira Nadja Maria Pereira de Deus Silva Rebouças - Enfermeira Marina Costa de Albuquerque de Oliveira - Fisioterapeuta Renata Layne Paixão Vieira – Nutricionista Revisão¹ Mikaelle Ysis da Silva – Técnica em Enfermagem – Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente Revisão² Fernanda Darliane Tavares de Luna - Enfermeira - STGQ | Data: 27/07/2019 Data: 19/10/2022 Data: 24/06/2024 |
| Validação Patrícia Lopes Oliveira – Enfermeira do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente Andressa Pedroza Pereira – Chefe do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente Jussiane de Souza Rodrigues – Enfermeira do setor de Vigilância em saúde - CCIH | Data: 12/02/2020 Data: 21/10/2022 Conforme Processo SEI Nº 23771.001018/2020-55 Data: 28/06/2024 |
| Aprovação Cicero Emanuel Alves Leite – Gerência de Atenção à Saúde Andressa Pedroza Pereira – Chefe do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente Ana Paula Oliveira da Silva - Superintendente | Data: 12/02/2020 Data: 21/10/2022 Conforme Processo SEI Nº 23771.001018/2020-55 Data: 04/07/2024 Conforme Processo SEI Nº 23771.001018/2020-55 |

| | | | |
|---------------------|---------------------------------------|-----------------------------|---------------------|
| Tipo do Documento | PROTOCOLO | PRT.STGQ.004 – Página 30/32 | |
| Título do Documento | PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO | Emissão: 19/07/2024 | Próxima revisão: |
| | | Versão: 3 | 19/07/2026 |

Anexo I - Escala de Braden - Avaliação do Risco de LPP

Paciente: _____

Prontuário: _____ Data da admissão: __/__/__

| Parâmetros | Critérios | Cotação | / / | / / | / / | / / | / / | / / | / / |
|--|--------------------------|---------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Mobilidade | Totalmente imóvel | 1 | | | | | | | |
| | Muito limitado | 2 | | | | | | | |
| | Levemente limitado | 3 | | | | | | | |
| | Nenhuma limitação | 4 | | | | | | | |
| Atividade | Acamado | 1 | | | | | | | |
| | Restrito a cadeira | 2 | | | | | | | |
| | Deambulação ocasional | 3 | | | | | | | |
| | Deambula frequentemente | 4 | | | | | | | |
| Percepção sensorial | Totalmente limitada | 1 | | | | | | | |
| | Muito limitada | 2 | | | | | | | |
| | Levemente limitada | 3 | | | | | | | |
| | Nenhuma alteração | 4 | | | | | | | |
| Umidade | Completamente molhada | 1 | | | | | | | |
| | Muito molhada | 2 | | | | | | | |
| | Ocasionalmente molhada | 3 | | | | | | | |
| | Raramente molhada | 4 | | | | | | | |
| Fricção e TOTAL cisalhamento | Problema | 1 | | | | | | | |
| | Problema em potencial | 2 | | | | | | | |
| | Nenhum problema aparente | 3 | | | | | | | |
| Nutrição | Muito pobre | 1 | | | | | | | |
| | Provavelmente inadequada | 2 | | | | | | | |
| | Adequada | 3 | | | | | | | |
| | Excelente | 4 | | | | | | | |
| Assinatura do enfermeiro que avaliou o risco | | | | | | | | | |

Sem risco ≥ 19
Risco leve 15-18
Risco moderado 13-14
Risco elevado 10-12
Risco muito elevado ≤ 9

O instrumento deve ser aplicado: -na admissão do paciente;
-sempre que o estado da criança se alterar;
-início do plantão diurno.

| | | | |
|---------------------|---------------------------------------|-----------------------------|---------------------|
| Tipo do Documento | PROTOCOLO | PRT.STGQ.004 – Página 31/32 | |
| Título do Documento | PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO | Emissão: 19/07/2024 | Próxima revisão: |
| | | Versão: 3 | 19/07/2026 |

Anexo II - Escala de Braden Q - Avaliação do Risco de LPP

Paciente: _____

Prontuário: _____ Data da admissão: __/__/__

| Parâmetros | Critérios | Cotação | / / | / / | / / | / / | / / | / / | / / |
|--|---|---------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Mobilidade | Completamente imóvel | 1 | | | | | | | |
| | Muito limitado | 2 | | | | | | | |
| | Levemente limitado | 3 | | | | | | | |
| | Nenhuma limitação | 4 | | | | | | | |
| Atividade | Acamado | 1 | | | | | | | |
| | Restrito a cadeira | 2 | | | | | | | |
| | Deambulação ocasional | 3 | | | | | | | |
| | Crianças jovens demais para deambular ou deambulam frequentemente | 4 | | | | | | | |
| Percepção sensorial | Completamente limitada | 1 | | | | | | | |
| | Muito limitada | 2 | | | | | | | |
| | Levemente limitada | 3 | | | | | | | |
| | Nenhuma alteração | 4 | | | | | | | |
| Umidade | Constantemente úmida | 1 | | | | | | | |
| | Frequentemente úmida | 2 | | | | | | | |
| | Ocasionalmente úmida | 3 | | | | | | | |
| | Raramente úmida | 4 | | | | | | | |
| Fricção e cisalhamento | Problema importante | 1 | | | | | | | |
| | Problema | 2 | | | | | | | |
| | Problema potencial | 3 | | | | | | | |
| | Nenhum problema aparente | 4 | | | | | | | |
| Nutrição | Muito pobre | 1 | | | | | | | |
| | Inadequada | 2 | | | | | | | |
| | Adequada | 3 | | | | | | | |
| | Excelente | 4 | | | | | | | |
| Perfusão tecidual e oxigenação | Extremamente comprometida | 1 | | | | | | | |
| | Comprometida: normotenso | 2 | | | | | | | |
| | Adequada: normotenso | 3 | | | | | | | |
| | Excelente: normotenso | 4 | | | | | | | |
| TOTAL | | | | | | | | | |
| Assinatura do enfermeiro que avaliou o risco | | | | | | | | | |

Sem risco > 16

Risco de LPP ≤ 16

O instrumento deve ser aplicado: -na admissão do paciente;
-sempre que o estado da criança se alterar;
-início do plantão diurno. |

| | | | |
|---------------------|---------------------------------------|-----------------------------|---------------------|
| Tipo do Documento | PROTOCOLO | PRT.STGQ.004 – Página 32/32 | |
| Título do Documento | PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO | Emissão: 19/07/2024 | Próxima revisão: |
| | | Versão: 3 | 19/07/2026 |

Anexo III – Relógio de Mudança de Decúbito

