

Tipo do Documento:	<b>PROTOCOLO ASSISTENCIAL</b>	PRT.DIVE.007 - PÁGINA 1 de 50	
Título do Documento:	<b>PREVENÇÃO DE LESÕES POR PRESSÃO</b>	Emissão: 16/05/2025	Próxima revisão: 16/05/2027
		VERSÃO: 05	

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	2
OBJETIVOS.....	3
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO NO PROTOCOLO .....	3
ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES .....	4
CONCEITO, NOMENCLATURA E CLASSIFICAÇÃO DE LESÕES POR PRESSÃO.....	6
PRINCIPAIS RECOMENDAÇÕES PARA PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO .....	10
FATORES DE RISCO.....	19
AVALIAÇÃO DA PELE E DOS TECIDOS.....	20
CUIDADOS PREVENTIVOS COM A PELE.....	21
COBERTURAS DE PROTEÇÃO.....	21
REPOSICIONAMENTO E MOBILIZAÇÃO PRECOCE/ SUPERFÍCIE DE SUPORTE .....	22
AVALIAÇÃO DA PELE DO PACIENTE EM POSIÇÃO PRONA .....	23
NUTRIÇÃO NA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO .....	24
EDUCAÇÃO DA EQUIPE E FAMILIARES NA PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO .....	25
PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO RELACIONADAS A DISPOSITIVOS MÉDICOS .....	25
CONCEITO, NOMENCLATURA E CLASSIFICAÇÃO DE DERMATITE ASSOCIADA À INCONTINÊNCIA .....	28
INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DOS FATORES DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DE DAI.....	29
PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA DAI .....	31
PREVENÇÃO DE LESÃO POR FRICÇÃO .....	32
MONITORAMENTO DE INDICADORES DE ESTRUTURA, PROCESSO E RESULTADO .....	34
CONFLITOS DE INTERESSE.....	36
SIGLAS .....	36
REFERÊNCIAS.....	36
ANEXO 01 – RECOMENDAÇÕES PREVENTIVAS PARA LP / CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.....	43
ANEXO 02 – medidas preventivas para LP conforme pontuação nas subescalas do Braden .....	44
ANEXO 03 – ESCALA DE BRADEN .....	45
ANEXO 04 – ESCALA DE BRADEN Q .....	47
ANEXO 05 – ESCALA DE BRADEN Q/D .....	48
ANEXO 06 – ESCALA ELPO.....	49

Tipo do Documento:	<b>PROTOCOLO ASSISTENCIAL</b>	PRT.DIVE.007 - PÁGINA 2 de 50	
Título do Documento:	<b>PREVENÇÃO DE LESÕES POR PRESSÃO</b>	Emissão: 16/05/2025	Próxima revisão: 16/05/2027
		VERSÃO: 05	

## INTRODUÇÃO

A implementação do protocolo para prevenção de lesão por pressão é uma das estratégias do Programa Nacional de Segurança do Paciente, instituído pela Portaria GM/MS nº 529/2013 e contribui para a qualificação do cuidado e a promoção da segurança do paciente nos estabelecimentos de saúde do território nacional e recomenda a vigilância, monitoramento e notificações de incidentes relacionados ao núcleo de segurança do paciente (NSP) de cada unidade. Entende-se por Segurança do Paciente a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde (Brasil, 2013).

Neste contexto, a lesão por pressão (LP) é considerada como um evento adverso e reflete diretamente na segurança do paciente, sendo um indicador de qualidade hospitalar, capaz de evidenciar de forma direta em como o cuidado ao paciente está sendo prestado. Além disso, está relacionada aos altos índices de morbimortalidade e de custos hospitalares, uma vez que podem se tornar necessários tratamentos cirúrgicos, dispensação de medicamentos e de insumos para realização de curativos (Pacha *et al.*, 2018).

Define-se LP como um dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes, normalmente sobre áreas de proeminências ósseas ou relacionadas à dispositivo médico, devido à compressão contínua e/ou cisalhamento (NPUAP, 2016). Evidências científicas sugerem que a maioria das LP são evitáveis e a sua prevenção constitui uma das metas internacionais de segurança do paciente (Black *et al.*, 2011). Cabe ressaltar que além das LP, durante a internação outras lesões cutâneas podem ser desenvolvidas, como dermatite associada à incontinência e lesões por fricção e por adesivo médico. Elas devem ser igualmente prevenidas, pois predisõem à ocorrência de LP, dentre outros fatores (NPUAP, 2016; BRASIL, 2023).

No Brasil, alguns estudos revelaram que a taxa de incidência de LP varia de 13,3% a 62,5% e a prevalência de 9,2% e 37,4%. O valor da incidência é indicador da qualidade dos cuidados e do nível de segurança assistencial (Anvisa, 2023). Deste modo, acredita-se ser de extrema importância a implementação do protocolo para prevenção de lesões por pressão, minimizando os riscos decorrentes da hospitalização.

A implementação do protocolo de prevenção de lesão por pressão é um processo multifacetado que requer a colaboração e comprometimento de toda equipe assistencial e da alta gestão para cumprimento de diretrizes claras e procedimentos concisos baseados em evidências capazes de proporcionar redução nos índices de LP, qualificando a assistência. É crucial a comunicação eficaz entre os profissionais de saúde e no envolvimento do paciente, família e cuidadores na premissa de adoção de medidas preventivas relacionadas a LP de forma a garantir a adesão e o sucesso do protocolo. Em suma, demonstra o compromisso institucional com a segurança do paciente, promovendo uma cultura de cuidado centrado no paciente salvando vidas, minimizando danos assistenciais e enriquecendo a experiência do cuidado de saúde como um todo.

Tipo do Documento:	<b>PROTOCOLO ASSISTENCIAL</b>	PRT.DIVE.007 - PÁGINA 3 de 50	
Título do Documento:	<b>PREVENÇÃO DE LESÕES POR PRESSÃO</b>	Emissão: 16/05/2025	Próxima revisão: 16/05/2027
		VERSÃO: 05	

## OBJETIVOS

### GERAL

- Reduzir a incidência de LP na Instituição.

### ESPECÍFICOS

- Estabelecer estratégias eficazes para prevenção de LP.
- Estabelecer mecanismos para identificação dos pacientes em risco de desenvolver LP.
- Classificar o risco de desenvolver LP nos pacientes hospitalizados.
- Implementar ações preventivas baseadas em evidências de acordo com o risco de desenvolver LP.
- Uniformizar os processos assistenciais voltados à prevenção de LP.
- Padronizar os materiais e atividades essenciais para prevenção de lesão por pressão visando racionalização de recursos da Instituição.
- Otimizar os processos de prevenção de LP, erradicando ou minimizando complicações.
- Estabelecer medidas de prevenção de dermatite associada à incontinência, de lesões por fricção e/ou adesivos baseadas em evidências.
- Incluir a participação do paciente, familiares ou cuidadores nos cuidados de prevenção de LP.

## CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO NO PROTOCOLO

Incluem-se neste protocolo pacientes hospitalizados no Hospital das Clínicas da UFMG – Rede Ebserh:

- com risco evidenciado pela escala de Braden, Braden Q, Braden QD e ELPO.
- admitidos na Instituição com LP.
- admitidos ou que desenvolveram dermatite associada a incontinência ou lesões por fricção devido ao risco de serem lesões confundidoras da LP.

Excluem-se deste protocolo os pacientes em atendimento ambulatorial.

Tipo do Documento:	<b>PROTOCOLO ASSISTENCIAL</b>	PRT.DIVE.007 - PÁGINA 4 de 50	
Título do Documento:	<b>PREVENÇÃO DE LESÕES POR PRESSÃO</b>	Emissão: 16/05/2025	Próxima revisão: 16/05/2027
		VERSÃO: 05	

### ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES

<b>Enfermeiro</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar admissão no protocolo conforme o Processo de Enfermagem.</li> <li>- Realizar a avaliação estruturada de risco do paciente (Braden, Braden Q, Braden QD) na admissão, a cada 24 horas e mediante mudança no quadro clínico.</li> <li>- Realizar avaliação completa da pele, por meio de exame físico, dos pacientes em que o risco para ocorrência de lesão por pressão for identificado. Esta avaliação deve ser realizada na admissão e especialmente se houver mudança na condição clínica do paciente, que impacte em declínio no escore de risco, assim como antes de transferências externas e internas entre serviços de saúde ou entre os níveis de complexidade de assistência ou alta. (Anvisa, 2023)</li> <li>- Fazer avaliação diária e completa da pele nas regiões de proeminências ósseas (exemplos: região sacral, calcâneos, trocânteres, occipital, joelhos e cotovelos), por meio de exame físico. E, pelo menos duas vezes por dia, nas regiões submetidas à pressão por dispositivos para a saúde, como cateteres, tubos, sondas, drenos e dispositivos de imobilização. (Anvisa, 2023)</li> <li>- Realizar avaliação criteriosa e específica para peles negras, levando em consideração a pluralidade de cores de pele associada aos níveis de melanina, pois o eritema inicial (lesão por pressão estágio 1) da lesão por pressão pode não ser tão facilmente identificado. Nestes casos, acionar medidas adicionais como a avaliação de mudanças na sensibilidade, temperatura ou consistência (endurecimento) da pele. (Anvisa, 2023)</li> <li>- Realizar a avaliação estruturada de risco pela ELPO em centros cirúrgicos na Instituição incluindo os centros cirúrgicos dos ambulatórios.</li> <li>- Diagnosticar, prescrever e avaliar os resultados dos cuidados específicos para prevenção de LP e cuidados com a pele do paciente.</li> <li>- Registrar na evolução o escore da escala de risco aplicada, bem como das subescalas acometidas, concomitante às medidas realizadas.</li> <li>- Capacitar e supervisionar equipe de Enfermagem em atividades essenciais de prevenção de LP.</li> <li>- Educar paciente, família e cuidadores para o apoio das medidas de prevenção para LP.</li> <li>- Garantir a adesão da equipe multiprofissional e a aplicação dos componentes essenciais à prevenção de LP.</li> <li>- Prescrever as coberturas e adjuvantes para prevenção de LP.</li> <li>- Pedir interconsulta com Fisioterapia, Nutrição, Terapia Ocupacional e Psicologia, se indicado.</li> <li>- Prescrever e adotar medidas preventivas de LP de acordo com o escore de risco do paciente.</li> <li>- Determinar a frequência de reposicionamento levando em consideração a individualidade da pessoa em relação a: tolerância da pele e tecido; condição clínica geral; objetivos gerais do tratamento; conforto; e dor. (Anvisa, 2023)</li> <li>- Solicitar exames laboratoriais: hemograma completo, hemoglobina glicada, RNI, albumina plasmática, interpretá-los e orientar tratamento clínico adequado ao caso.</li> </ul>
-------------------	--

Tipo do Documento:	<b>PROTOCOLO ASSISTENCIAL</b>	PRT.DIVE.007 - PÁGINA 5 de 50	
Título do Documento:	<b>PREVENÇÃO DE LESÕES POR PRESSÃO</b>	Emissão: 16/05/2025	Próxima revisão: 16/05/2027
		VERSÃO: 05	

<b>Técnico de enfermagem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Orientar paciente/familiares quanto aos procedimentos a serem executados referentes aos cuidados com a pele.</li> <li>– Executar as prescrições do enfermeiro.</li> <li>– Adotar medidas preventivas de LP conforme prescrição do enfermeiro.</li> <li>– Registrar no prontuário as características da pele em cada turno de trabalho, procedimentos executados, queixas apresentadas pelo paciente e qualquer alteração na integridade da pele.</li> <li>– Comunicar ao enfermeiro as alterações encontradas na integridade da pele do paciente durante o turno de trabalho.</li> </ul>
<b>Médico assistente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Solicitar exames laboratoriais, interpretá-los e propor tratamento clínico adequado ao caso.</li> <li>– Solicitar interconsulta com especialistas, quando necessário.</li> <li>– Compartilhar a evolução do quadro clínico junto com a equipe multiprofissional.</li> </ul>
<b>Nutricionista</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Realizar triagem nutricional, quando aplicável, avaliação nutricional mais abrangente para todo paciente em risco de lesão por pressão ou que tenha a lesão por pressão instalada. (Anvisa, 2023)</li> <li>– Elaborar um plano de assistência nutricional documentado, que contemple a manutenção de ingestão nutricional (calórica e proteica) e hídrica adequadas. (Anvisa, 2023)</li> <li>– Avaliar o estado nutricional e monitorar a sua evolução.</li> <li>– Implementar suporte nutricional, quando indicado.</li> <li>– Orientar paciente, familiares e cuidadores, na preparação para a alta hospitalar, para manutenção de medidas de suporte nutricional.</li> </ul>
<b>Fisioterapeuta</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Identificar o comprometimento da mobilidade e atividade do paciente.</li> <li>– Registrar a avaliação inicial, evolução e conduta fisioterápica no prontuário.</li> <li>– Reposicionar o paciente após atendimento fisioterápico.</li> <li>– Orientar o paciente a respeito dos cuidados com as transferências, posicionamento e técnicas de alívio de pressão.</li> <li>– Orientar familiares e cuidadores no reposicionamento dos pacientes e na preparação para a alta hospitalar.</li> <li>– Implementar medidas para fortalecimento muscular, aumento da mobilidade e de independência para atividades, quando possíveis.</li> </ul>
<b>Chefe de Unidade</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Prever e monitorar os materiais de consumo médico-hospitalar e bens permanentes para prevenção de LP.</li> <li>– Monitorar a implementação do protocolo de prevenção de LP.</li> <li>– Monitorar ações voltadas a prevenção de LP por meio de indicadores de processo e resultados.</li> </ul>
<b>Gestão da Qualidade e Núcleo de Segurança do Paciente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Apoiar a implementação do protocolo de prevenção de LP.</li> <li>– Monitorar indicadores de processos e resultados.</li> <li>– Analisar os dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde.</li> <li>– Participar de ações educativas que corroborem para práticas preventivas de LP.</li> </ul>
<b>CCQM</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Atuar prontamente na padronização de insumos e materiais médico-hospitalares e bens permanentes para prevenção de lesão por pressão.</li> <li>– Comunicar eficazmente sobre as padronizações solicitadas.</li> </ul>

Tipo do Documento:	<b>PROTOCOLO ASSISTENCIAL</b>	PRT.DIVE.007 - PÁGINA 6 de 50	
Título do Documento:	<b>PREVENÇÃO DE LESÕES POR PRESSÃO</b>	Emissão: 16/05/2025	Próxima revisão: 16/05/2027
		VERSÃO: 05	

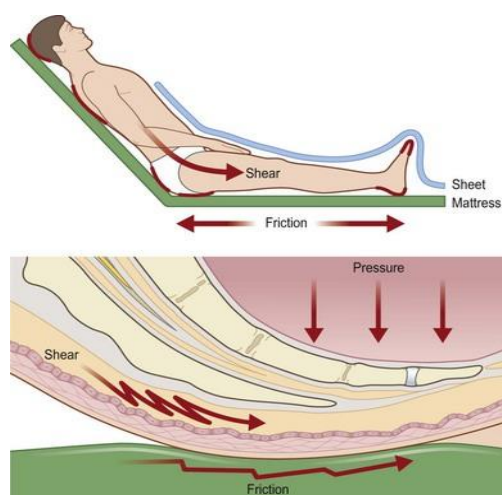
<b>CCPP</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Participar da padronização de materiais médico-hospitalares, insumos e bens permanentes voltados a prevenção de LP.</li> <li>- Capacitar a equipe multiprofissional para adoção de medidas preventivas referentes a LP.</li> <li>- Implementar protocolo de prevenção de LP.</li> <li>- Monitorar junto a outras instâncias indicadores de processo e resultado.</li> </ul>
<b>Diretoria, Divisão de Enfermagem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Garantir infraestrutura adequada, aquisição de materiais médico-hospitalares, insumos e bens permanentes referentes à prevenção de LP, provisão e gerenciamento de recursos humanos adequados.</li> </ul>

### CONCEITO, NOMENCLATURA E CLASSIFICAÇÃO DE LESÕES POR PRESSÃO

O conceito, a nomenclatura e a classificação dos estágios da lesão por pressão foram modificadas pelo *National Pressure Ulcer Advisory Panel* em 2016 e validados para o português com aval das sociedades de especialistas da Associação Brasileira de Estomaterapia (SOBEST) e da Sociedade Brasileira de Enfermagem em Dermatologia (SOBENDE) (Anvisa, 2023).

Lesão por Pressão (LP) é um dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente sobre proeminência óssea ou relacionado 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 de pressão intensa e/ou prolongada em combinação com o cisalhamento (Figura 1).

**Figura 1: Forças de fricção, cisalhamento e pressão**



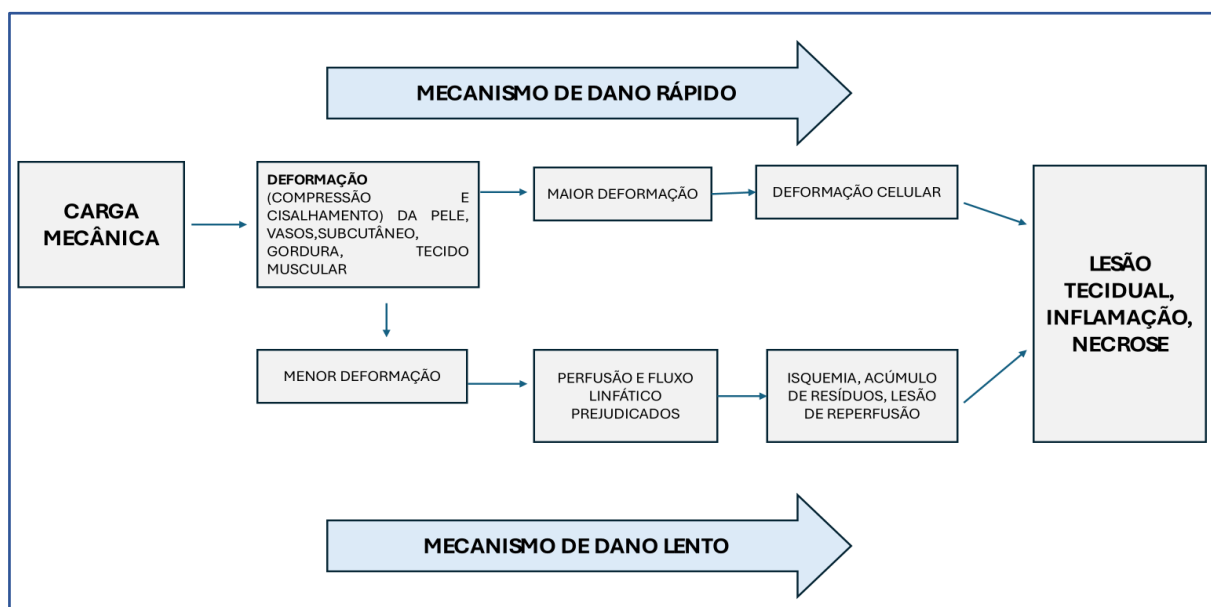
Fonte: Kwon; Janis, 2016

A tolerância do tecido mole à pressão e ao cisalhamento causado pode também ser afetada pelo microclima, nutrição, perfusão, comorbidades e pela sua condição (NPUAP, 2016).

Tipo do Documento:	<b>PROTOCOLO ASSISTENCIAL</b>	PRT.DIVE.007 - PÁGINA 7 de 50	
Título do Documento:	<b>PREVENÇÃO DE LESÕES POR PRESSÃO</b>	Emissão: 16/05/2025	Próxima revisão: 16/05/2027
		VERSÃO: 05	

A pressão, considerada o principal fator, tem sua capacidade de destruição tecidual influenciada por sua intensidade e duração, e também pela tolerância tecidual, ou seja, a capacidade da pele e de suas estruturas de suporte de sustentar os efeitos da pressão, sem contudo levar à formação de lesão por pressão (Figura 2).

**Figura 2: Mecanismos de danos no desenvolvimento de lesão por pressão.**




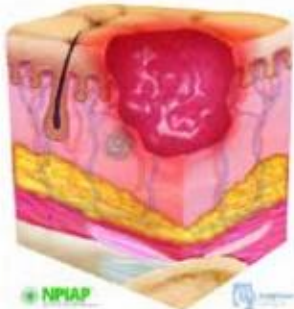




Fonte: NPIAP, 2025.

A lesão por pressão são estadiadas de acordo com a extensão do dano tissular, a saber (Quadro 1).

Tipo do Documento:	<b>PROTOCOLO ASSISTENCIAL</b>	PRT.DIVE.007 - PÁGINA 8 de 50	
Título do Documento:	<b>PREVENÇÃO DE LESÕES POR PRESSÃO</b>	Emissão: 16/05/2025	Próxima revisão: 16/05/2027
		VERSÃO: 05	

**Quadro 1: Classificação de Lesão por Pressão**

Apresentação da lesão	Descrição
 	<p><b>Lesão por Pressão Estágio 1:</b> 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.</p>
 	<p><b>Lesão por Pressão Estágio 2:</b> 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 viáveis. Tecido de granulação, esfacelo e escara não estão presentes.</p>
 	<p><b>Lesão por Pressão Estágio 3:</b> Perda da pele em sua espessura total na qual a gordura é viável e, frequentemente tecido de granulação e epíbolo (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.</p>

Tipo do Documento:	<b>PROTOCOLO ASSISTENCIAL</b>	PRT.DIVE.007 - PÁGINA 9 de 50	
Título do Documento:	<b>PREVENÇÃO DE LESÕES POR PRESSÃO</b>	Emissão: 16/05/2025	Próxima revisão: 16/05/2027
		VERSÃO: 05	

		<p><b>Lesão por Pressão Estágio 4:</b> 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.</p>
		<p><b>Lesão por Pressão Não Classificável:</b> Perda da pele em sua espessura total e perda tissular na qual a extensão do dano não poder 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.</p>
		<p><b>Lesão por Pressão Tissular Profunda:</b> 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. A ferida pode evoluir rapidamente e revelar a extensão atual da lesão tissular ou resolver sem perda tissular. Não se deve utilizar a categoria Lesão por Pressão Tissular Profunda (LPTP) para descrever condições vasculares, traumáticas, neuropáticas ou dermatológicas.</p>

Fonte: NPIAP, 2019

Tipo do Documento:	<b>PROTOCOLO ASSISTENCIAL</b>	PRT.DIVE.007 - PÁGINA 10 de 50	
Título do Documento:	<b>PREVENÇÃO DE LESÕES POR PRESSÃO</b>	Emissão: 16/05/2025	Próxima revisão: 16/05/2027
		VERSÃO: 05	

### Definições adicionais de acordo com a NPUAP (2016):

- **Lesão por Pressão Relacionada a Dispositivos Médicos:**

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.

- **Lesão por Pressão em Membranas Mucosas:**

Quando há histórico de uso de dispositivos médicos no local do dano. Devido à anatomia do tecido, essas lesões não podem ser categorizadas.

### PRINCIPAIS RECOMENDAÇÕES PARA PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO

Práticas de segurança voltadas à implementação do protocolo de prevenção de lesão por pressão exigem múltiplas estratégias envolvendo o suporte institucional e o fornecimento de recursos materiais e humanos. Considera-se a realidade institucional, identificando as barreiras existentes e os pontos facilitadores como premissa (Anvisa, 2023).

A avaliação das evidências adotadas na prevenção de lesões por pressão depende do registro completo no Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU) das ações realizadas. Neste contexto, a capacitação dos profissionais quanto às recomendações adotadas na prevenção de lesões por pressão devem ser frequentes para promoção e qualificação do cuidado. A adoção de medidas de prevenção deve ocorrer em todos os setores da instituição inclusive centro cirúrgico e emergência.

De acordo com Anvisa (2023) e NPIAP (2019), seguem as recomendações aplicáveis à prática assistencial:

- Avaliação estruturada do risco de desenvolver LP por meio de escalas validadas, específicas à população em risco.
- Avaliação completa da pele aplicada aos pacientes sob risco de desenvolver LP, na admissão, mudança do quadro clínico, antes de transferências internas e externas. Atentar-se à pele negra devido eritema inicial não ser facilmente identificado, acionando assim medidas adicionais como avaliação de mudança na sensibilidade, temperatura ou consistência da pele.
- Avaliação diária e completa da pele nas regiões de proeminências ósseas e, pelo menos, duas vezes ao dia, nas regiões submetidas à pressão por dispositivos médicos.
- Indicação de dispositivos médicos bem definida, tamanhos adequados e matéria prima de qualidade.
- Utilização de coberturas e adjuvantes para prevenção de LP considerando risco do paciente/ custo benefício.

Tipo do Documento:	<b>PROTOCOLO ASSISTENCIAL</b>	PRT.DIVE.007 - PÁGINA 11 de 50	
Título do Documento:	<b>PREVENÇÃO DE LESÕES POR PRESSÃO</b>	Emissão: 16/05/2025	Próxima revisão: 16/05/2027
		VERSÃO: 05	

- Utilização de superfície de suporte adequada que atenda a necessidade individual de redistribuição de pressão.
- Prescrição de regime de reposicionamento periódico e individual de todos os pacientes com ou sob risco de LP.
- Implementação de regime de cuidados com a pele que incluam pele limpa, hidratada e protegida.
- Avaliação da triagem nutricional dos pacientes sob risco de desenvolver LP ou com LP pre-existente. Quando necessário, plano de assistência nutricional documentado em prontuário.
- Adoção de medidas de prevenção de lesão por pressão em todos os setores da Instituição de saúde, inclusive centro cirúrgico e emergência.
- Orientações ao paciente, a família e aos cuidadores sobre prevenção e tratamento de LP.

#### **Avaliação Estruturada do Risco e Conceitos**

Todos os pacientes hospitalizados, devem ser submetidos à avaliação estruturada do risco de desenvolver LP por meio de escalas validadas e específicas à população, a saber (Quadro 2)

#### **Quadro 2: Escalas para avaliação estruturada de risco e população de referência:**

Escala de avaliação estruturada de risco	População
BRADEN	Pacientes adultos (a partir dos 14 anos de idade)
BRADEN Q	Pacientes crianças (de 29 dias a 13 anos, 11 meses e 29 dias)
BRADEN Q/D	Pacientes neonatos (até 29 dias)
ELPO	Pacientes adultos

- O risco preditivo de LP, evidenciado pela escala de avaliação estruturada de risco, deve ser realizado na admissão, a cada 24 horas, mediante mudança no quadro clínico e em casos de transferências interna ou externa. O resultado das avaliações e dos cuidados planejados devem ser registrados no AGHU, na evolução do enfermeiro e nas anotações dos técnicos e auxiliares de enfermagem.
- A identificação e classificação dos pacientes quanto ao risco para LP (Quadro 3) deve ser registrada na aba controles, conforme rotina institucional.
- Orientar, diariamente, o paciente e a família acerca dos riscos e das medidas de prevenção e tratamento de lesões adotadas, registrar no AGHU.
- Incluir uma avaliação completa da pele em todas as avaliações de risco para verificar eventuais alterações em pele intacta.
- Prescrever plano de prevenção de LP baseado no risco para os indivíduos identificados como em risco de desenvolver lesões por pressão. (Anexo 1)
- Prescrever plano de prevenção de LP baseado nas pontuações obtidas conforme as subescalas do BRADEN. (Anexo 2)

Tipo do Documento:	<b>PROTOCOLO ASSISTENCIAL</b>	PRT.DIVE.007 - PÁGINA 12 de 50	
Título do Documento:	<b>PREVENÇÃO DE LESÕES POR PRESSÃO</b>	Emissão: 16/05/2025	Próxima revisão: 16/05/2027
		VERSÃO: 05	

Não confiar apenas na **pontuação total** de um instrumento de avaliação do risco como base para uma prevenção baseada no risco. As **pontuações das subescalas** dos instrumentos de avaliação do risco e **outros fatores de risco** devem também ser analisados de forma a **orientar o planejamento**.

### BRADEN

A Escala de Braden é constituída por seis subescalas, que refletem o grau de percepção sensorial, a umidade da pele, a atividade física, a capacidade para controlar e mobilizar o corpo independentemente, o estado nutricional, as forças de fricção e de cisalhamento (Serpa *et al.*, 2011).

1. **Percepção sensorial:** relacionada ao desconforto, habilidade de responder à pressão.
2. **Umidade:** nível ao qual a pele é exposta à umidade.
3. **Atividade:** grau de atividade física.
4. **Mobilidade:** capacidade de alterar a posição do corpo.
5. **Nutrição:** padrão de alimentação.
6. **Fricção e Cisalhamento:** fricção é quando a pele se move contra a superfície de suporte. Cisalhamento a pele, tecidos profundos e a proeminência óssea deslizam uma sobre a outra.

Essas características são avaliadas e pontuadas de 1 a 4, sendo que quanto menor é a pontuação maior o risco do paciente (Quadro 3) . Todos os fatores somados devem resultar em um número entre 6 e 23 e, a partir deste resultado, classificamos o risco total dos pacientes e implementamos as estratégias.

**Quadro 3: Classificação do risco conforme pontuação na Escala de Braden:**

Pontuação Escala Braden	Classificação do Risco
Score 6 a 9	Risco muito elevado
Score 10 a 12	Risco alto ou elevado
Score 13 e 14	Risco moderado
Escores 15 ou 16 para adultos e 17 ou 18 para idosos	Risco baixo
Escores 19 a 23	Sem risco

### BRADEN Q

A escala Braden Q, uma versão pediátrica da escala de Braden, utiliza os fatores de risco específicos para o desenvolvimento de LP em crianças a partir de 21 dias de vida até 8 anos de idade. Essa escala avalia os riscos por meio de dois parâmetros: o primeiro considera a intensidade e a duração da pressão por meio da avaliação da mobilidade, atividade e percepção sensorial; e o segundo, a tolerância dos tecidos pela avaliação da umidade, cisalhamento, nutrição, perfusão e oxigenação dos tecidos. Cada um dos sete itens que a compõem é pontuado de 1 a 4, e o escore total varia de 7 (maior risco) a 28 (ausência de risco) (Curley *et al.*, 2003; Gray, 2004) (Quadro 4)

Tipo do Documento:	<b>PROTOCOLO ASSISTENCIAL</b>	PRT.DIVE.007 - PÁGINA 13 de 50	
Título do Documento:	<b>PREVENÇÃO DE LESÕES POR PRESSÃO</b>	Emissão: 16/05/2025	Próxima revisão: 16/05/2027
		VERSÃO: 05	

**Quadro 4: Classificação do risco conforme pontuação na Escala de Braden Q**

Pontuação Escala Braden-Q	Classificação do Risco
Escore 22 a 25	Risco baixo
Escore 17 a 21	Risco moderado
16 ou menos	Risco elevado

**BRADEN QD**

A escala Braden QD é utilizada para pacientes internados na terapia intensiva e foi concebida para corrigir algumas falhas na Braden Q, que avalia o risco de LP relacionado à imobilidade em crianças com idade entre 21 dias e 8 anos e não inclui pacientes com cardiopatia congênita. Diferentemente, a escala Braden QD combina a avaliação do risco de LP relacionado à imobilidade e ao uso de dispositivos médicos, englobando desde RN pré-termo (RNPT) até indivíduos com 21 anos de idade, com condições clínicas variadas, inclusive cardiopatias e doenças neurológicas (Curley et al., 2018; Puspitasari et al., 2020).

A escala Braden QD conta com as subescalas mobilidade, percepção sensorial, fricção e cisalhamento, nutrição, perfusão e oxigenação dos tecidos e dispositivos médicos (Curley et al., 2018). (Quadro 5)

**Quadro 5: Classificação do risco conforme pontuação na Escala de Braden Q/D**

Pontuação Escala Braden-QD	Classificação do Risco
Escore $\geq 13$	Alto Risco para LP

**ELPO**

A Escala de Avaliação de Risco para o Desenvolvimento de Lesões Decorrentes do Posicionamento Cirúrgico (ELPO), sejam LP, lesões nervosas, circulatórias ou respiratórias. A ELPO avalia sete itens: o tipo de posição cirúrgica, tempo de cirurgia, tipo de anestesia, superfície de suporte, posição dos membros, comorbidades e idade do paciente, com pontuação que varia de sete a 35 pontos, em que, quanto maior o escore, maior o risco de desenvolvimento de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico (Lopes et al., 2016).

Para otimizar e efetivar a avaliação dos riscos do paciente, neste protocolo, recomenda-se a aplicação no momento da admissão do paciente no Centro Cirúrgico, a fim de garantir que os recursos para prevenção estejam disponíveis no momento de aplicá-los. E deve ser reaplicada no intraoperatório, quando o paciente for posicionado na mesa cirúrgica (SOBECC, 2021). Esta ação se justifica, por que neste momento, é possível verificar se houve mudanças quanto ao tipo de anestesia, tempo previsto

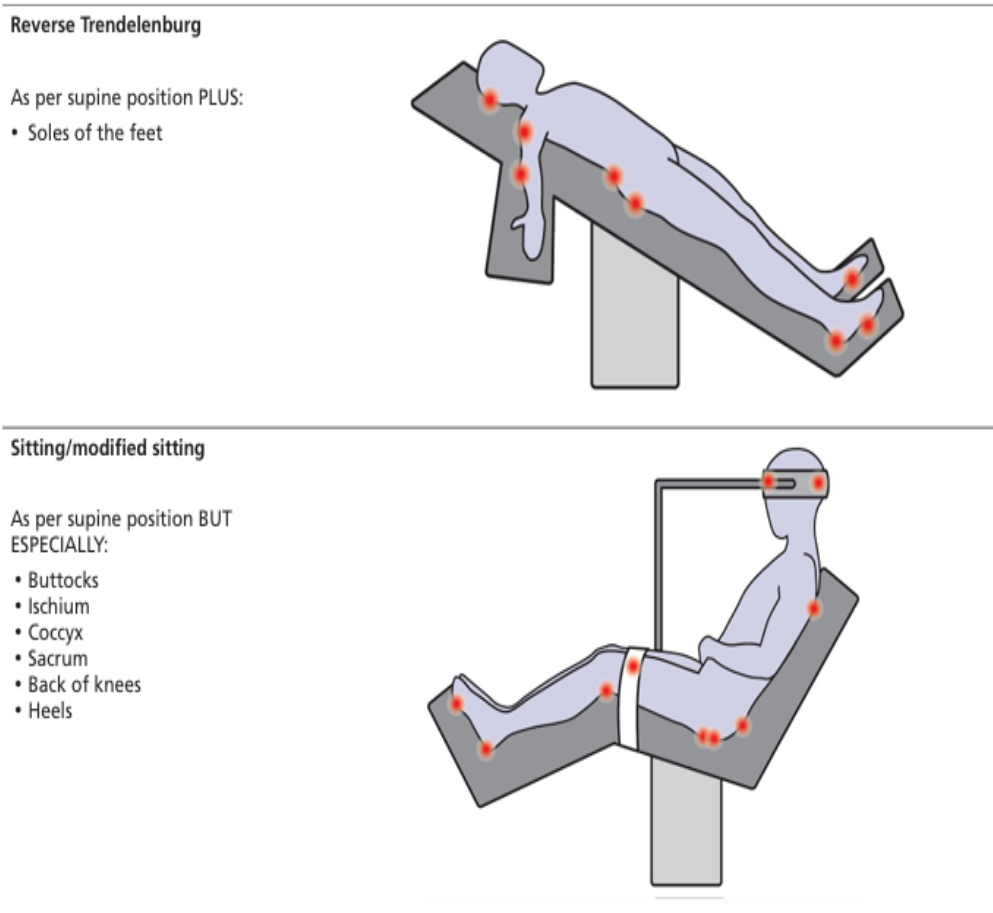
Tipo do Documento:	<b>PROTOCOLO ASSISTENCIAL</b>	PRT.DIVE.007 - PÁGINA 14 de 50	
Título do Documento:	<b>PREVENÇÃO DE LESÕES POR PRESSÃO</b>	Emissão: 16/05/2025	Próxima revisão: 16/05/2027
		VERSÃO: 05	

de cirurgia, particularidades do posicionamento cirúrgico, que eventualmente podem aumentar os riscos do paciente.

No tocante à LP, o NPIAP recomenda que pacientes sob maior risco sigam recomendações específicas. Neste grupo, estão os pacientes cirúrgicos, que, no intraoperatório estão imobilizados devido ao processo anestésico-cirúrgico, comumente posicionados sobre uma superfície relativamente dura, como os colchões da mesa cirúrgica, e incapazes de mover e perceber sensações como a dor, pressão e força de cisalhamento na pele, articulações ou membros (NPIAP, 2019).

É importante considerar que os pacientes assumem diferentes posicionamentos cirúrgicos, e alguns podem aumentar as chances de desenvolvimento de LP. A seguir são apresentados as áreas críticas e principais pontos de pressão, considerando diferentes posicionamentos. (Figura 1)

**Figura 1: Principais pontos de pressão conforme posicionamento cirúrgico**



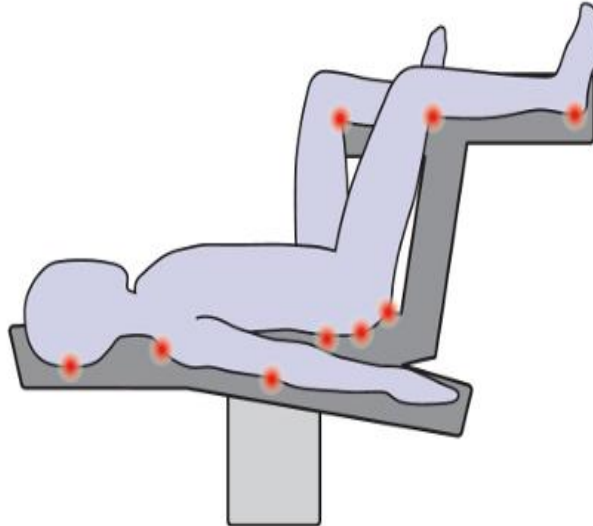
(a figura continua)

Tipo do Documento:	<b>PROTOCOLO ASSISTENCIAL</b>	PRT.DIVE.007 - PÁGINA 15 de 50	
Título do Documento:	<b>PREVENÇÃO DE LESÕES POR PRESSÃO</b>	Emissão: 16/05/2025	Próxima revisão: 16/05/2027
		VERSÃO: 05	

**Lithotomy**

As per supine position BUT ESPECIALLY:

- Sacrum
- Coccyx
- Back of knees

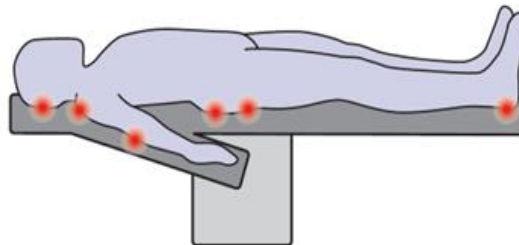


**Position and pressure points of specific concern**

**Illustrative position noting pressure points**

**Supine**

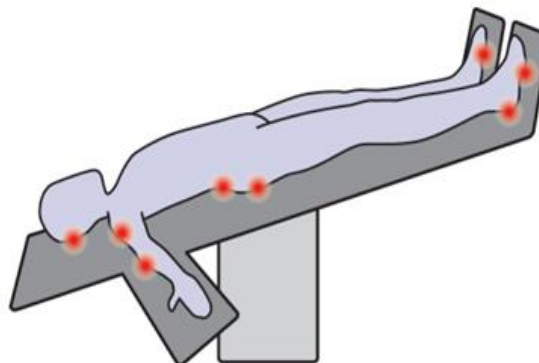
- Occipital
- Shoulder blade (scapula)
- Elbows
- Sacrum
- Coccyx
- Buttocks
- Heels



**Trendelenburg**

As per supine position PLUS:

- Shoulders

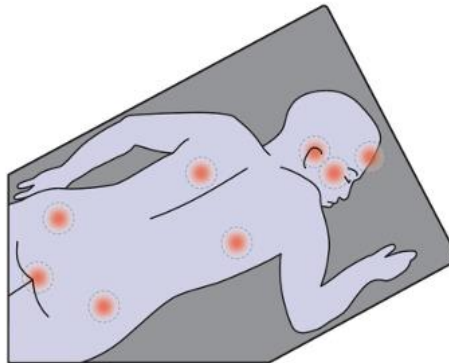


Tipo do Documento:	<b>PROTOCOLO ASSISTENCIAL</b>	PRT.DIVE.007 - PÁGINA 16 de 50	
Título do Documento:	<b>PREVENÇÃO DE LESÕES POR PRESSÃO</b>	Emissão: 16/05/2025	Próxima revisão: 16/05/2027
		VERSÃO: 05	

**Freestyle/swimming position**

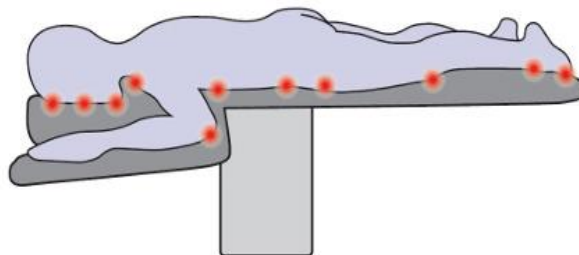
As per prone position BUT ESPECIALLY:

- Lateral face and ear



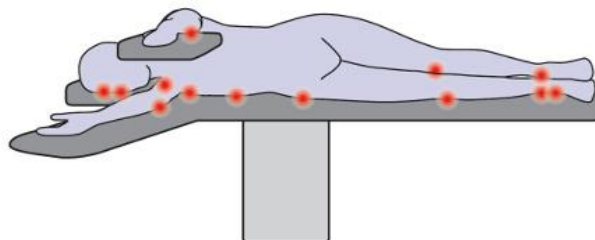
**Prone**

- Forehead
- Chin
- Cheeks
- Shoulder (anterior)
- Elbow
- Chest (breasts)
- Genitalia
- Anterior pelvic bones (iliac crests & ischium)
- Knees (patella)
- Dorsal feet and toes
- Nose (if positioned incorrectly)



**Lateral**

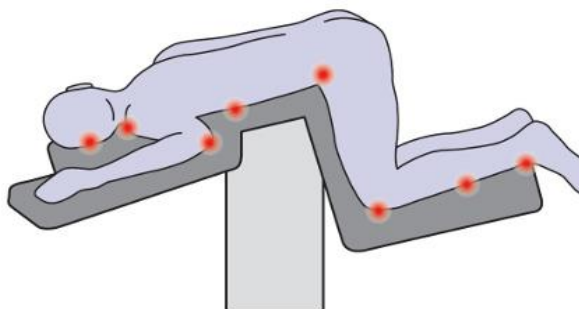
- Lateral face and ear
- Elbow
- Shoulder
- Axilla
- Superior and dependent arms
- Ribs
- Hips (trochanter)
- Malleoli
- Bent lower leg
- Knees
- Ankles



**Kneeling position (knee/chest position)**

As per prone position BUT ESPECIALLY:

- Face and ear
- Anterior chest
- Elbows
- Anterior pelvic bones (iliac crests and ischium)
- Knees
- Anterior tibia
- Anterior ankle



Fonte: NPIAP, 2019. p.137-140.

Tipo do Documento:	<b>PROTOCOLO ASSISTENCIAL</b>	PRT.DIVE.007 - PÁGINA 17 de 50	
Título do Documento:	<b>PREVENÇÃO DE LESÕES POR PRESSÃO</b>	Emissão: 16/05/2025	Próxima revisão: 16/05/2027
		VERSÃO: 05	

Assim, no contexto cirúrgico, as recomendações consideram os aspectos supracitados, e, neste protocolo, seguem as diretrizes do NPIAP e da Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Sala de Recuperação Pós-Anestésica e Central de Materiais Esterilizáveis (SOBECC). No quadro 6, estão sintetizadas as recomendações e a força delas, em conformidade com o NPIAP.

**Quadro 6: Recomendação e força da recomendação para prevenção de LP**

Recomendação	Força da recomendação
Considerar os fatores de risco específicos dos pacientes cirúrgicos: período imobilizado antes da cirurgia; duração da cirurgia; aumento dos períodos de hipotensão durante a cirurgia; baixa temperatura corporal durante a cirurgia e mobilidade reduzida no 1º dia do pós-operatório.	Forte: definitivamente fazer.
Utilizar uma superfície de apoio de pressão reativa ou alternada de alta especificidade na mesa de operações em todos os indivíduos identificados como estando em risco de desenvolver LP.	Fraca: provavelmente fazer
Posicionar o indivíduo de forma a reduzir o risco de desenvolvimento de LP durante a cirurgia.	Forte: definitivamente fazer.
Utilizar superfícies de apoio adicionais (por exemplo, discos faciais) para libertar pontos de pressão no rosto e corpo durante a posição de pronação.	Forte: definitivamente fazer.
Não posicionar o indivíduo diretamente sobre um dispositivo médico a menos que tal não possa ser evitado.	Forte: definitivamente fazer.
Garantir que os calcâneos não fiquem em contacto com a superfície da mesa de operações. O ideal é que os calcâneos não sejam submetidos a qualquer pressão - um estado por vezes designado de "calcâneos flutuantes".	Forte: definitivamente fazer.
Utilizar dispositivos de suspensão dos calcânhares que elevem e libertem totalmente a carga de forma a distribuir o peso ao longo da parte posterior da perna sem colocar pressão no tendão de Aquiles. É preferível utilizar dispositivos de suspensão dos calcânhares em indivíduos imobilizados no bloco operatório. *	Forte: definitivamente fazer.
Flexionar ligeiramente os joelhos ao libertar a carga dos calcânhares. Flexionar ligeiramente os joelhos evita a compressão da veia poplítea e diminui o risco de trombose venosa profunda no perioperatório.	Fraca: provavelmente fazer
Considerar a redistribuição da pressão antes e após a cirurgia. Utilizar superfície de apoio de pressão reativa ou alternada de alta especificidade antes e após a cirurgia.	Forte: definitivamente fazer.
Documentar a posição do indivíduo e as áreas anatómicas sob crescente pressão durante a cirurgia.	Forte: definitivamente fazer.
Posicionar o indivíduo no pré e pós-operatório em posições diferentes da adotada durante a cirurgia.	Fraca: provavelmente fazer

\* Não utilizar dispositivos em formato de anel (rodilhas) para prevenção de LP em calcânhares (risco de pressão adicional e lesão no tendão de Aquiles).

Fonte: NPIAP, 2019.

É importante enfatizar condições especiais, como no caso de neonatos e crianças. A predição de risco na escala ELPO, considera no item idade, a partir de 18 anos. Com isso, é fundamental avaliar

Tipo do Documento:	<b>PROTOCOLO ASSISTENCIAL</b>	PRT.DIVE.007 - PÁGINA 18 de 50	
Título do Documento:	<b>PREVENÇÃO DE LESÕES POR PRESSÃO</b>	Emissão: 16/05/2025	Próxima revisão: 16/05/2027
		VERSÃO: 05	

estratégias que considerem o risco da população infantil e adolescentes, a fim de garantir o seu cuidado seguro no tocante à prevenção de lesão de posicionamento cirúrgico.

Assim, neste protocolo, recomenda-se que a avaliação deste público deve ser realizada pelo enfermeiro, que deve, por meio do Processo de Enfermagem, realizar a avaliação criteriosa do paciente, ponderando condições associadas ou doenças que inferem maior risco. O enfermeiro deve embasar-se nos critérios da Escala ELPO, para determinar a partir de seu julgamento clínico-cirúrgico e do pensamento crítico se o paciente é baixo ou alto risco.

A seguir, no quadro 7, são descritas as recomendações do NPIAP para esta população, que devem ser observadas adicionalmente às descritas no quadro 6.

**Quadro 7: Recomendação e força da recomendação para prevenção de LP em população infantil e adolescentes**

Recomendação	Força da recomendação
Avaliar riscos específicos como: níveis de atividade e mobilidade, índice de massa corporal e/ou peso ao nascimento, maturidade da pele, temperatura e umidade do ambiente, estado nutricional, perfusão e oxigenação, presença dispositivo externo, duração da hospitalização.	Forte: definitivamente fazer.
Considerar que crianças com dispositivos médicos, estão em risco de desenvolver LP. Inspeccionar a pele próxima à instalação de dispositivos médicos, ao menos duas vezes por dia, para identificar sinais de lesão por pressão no tecido circundante.	Forte: definitivamente fazer.
Considerar a utilização de um instrumento válido de avaliação do risco de desenvolvimento de LP na população pediátrica para facilitar uma avaliação estruturada. *	Fraca: provavelmente fazer.
Avaliar e documentar a inspeção da pele, após a conclusão dos procedimentos: pressão, a fricção, o cisalhamento e a umidade. Avaliar a pele da região occipital nas populações pediátricas e neonatais.	Forte: definitivamente fazer.
Selecionar uma superfície de apoio de alta especificidade adequada a crianças e recém-nascidos prematuros com alto risco de desenvolver LP. Garantir que os calcanhares não fiquem em contato direto com a cama.	Fraca: provavelmente fazer.
Reposicionar frequentemente a cabeça dos recém-nascidos e lactentes quando estes estiverem sedados e ventilados.	Forte: definitivamente fazer.

\*A partir dos parâmetros avaliados na escala ELPO, a criança, adolescente ou neonato o enfermeiro, por meio de seu julgamento clínico e raciocínio crítico, atribuirá alto risco ou baixo risco ao paciente.

No tocante às superfícies de suporte, é importante ponderar alguns aspectos. Estas consistem em dispositivos que são utilizados para a redistribuição da pressão sobre proeminências ósseas e para gerenciar a carga tecidual e o microclima da pele. A determinação e escolha destas superfícies deve considerar as particularidades de cada paciente e de sua assistência.

Tipo do Documento:	<b>PROTOCOLO ASSISTENCIAL</b>	PRT.DIVE.007 - PÁGINA 19 de 50	
Título do Documento:	<b>PREVENÇÃO DE LESÕES POR PRESSÃO</b>	Emissão: 16/05/2025	Próxima revisão: 16/05/2027
		VERSÃO: 05	

Para pacientes no contexto cirúrgico, as superfícies de suporte podem ser confeccionadas de diferentes materiais, desde o colchão tradicional da mesa cirúrgica aos dispositivos feitos de espumas, cobertores, lençóis e algodão ortopédico. Contudo, é importante destacar que dispositivos confeccionados com estes materiais aumentam o risco do paciente. Recomenda-se a utilização de SS produzidas de polímero viscoelástico (SOBECC, 2021).

Para aqueles pacientes de maior risco e condições adicionais, é fundamental dimensionar cuidado especial como a colocação de espumas multicamadas de silicone nas proeminências ósseas, em áreas de dispositivos médicos e demais especificidades que o enfermeiro julgar necessário (NPIAP, 2019; SOBECC 2021).

Dessa forma, compete ao Enfermeiro:

- Reconhecer fatores de risco adicionais e recorrer ao juízo clínico durante a utilização do instrumento estruturado de avaliação do risco. É importante não confiar apenas nos resultados desse instrumento para avaliar o risco de desenvolvimento de LP em um indivíduo.
- Selecionar um instrumento de avaliação do risco adequado à população válido e confiável.
- Deve-se capacitar os profissionais de saúde para a avaliação completa da pele que inclua as técnicas de identificação de respostas ao branqueamento, calor local, edema e induração.
- Estas técnicas devem ser utilizadas em todos os indivíduos. No entanto, existem evidências de que as lesões por pressão de estágio 1 são mais difíceis de ser identificadas em indivíduos com tons de pele escuros, uma vez que as áreas de rubor não são facilmente visíveis.

## FATORES DE RISCO

Considerar indivíduos com mobilidade reduzida, atividade limitada e potencial elevado de fricção (pressão e torção) em risco de desenvolver LP.

Considerar **o impacto das limitações de mobilidade** no risco das lesões por pressão:

- Realizar uma avaliação completa do risco em indivíduos acamados ou confinados a cadeiras de rodas como sob risco de desenvolver LP para orientar e implementar intervenções preventivas.

Observação: Imobilidade planejada: O paciente é submetido a um procedimento que requer imobilidade, sedação, anestesia geral ou anestesia local (por exemplo, na coluna vertebral), que durará  $\geq 2$  a 3 horas (dependendo do risco do paciente individual).

- Considerar os indivíduos com lesão por pressão estágio 1 como estando em risco de progressão para lesões por pressão de estágio 2 ou superior.
- Considerar a condição geral da pele no risco das lesões por pressão.
- Considerar **o impacto** dos seguintes fatores no risco de desenvolver lesão por pressão:
  - Diabetes Mellitus
  - Circulação, perfusão e oxigenação reduzidas
  - Situação nutricional deficiente

Tipo do Documento:	<b>PROTOCOLO ASSISTENCIAL</b>	PRT.DIVE.007 - PÁGINA 20 de 50	
Título do Documento:	<b>PREVENÇÃO DE LESÕES POR PRESSÃO</b>	Emissão: 16/05/2025	Próxima revisão: 16/05/2027
		VERSÃO: 05	

- Umidade da pele (desequilíbrio)
- Aumento da temperatura corporal
- Idade avançada
- Diminuição da Percepção sensorial
- Alterações hematológicas
- Período de imobilização no peri-operatório

• Fatores de risco adicionais: duração do estado crítico, tempo de ventilação mecânica, uso de terapia vasopressora, Score APACHE II, em Recém-nascidos e crianças considerar maturidade da pele, oxigenação e perfusão além da presença de dispositivos médicos.

• Considerar o **potencial impacto** dos seguintes fatores no risco de desenvolver lesões por pressão:

- Alterações da pele e dor em pontos de pressão
- Lesão por pressão, independentemente do estadiamento, existente ou prévia no desenvolvimento de LP adicionais
- Estado de saúde geral e mental de saúde comprometido
- Evidência de Cicatrizes provocadas por lesão por pressão anterior

## **AVALIAÇÃO DA PELE E DOS TECIDOS**

Uma avaliação completa da pele e tecidos é parte integrante da política de rastreio de avaliação do risco que deve ser implementada em todas as instituições de saúde.

Deve-se capacitar os profissionais de saúde para a avaliação completa da pele que inclua as técnicas de identificação de respostas ao branqueamento, calor local, edema e induração.

Estas técnicas devem ser utilizadas em todos os indivíduos. No entanto, existem evidências de que as lesões por pressão de estágio 1 são mais difíceis de ser identificadas em indivíduos com tons de pele escuros, uma vez que as áreas de rubor não são facilmente visíveis.

Inspecionar a pele quanto a áreas de eritema em indivíduos identificados como estando em risco de desenvolver lesões por pressão.

Sempre que possível, evitar posicionar o indivíduo sobre superfície corporal que esteja ruborizada.

Diferenciar se o eritema da pele é branqueável ou não branqueável: utilizar o dedo ou o método do disco para avaliar se a pele é branqueável ou não branqueável.

- Método de pressão com os dedos: o dedo é pressionado sobre o eritema durante três segundos e o branqueamento avaliado após remoção do dedo.
- Método do disco transparente: utiliza-se um disco transparente para pressionar uniformemente uma área de eritema, podendo observar-se o branqueamento sob o disco durante a sua aplicação.

Tipo do Documento:	<b>PROTOCOLO ASSISTENCIAL</b>	PRT.DIVE.007 - PÁGINA 21 de 50	
Título do Documento:	<b>PREVENÇÃO DE LESÕES POR PRESSÃO</b>	Emissão: 16/05/2025	Próxima revisão: 16/05/2027
		VERSÃO: 05	

Os seguintes fatores devem ser avaliados em todas as peles, mas priorizados nas avaliações da pele de indivíduos com pigmentação mais escura:

- temperatura da pele.
- edema.
- alteração na consistência do tecido em relação ao tecido circundante.

Avaliar a dor localizada como parte integrante de cada avaliação da pele.

Inspecionar a pele sob e ao redor dos dispositivos médicos, pelo menos duas vezes por dia, para identificar sinais de lesão por pressão no tecido circundante.

Realizar avaliações da pele mais frequentes (mais de duas vezes por dia) no dispositivo de interface com a pele em indivíduos vulneráveis a alterações de fluidos e indivíduos com sinais de edema localizado ou generalizado.

### **CUIDADOS PREVENTIVOS COM A PELE**

Implementar cuidados com a pele:

- manter a pele limpa, seca e devidamente hidratada.
- utilizar um produto de limpeza da pele com um ph levemente ácido.
- proteger a pele da umidade com produto barreira.
- não massagear nem esfregar vigorosamente a pele que esteja em risco de lesão por pressão.
- desenvolver e programar um plano individualizado de tratamento da incontinência.
- proteger a pele da exposição à umidade excessiva através do uso de produtos barreira de forma a reduzir o risco de danos de pressão. A pele úmida exposta a fricção tem cinco vezes mais probabilidade de desenvolver LP.
- utilização de espumas de poliuretano multicamadas e silicone para prevenção de LP considerando risco do paciente/ custo benefício.
- adoção de cuidados especializados para populações com necessidades especiais (pacientes críticos, com lesão medular, obesos, neonatos, crianças, idosos, em paliativos).

### **COBERTURAS DE PROTEÇÃO**

Considerar a aplicação de coberturas de espuma de poliuretano multicamadas com bordas de silicone nas proeminências ósseas para prevenir LP em zonas anatômicas frequentemente submetidas a fricção e cisalhamento principalmente nos pacientes de alto risco.

Ter em conta os seguintes aspectos na escolha de um curativo de proteção:

- capacidade de gerir o microclima.
- facilidade de aplicação e remoção atraumática.
- capacidade de avaliação regular da pele.

Tipo do Documento:	<b>PROTOCOLO ASSISTENCIAL</b>	PRT.DIVE.007 - PÁGINA 22 de 50	
Título do Documento:	<b>PREVENÇÃO DE LESÕES POR PRESSÃO</b>	Emissão: 16/05/2025	Próxima revisão: 16/05/2027
		VERSÃO: 05	

- região anatômica para a aplicação do curativo.
- tamanho correto do curativo.

Manter as demais medidas preventivas paralelamente à utilização de coberturas de proteção.

Avaliar eventuais sinais de desenvolvimento das lesões por pressão na pele cada vez que o curativo for substituído, ou pelo menos uma vez por dia, e confirmar a adequação do atual regime de aplicação das coberturas de proteção.

Substituir a cobertura de proteção, caso ela se danifique, desloque, solte ou esteja excessivamente úmida.

As coberturas de proteção não anulam a necessidade de avaliação rigorosa e regular da pele; portanto, esse tipo de cobertura facilita, muitas vezes, as avaliações regulares da pele (p. ex., bordas de silicone suaves, fáceis de levantarem-se para ajudar a avaliar regularmente a pele sem provocar queimaduras por abrasão ou outras lesões cutâneas).

### **REPOSICIONAMENTO E MOBILIZAÇÃO PRECOCE/ SUPERFÍCIE DE SUPORTE**

A imobilidade do paciente é considerada o fator de maior importância no desenvolvimento de LP. A manutenção da posição corporal, assim como mudanças no posicionamento, determina gradiente gravitacional que age nos sistemas cardiovascular e pulmonar e pode afetar a oxigenação e o fluxo sanguíneo. Pacientes com alterações na percepção sensorial e na capacidade de movimentação dependem de mudanças frequentes e, da utilização de superfície de suporte, na apresentação de colchão que seja capaz de redistribuir a pressão nas regiões das proeminências ósseas. As superfícies de suporte podem ser representadas por colchão de espuma viscoelástica ou de outro material. Contudo, estes materiais não dispensam o reposicionamento e mobilização. O uso da superfície de suporte requer a adoção de outras medidas de cuidado.

- Implementar estratégias para promover a adesão ao planejamento de reposicionamento.
- Prescrever reposicionamento dos pacientes com LP ou sob risco de LP em horário individualizado, a menos que contraindicado.
- Instituir recomendações de reposicionamento a beira leito a partir de risco moderado.
- Para reposicionamento lateral, usar a posição de decúbito lateral a 30°.
- Determinar a frequência de reposicionamento, considerando fatores individuais como: a tolerância da pele, tecido, condição clínica, objetivos gerais do tratamento, conforto e dor.
- Estabelecer frequência de reposicionamento de pacientes críticos e/ou hemodinamicamente instáveis, mesmo que pequenas mudanças.
- Elevação do calcanhar de pacientes em risco de desenvolver LP utilizando reposicionador específico (travesseiros/ almofadas ou dispositivo projetado especificamente).
- Incentivar a posição sentado quando possível por períodos limitados (máximo de 1 hora).
- Evitar o posicionamento sobre LP existente, se possível.

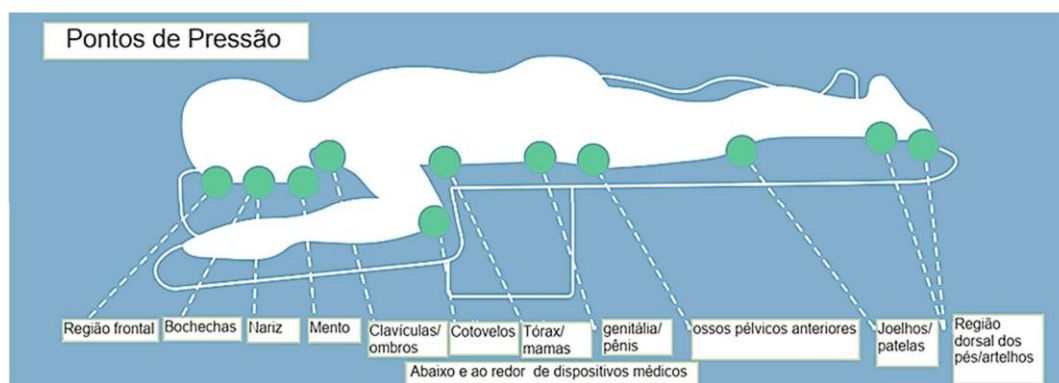
Tipo do Documento:	<b>PROTOCOLO ASSISTENCIAL</b>	PRT.DIVE.007 - PÁGINA 23 de 50	
Título do Documento:	<b>PREVENÇÃO DE LESÕES POR PRESSÃO</b>	Emissão: 16/05/2025	Próxima revisão: 16/05/2027
		VERSÃO: 05	

- Sempre que possível, evitar posicionar o paciente exercendo pressão sobre uma superfície corporal que esteja ruborizada.
- Usar colchão viscoelástico ou adição de colchão de ar de pressão alternada para os indivíduos em risco de desenvolver LP. A escolha deve-se amparar nos seguintes fatores: nível de imobilidade e inatividade, tamanho e peso do indivíduo, número, gravidade e localização das LP existentes, risco de desenvolvimento de novas lesões.

### AVALIAÇÃO DA PELE DO PACIENTE EM POSIÇÃO PRONA

Nos pacientes em posição prona/ decúbito ventral (p.ex., para tratamento de síndrome respiratória aguda grave, paciente crítico), os locais mais comuns de aparecimento de lesão por pressão são: mento, região frontal, orelhas, bochechas, nariz, clavícula, ombros, cotovelos, tórax, mamas, genitálias, pênis, ossos pélvicos anteriores, joelhos e patelas, região dorsal dos pés e artelhos, ou abaixo e ao redor de dispositivos médicos (Figura 2).

**Figura 2: Pontos de pressão na posição prona**



Fonte: NPIAP, 2019.

Para os pacientes em posição prona os profissionais devem realizar as seguintes ações:

- Programar jejum.
- Avaliar a presença de hiperemia e/ou lesões nos seguintes pontos de pressão: frontal do rosto, zigomática, mentoniana, ombros, cotovelos, tórax, crista ilíaca, genitália, patela, pré tibial e dorso do pé.
- Aplicar dispositivo de multicamadas com bordas de silicone nas seguintes regiões: frontal da face, zigomática, ombros, crista ilíaca, patela, tibial.
- Retirar os eletrodos de monitorização da região anterior do tórax e posicionar em tórax posterior. Lubrificar os olhos e manter as pálpebras fechadas.
- Posicionar os coxins na altura da cintura escapular e outro na cintura pélvica.
- Posicionar a cama em Trendelenburg reverso a 30º caso não haja contra indicação.
- Posicionar a cabeça para o mesmo lado em que o membro superior foi elevado.

Tipo do Documento:	<b>PROTOCOLO ASSISTENCIAL</b>	PRT.DIVE.007 - PÁGINA 24 de 50	
Título do Documento:	<b>PREVENÇÃO DE LESÕES POR PRESSÃO</b>	Emissão: 16/05/2025	Próxima revisão: 16/05/2027
		VERSÃO: 05	

- Lateralizar a cabeça e posicionar sobre um coxim.
- Rodiziar a lateralização da cabeça a cada 2 horas.
- Verificar se o pavilhão auricular não está dobrado.
- Verificar se a cânula orotraqueal não pressiona a mucosa labial e a fixação não está tracionada.
- Posicionar a língua dentro da cavidade oral.
- Verificar se o cateter (oro/naso) gástrico/entérico não está pressionando a mucosa nasal/labial e não está tracionado.
- Posicionar os membros superiores na posição de nadador (um dos membros em extensão com abdução do ombro e flexão do cotovelo e o outro ao longo do corpo).
- Rodiziar o posicionamento dos membros superiores a cada 2 horas ou cada 1 hora em caso de lesões de pele em membros superiores.
- Verificar se os ombros estão sem rotação e os cotovelos estão livres de pressão.
- Posicionar a mão do membro superior que está posicionado ao longo do corpo sobre um coxim.
- Verificar se os dispositivos não estão pressionando os membros superiores e não estão tracionados ou dobrados.
- Posicionar os eletrodos de monitorização em tórax posterior.
- Verificar a localização do coxim na altura da cintura escapular, com atenção para acomodação das mamas.
- Verificar se os dispositivos não estão pressionando a região torácica e não estão tracionados ou dobrados.
- Verificar a localização do coxim na altura da cintura pélvica.
- Verificar se o equipamento coletor (bolsa) da estomia de eliminação (ileostomia/colostomia) encontra-se relativamente vazia e seu sistema de fechamento não está pressionando o abdome, a pele e os membros.
- Posicionar a genitália masculina entre os membros inferiores.
- Verificar se a extensão do coletor fechado de urina e qualquer outro dispositivo não está pressionando a região da coxa.
- Posicionar um coxim ao longo da região tibial permitindo que o dorso do pé fique livre de pressão.

### **NUTRIÇÃO NA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO**

Todo paciente em risco de desenvolver LP ou que tenha LP deve receber triagem nutricional. Quando necessário, plano de assistência nutricional individualizado documentado em prontuário.

Os instrumentos de avaliação e monitorização nutricional deverão ser registrados no prontuário eletrônico AGHU.

Ajustar a ingesta calórica/proteica aos pacientes com lesão por pressão que estejam desnutridos ou em risco de desnutrição conforme esta recomendação:

**30 a 40 Kcal/ Kg/dia e 1.2 a 2.0 g proteína /Kg/dia**

Tipo do Documento:	<b>PROTOCOLO ASSISTENCIAL</b>	PRT.DIVE.007 - PÁGINA 25 de 50	
Título do Documento:	<b>PREVENÇÃO DE LESÕES POR PRESSÃO</b>	Emissão: 16/05/2025	Próxima revisão: 16/05/2027
		VERSÃO: 05	

Fornecer suplementos orais ou entéricos ricos em calorias, proteínas, arginina, zinco e outros nutrientes, a pacientes em risco ou já desnutridos e com LP estágio 2 ou mais severa.

Avaliar o risco-benefício da nutrição entérica ou parentérica, tendo em conta os objetivos dos cuidados para o tratamento de LP e quando a alimentação oral não for suficiente, apesar das intervenções utilizadas.

Incentivar a hidratação oral em indivíduos em risco e/ou com LP, quando compatível com os objetivos dos cuidados e com a situação clínica.

### **EDUCAÇÃO DA EQUIPE E FAMILIARES NA PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO**

Realizar educação em prevenção de LP a paciente e acompanhantes até 48h após admissão.

Interagir com a equipe multiprofissional quanto à troca de conhecimentos, adesão ao protocolo e adequação dos cuidados prescritos ao paciente.

### **PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO RELACIONADAS A DISPOSITIVOS MÉDICOS**

A lesão por pressão relacionada a dispositivo médico resulta do uso de dispositivos criados e aplicados para fins diagnósticos e terapêuticos e geralmente apresenta o padrão ou forma do dispositivo.

A formação de LP em regiões incomuns, geralmente são ocasionadas pelo uso de dispositivos médicos, como tubos, sondas e cateteres, sendo então denominadas de Lesões por Pressão Relacionadas a Dispositivos Médicos (LPRDM). Essa lesão deve ser estadiada usando-se o sistema de classificação de lesões por pressão e notificada no VIGIHOSP como evento adverso.

As lesões relacionadas a dispositivo podem aumentar o risco de infecções, causar dor, deixar cicatrizes, resultar em perda de cabelo permanente, alterando a imagem corporal e reduzindo a qualidade de vida.

Podem aumentar a duração das internações hospitalares e consumir recursos adicionais como tempo, produtos e trabalho especializado.

Dispositivos respiratórios como máscaras de ventilação não invasiva e tubo orotraqueal são as principais causas de lesões por pressão relacionadas a dispositivos médicos.

Para preveni-las, usam-se coberturas que absorvem a umidade da pele e distribuem a pressão nas áreas em contato com esses dispositivos, levantando-os ou movendo-os frequentemente para examinar a pele e reposicionando-os para alívio da pressão. Seguem alguns dispositivos médicos e objetos no quadro 8 e 9:

Tipo do Documento:	<b>PROTOCOLO ASSISTENCIAL</b>	PRT.DIVE.007 - PÁGINA 26 de 50	
Título do Documento:	<b>PREVENÇÃO DE LESÕES POR PRESSÃO</b>	Emissão: 16/05/2025	Próxima revisão: 16/05/2027
		VERSÃO: 05	

**Quadro 8: Dispositivos médicos que podem causar LP**

<b>Dispositivos com finalidade médica</b>	
Dispositivos respiratórios	máscaras faciais de oxigênio (ventilação não invasiva); tubo endotraqueal ou dispositivos de fixação; pontas e tubos nasais; prongas nasais de alto fluxo; oxigenação por membrana extracorpórea (ECMO); tubo de traqueotomia e fixação.
Dispositivos fecais e urinários	dispositivos de estomia; cateteres urinários e fecais; comadres; assentos sanitários; cateteres de preservativos; cateteres vesicais (cateter demora/ cateter de alívio); sistemas de gestão intestinal.
Dispositivos de acesso	todos os tipos de linhas (arterial ou venoso) e linhas/tubos associados; cateteres intercostais.
Dispositivos de apoio e imobilização	colares cervicais; fixadores e pinos externos; superfícies de suporte; contenções; talas(inclusive para linhas arteriais/venosas); imobilizadores ortopédicos; dispositivos intraoperatórios, como armações usadas em neurocirurgia.
Alimentação e nutrição	cateteres nasogástricos; cateteres nasoentéricos; tubos orogástricos; tubos de gastrostomia endoscópica percutânea.
Manuseio do paciente	pranchas espinhais; dispositivos de transferência; cadeiras de rodas.
Monitoração do paciente	sondas de saturação de oxigênio/oxímetros de pulso (fixadas no dedo, dedo do pé, ou orelha); braçadeiras de pressão arterial; pontos e linhas do eletrocardiograma (ECG); eletrodos e fixação de eletroencefalograma (EEG); monitorização da pressão intracraniana (PIC) (cânulas e tubos); derivação ventricular externa (DVE); dispositivos/sensores de temperatura.
Prevenção de compressão e trombose venosa profunda	dispositivos de compressão sequencial; meias de compressão; todos os envoltórios elásticos de algodão.
Tratamento	diálise envolvendo cânulas e tubos/linhas; terapia de feridas por pressão negativa (TPN); tubulação associada com TPN; bombas de balão intra-aórtico (BIA) envolvendo cânulas e tubos/linhas; moldes de gesso incluindo contato total fundição para eliminar lesões neuropáticas.
Próteses e órteses	próteses acima e abaixo do joelho; órtese de joelho (suspensórios); órteses de tornozelo.
Dispositivos cirúrgicos	fórceps; ferramentas; instrumentos.
Dispositivos e objetos diversos	bandagens; pulseiras de identificação no pulso/tornozelo; canetas/tesouras/lanternas/outras itens pessoais do profissional de saúde (deixados inadvertidamente nas camas).
Mobiliário hospitalar	estrados; apoios para os pés e quaisquer outros apoios.
Componentes de dispositivo que são removidos antes do uso	elementos de embalagem, por ex. topos de seringas.

Tipo do Documento:	<b>PROTOCOLO ASSISTENCIAL</b>	PRT.DIVE.007 - PÁGINA 27 de 50	
Título do Documento:	<b>PREVENÇÃO DE LESÕES POR PRESSÃO</b>	Emissão: 16/05/2025	Próxima revisão: 16/05/2027
		VERSÃO: 05	

**Quadro 9: Objetos que podem causar LP:**

<b>Objetos sem finalidade médica direta/propriedade do paciente ou de terceiro</b>
Celulares/telefones celulares; jóias; aparelhos auditivos; óculos; controles remotos; material de escritório
Qualquer coisa em que o paciente se sente/deite que seja um objeto estranho, como uma escova de cabelo

Lesão por Pressão em Membranas Mucosas: encontrada quando há histórico de uso de dispositivos médicos no local do dano. Devido à anatomia do tecido, essas lesões não podem ser estadiadas.

**Avaliação de risco**

A avaliação da pele para prevenção de lesão por pressão relacionada a dispositivo médicos deve contemplar:

- Inspeção: para pacientes alertas o enfermeiro deverá estar atento à posição do dispositivo e perguntar se há dor, desconforto ou qualquer sensação incomum sob o dispositivo. No caso de pacientes que apresentam função neurovascular prejudicada sob o dispositivo (diminuição da sensibilidade) ou não podem verbalizar desconforto, o julgamento clínico é especialmente importante para avaliação de sinais não verbais, como expressões faciais de desconforto ou agitação.
- Palpação: a palpação deve ser realizada em regiões de difícil visualização. Um exemplo é o caso do uso de colar cervical, com a movimentação do pescoço impedida. A palpação da região occipital deve ocorrer durante a movimentação em bloco com equipe treinada. Uma lesão nesta região pode ocasionar pequeno sangramento que ficará mascarado no cabelo, dificultando a sua visualização.

**Medidas para Prevenção:**

- Escolher o tamanho do dispositivo de acordo com as características do paciente.
- Documente o dispositivo e seu nível de risco.
- Questionar a necessidade de manter o uso do dispositivo ou sua substituição diariamente.
- Considerar a aplicação de cobertura de espuma multicamadas com bordas de silicone de proteção para reduzir cisalhamento e fricção.
- Diminuir a umidade da pele na região com uso de protetor cutâneo spray.
- Remover ou mover o dispositivo diariamente para avaliar a pele, realizar inspeção a cada 8 a 12h.
- Reposicionar periodicamente o dispositivo para redistribuir a pressão e diminuir o cisalhamento.
- Evitar a colocação de dispositivo sobre locais de pressão com ulceração preexistente.
- Trabalhar em equipe multiprofissional: realizar educação continuada sobre o uso correto dos dispositivos e as medidas de prevenção de ruptura da pele.
- Avaliar a fixação do dispositivo ou método de fixação, assim como verificar a tensão e ajustar, se necessário, como em caso de edema.

Tipo do Documento:	<b>PROTOCOLO ASSISTENCIAL</b>	PRT.DIVE.007 - PÁGINA 28 de 50	
Título do Documento:	<b>PREVENÇÃO DE LESÕES POR PRESSÃO</b>	Emissão: 16/05/2025	Próxima revisão: 16/05/2027
		VERSÃO: 05	

- Trocar o oxímetro para alívio da pressão do leito ungueal a cada 2 horas.
- Inspeccione a pele sob o dispositivo duas vezes diariamente e mais frequentemente em pacientes que são vulneráveis a mudanças de fluidos ou com edema geral ou localizado.
- Use o esquema de classificação NPIAP.
- Considerar que lesões por pressão em mucosa não são estadiadas.

### CONCEITO, NOMENCLATURA E CLASSIFICAÇÃO DE DERMATITE ASSOCIADA À INCONTINÊNCIA

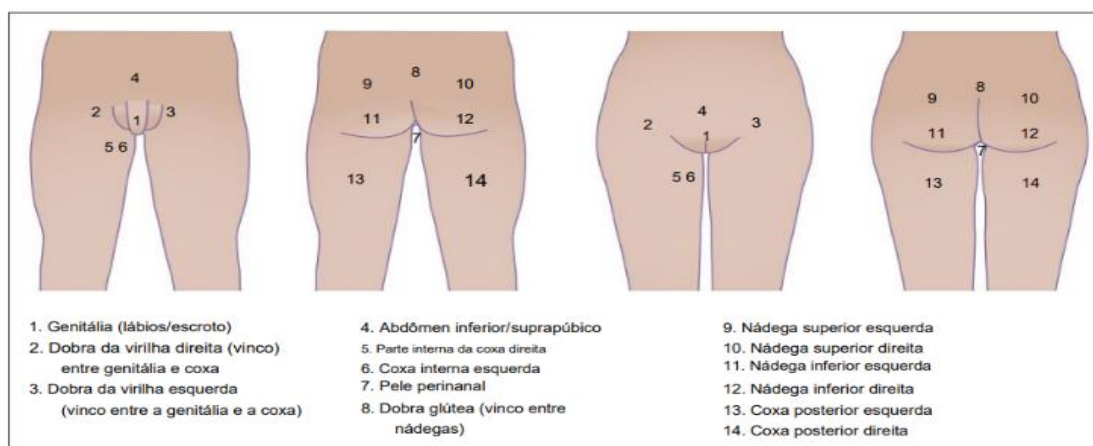
Dermatite associada à incontinência (DAI) é um tipo específico de dermatite de contato irritante causada pelo contato prolongado da pele com urina e/ou fezes e fricção (Beeckmam, 2018).

É uma inflamação da pele, geralmente limitada à área perianal e glútea, coxas, genitália externa e áreas suprapúbica, apresentando-se como lesões superficiais, difusas, de margens irregulares e sem presença de necrose seca, porém, podem apresentar esfacelo. Caracteriza-se por hiperemia, edema, ardor, prurido, dor e escoriações, e pode ser acometida por infecções oportunistas (Zulkowski, 2013; Pather *et al.*, 2017, Wounds Internaticonal, 2015).

Pacientes com DAI são suscetíveis a infecções secundárias de pele, sendo a candidíase uma das infecções secundárias mais comuns associadas à DAI. Um único estudo descobriu que 32% dos pacientes com DAI tinham uma erupção cutânea indicativa de infecção fúngica (Wounds International, 2015)

A distribuição da pele afetada na DAI é variável e pode se estender bem além do períneo (Figura 3).

**Figura 3: Regiões da pele que podem ser afetadas por DAI**



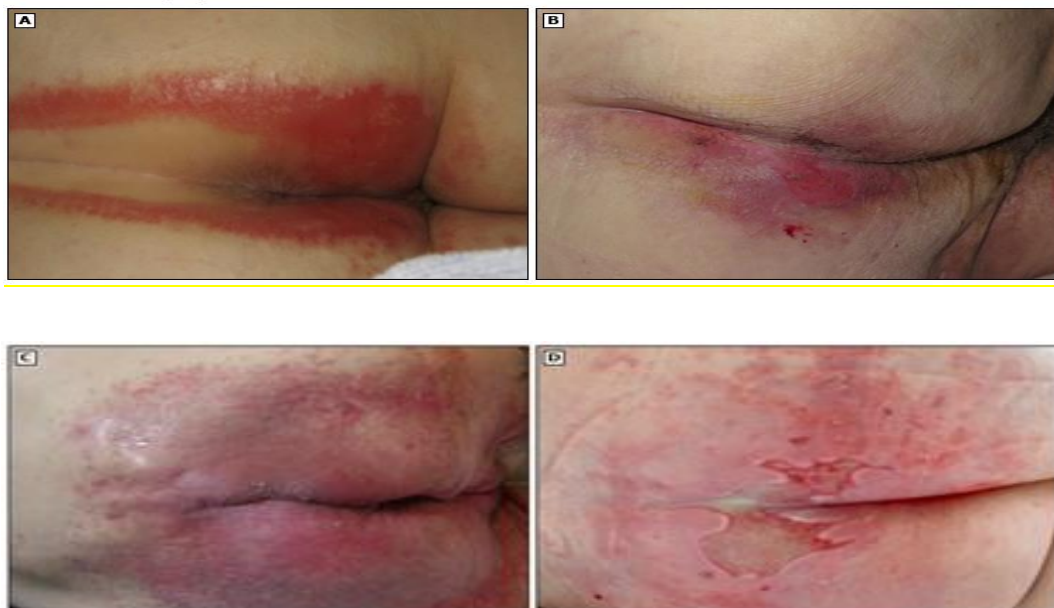
Fonte: Wounds International, 2015

Tipo do Documento:	<b>PROTOCOLO ASSISTENCIAL</b>	PRT.DIVE.007 - PÁGINA 29 de 50	
Título do Documento:	<b>PREVENÇÃO DE LESÕES POR PRESSÃO</b>	Emissão: 16/05/2025	Próxima revisão: 16/05/2027
		VERSÃO: 05	

A avaliação e classificação correta da DAI por meio de instrumento norteia e uniformiza a avaliação, são classificadas em categorias conforme *Ghent Global DAI Categorization Tool* (GLOBIAD), escala utilizada mundialmente para avaliação da DAI, a saber: (Figura 4)

- Categoria 1: hiperemia sem perda da integridade da pele. É uma área localizada de pele íntegra, porém, com hiperemia persistente, associada à exposição à umidade, podendo apresentar vários tons de rubor. É comum pacientes com pele mais escura apresentarem a área afetada mais pálida ou mais escura ou púrpura. Sendo ainda subdivididas em 1A: eritema persistente **sem sinais clínicos** de infecção e 1B: eritema persistente **com sinais clínicos** de infecção.
- Categoria 2: hiperemia e perdas da integridade cutânea. É uma perda parcial da espessura dérmica, manifestada por lesão superficial, que pode ser resultante do rompimento de flictenas, ou da desnudação ou erosão da pele. As margens da pele perilesional frequentemente estão maceradas, com uma coloração branco-amarelada. Sendo ainda subdivididas em 2A: eritema persistente **sem sinais clínicos** de infecção e 2B: eritema persistente **com sinais clínicos** de infecção.

Figura 4: Categorização da DAI



A: DAI categoria 1A, B: DAI categoria 2A, C: DAI categoria 1B, D: DAI: categoria 2B.

Fonte: UpToDate

### INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DOS FATORES DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DE DAI

A avaliação de fatores de risco para DAI deve estar amparada no instrumento *Perineal Assessment Tool*, traduzido e validado para língua portuguesa por Brandão *et al.*, 2018. (Tabela 1, abaixo):

Tipo do Documento:	<b>PROTOCOLO ASSISTENCIAL</b>	PRT.DIVE.007 - PÁGINA 30 de 50	
Título do Documento:	<b>PREVENÇÃO DE LESÕES POR PRESSÃO</b>	Emissão: 16/05/2025	Próxima revisão: 16/05/2027
		VERSÃO: 05	

**Tabela 1: Perianal assessment tool**

	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
<b>Intensidade do irritante:</b> Tipo e consistência do irritante	Fezes líquidas com ou sem urina	Fezes amolecidas/pastosas com ou sem urina	Fezes e/ou urina formadas
<b>Duração do irritante:</b> Tempo de exposição da pele ao irritante	Troca de lençol ou fralda ao menos a cada 2 horas	Troca de lençol ou fralda ao menos a cada 4 horas	Troca de lençol ou fralda ao menos a cada 8 horas
<b>Condição da pele perineal:</b> integridade da pele	Desnudada com erosão, com ou sem dermatite	Eritema/ dermatite com ou sem candidíase	Ínrtegra e sem alteração de coloração.
<b>Fatores contribuintes (diarréia):</b> Albumina sérica baixa , uso de antibióticos, cateteres de alimentação ou infecção por Clostridium difficile e outros	Três ou mais faores contribuintes	Dois ou mais fatores contribuintes	Nenhum ou um fator contribuinte
<b>RISCO</b>	<b>MAIOR:12</b>	<b>MODERADO:7-8</b>	<b>MENOR: 4</b>

Fonte: Brandão *et al.*,2018.

**Observação:** se o paciente não for incontinente, a lesão não é DAI.

É necessário diagnóstico diferencial para distinguir DAI de lesão por pressão. A avaliação depende da observação clínica e da inspeção visual. (Tabela 2)

**Tabela 2: Diferenciação de DAI de lesão por pressão**

PARÂMETRO	DAI	LESÃO POR PRESSÃO
HISTÓRIA	Incontinencia (urniária e/ou fecal)	Pressão/ cisalhamento
SINTOMAS	Dor, queimação, coceira, formigamento	Dor
LOCALIZAÇÃO	Vide figura 1. Pode estender sobre proeminencia óssea	Sobre proeminência óssea ou sob dispositivo médico
FORMA/BORDAS	Difusa	Bordas distintas
APRESENTAÇÃO/ PROFUNDIDADE	Pele intacta com eritema branqueável ou não branqueável, com/ sem perda superficial de espessura pacrcial da pele	Pele intacta com eritema que não embranquece ate perda total da espessura da pele. A bse da ferida pode conter tecido não viável
OUTRO	Pode haver infecção cutânea superficial secundária	Pode haver infecção secundária de tecidos moles

Fonte: Wounds international , 2015.

Tipo do Documento:	<b>PROTOCOLO ASSISTENCIAL</b>	PRT.DIVE.007 - PÁGINA 31 de 50	
Título do Documento:	<b>PREVENÇÃO DE LESÕES POR PRESSÃO</b>	Emissão: 16/05/2025	Próxima revisão: 16/05/2027
		VERSÃO: 05	

Extremos de idade possuem maior propensão em desenvolver DAI devido às características da pele e condição de saúde alterada.

## **PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA DAI**

### **GERENCIE A INCONTINÊNCIA:**

- Identificar e tratar causas reversíveis para reduzir, ou idealmente eliminar o contato da pele com urina e fezes.
- Utilizar dispositivos médicos: coletores urinários ou sondas retais conforme avaliação clínica.
- Utilizar fraldas absorventes e de tamanho adequado ao paciente.
- Conferir fralda do paciente a cada reposicionamento no leito, nos casos de pacientes com cognitivo prejudicado.
- Não utilizar fralda de pano.
- Trocar fralda imediatamente mediante fezes ou urina.
- Manter lençóis limpos e secos.
- Manter a pele limpa e seca com atenção especial às pregas cutâneas.
- Aparar pelos da região pubiana.
- Avaliar diariamente a pele.
- Atentar para outras fontes de umidade: extravasamento de fluidos de drenos sobre a pele, exsudato feridas, transpiração e extravasamento de linfa.

### **IMPLEMENTAR REGIME ESTRUTURADO DE CUIDADOS COM A PELE: limpeza e proteção da pele:**

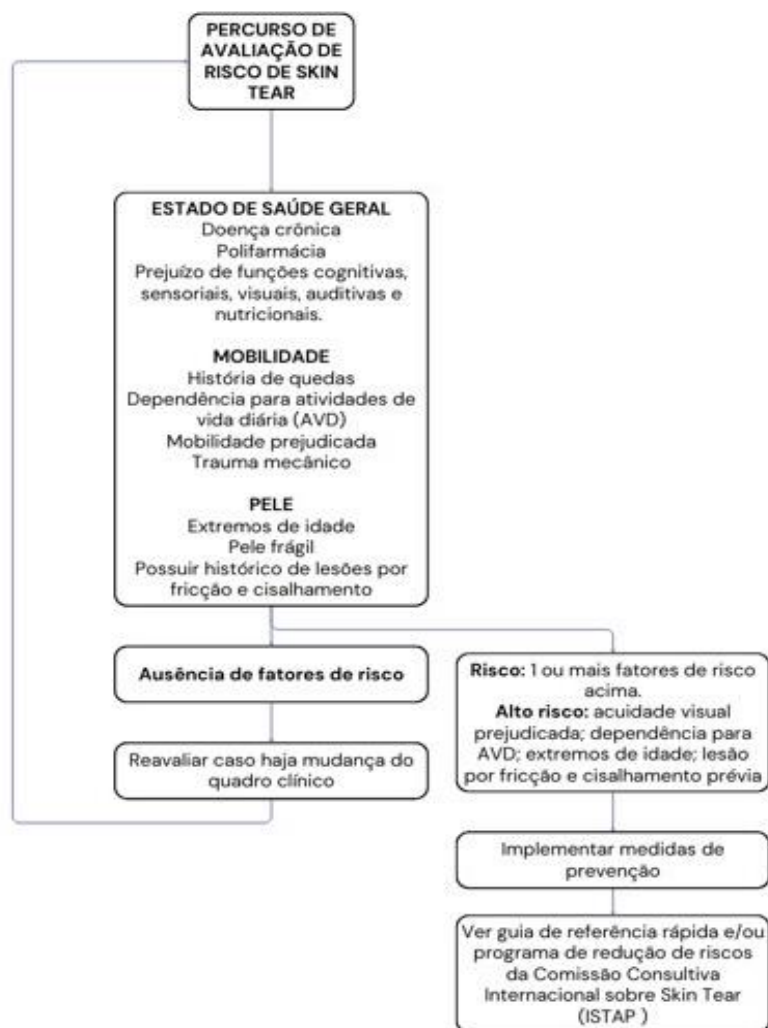
- Considerar fatores de risco como uso de antibioticoterapia, ausência de sonda vesical de demora, uso de fralda, alimentação enteral, consistência e frequência da eliminação.
- Avaliar a pele em risco diariamente.
- Limpar a pele da região íntima a cada troca de fraldas sem friccionar o local: utilizar de sabão com pH neutro com água morna e compressa macia ou utilizar limpador cutâneo sem enxágue quando o paciente estiver internado na unidade de terapia intensiva conforme POP.TEC.DIVE.FCM.02.16.
- Secar suavemente a pele com pequenos toques sem esfregar.
- Aplicar protetor cutâneo spray conforme POP.TEC.DIVE.FCM 01.2.
- Aplicar fina camada de óxido de zinco nas próximas trocas de fralda, após limpeza da pele em que não será aplicado protetor cutâneo.

**Observação:** deve-se destacar que não há na literatura indicação para a aplicação de ácidos graxos essenciais (AGE) na região de fraldas, uma vez que a pele está susceptível ao excesso de umidade externo e o AGE atuaria como uma barreira oleosa retendo a água no extrato córneo, ocasionando umidade excessiva local e predispondo à ruptura da barreira da pele. Dessa forma, não está autorizado o uso desse insumo para região de fraldas.

Tipo do Documento:	<b>PROTOCOLO ASSISTENCIAL</b>	PRT.DIVE.007 - PÁGINA 32 de 50	
Título do Documento:	<b>PREVENÇÃO DE LESÕES POR PRESSÃO</b>	Emissão: 16/05/2025	Próxima revisão: 16/05/2027
		VERSÃO: 05	

## PREVENÇÃO DE LESÃO POR FRICÇÃO

### Algoritmo 1: avaliação do paciente quanto ao risco para desenvolver lesão por fricção:



Fonte: Leblanc, et al., 2013

As lesões denominadas lesões por fricção são definidas pelo *International Skin Tear Advisory Panel* (ISTAP) dentro do conceito amplo que engloba lesões advindas de cisalhamento, fricção ou contusão que ocasionam separação das camadas da pele. Podem ser classificadas em separação parcial ou total.

Na primeira, há separação entre epiderme e derme, na segunda, separação tanto da epiderme quanto da derme. O algoritmo abaixo auxilia na avaliação do paciente quanto ao risco para desenvolvimento desse tipo de lesão.

Tipo do Documento:	<b>PROTOCOLO ASSISTENCIAL</b>	PRT.DIVE.007 - PÁGINA 33 de 50	
Título do Documento:	<b>PREVENÇÃO DE LESÕES POR PRESSÃO</b>	Emissão: 16/05/2025	Próxima revisão: 16/05/2027
		VERSÃO: 05	

As medidas de prevenção devem ser realizadas de acordo com:

### Estado geral de saúde

- Avaliar o estado cognitivo.
- Orientar individualmente aos cuidadores quanto a segurança, precauções e risco de LP.
- Proteger o indivíduo de automutilação quando possível, mobilidade e cuidados com a pele.
- Encaminhar ao nutricionista para otimizar nutrição e hidratação.
- Estimular e acompanhar nutrição e ingestão de líquidos mais adequadas a idade e estado fisiológico.
- Aumentar a ingestão de líquidos conforme apropriado.
- Monitorizar efeitos de polifarmácia na pele, com orientações de equipe multidisciplinar.
- Proporcionar um ambiente seguro.
- Implementar um programa de avaliação de redução de quedas.
- Avaliar calçados.
- Assegurar que os indivíduos evitem uso de roupas que possam ferir a pele (p.ex., roupa muito apertada ou com zíper).

### Mobilidade

- Fornecer proteção contra trauma durante o atendimento de rotina e atividade da vida diária.
- Utilizar técnicas adequadas de transferências e reposicionamento.
- Promover um ambiente seguro.
- Educar individualmente os membros da equipe de enfermagem com técnicas adequadas de transferência e posicionamento.
- Utilizar técnicas de manuseio e equipamento seguro.
- Realizar o monitoramento e avaliação diária da pele para lesão por fricção.
- Promover cuidados especiais para pacientes com peso extremo (portadores de obesidade,baixo peso e caquexia).
- Criar um ambiente seguro e organizado.
- Certificar-se das técnicas de manuseio e equipamento seguro.
- Oferecer, às pessoas em risco, roupa de proteção, como camisas de mangas compridas, calças compridas, meias até o joelho, almofadas para proteção dos cotovelos.
- Garantir ambiente seguro: forrar cadeira de rodas, remover equipamentos desnecessários do meio ambiente, e manter ambiente bem iluminado.

Tipo do Documento:	<b>PROTOCOLO ASSISTENCIAL</b>	PRT.DIVE.007 - PÁGINA 34 de 50	
Título do Documento:	<b>PREVENÇÃO DE LESÕES POR PRESSÃO</b>	Emissão: 16/05/2025	Próxima revisão: 16/05/2027
		VERSÃO: 05	

### Cuidados com a pele

- Aplicar hidratante sem perfume após o banho com a pele ainda úmida e não molhada (hidratação duas vezes ao dia).
- Utilizar água morna no banho.
- Utilizar sabão líquido com pH de preferência ácido para limpeza da pele.
- Evitar produtos de adesivos na pele frágil: caso seja necessário utilizar fitas de silicone, de camada de contato não aderente, curativo de espuma não aderente ou outros curativos tópicos formulados especificamente para manejo de LP, assegurar a remoção no sentido correto com auxílio de removedor de adesivos.
- Manter as unhas curtas da equipe de enfermagem e do paciente, removendo as pontas endurecidas para evitar autolesão na pele.
- Outras medidas:
- Monitorar rigorosamente a recorrência de lesão por pressão e demais lesões citadas neste protocolo.
- Enfatizar os esforços contínuos nas medidas de prevenção e tratamento.
- Deve-se atuar sobre os fatores associados à ausência de resposta ou recorrência de lesão por pressão, quais sejam:
  - Desnutrição,
  - processos infecciosos,
  - insuficiência arterial ou venosa,
  - má adesão às medidas preventivas e agravos associados.
- Educar pacientes, cuidadores e profissionais de saúde envolvidos na assistência sobre a prevenção e os fatores que contribuem para a recidiva dessas lesões.
- Realizar plano de cuidados para alta hospitalar, visando à continuidade dos cuidados no domicílio - ou em outro serviço de saúde, no caso de transferência.

### MONITORAMENTO DE INDICADORES DE ESTRUTURA, PROCESSO E RESULTADO

O monitoramento é fundamental à Instituição e à gestão das práticas preventivas adotadas às lesões por pressão, constituindo-se em indicadores de qualidade. Conforme recomendações da NPIAP, 2019 e ANVISA, 2023 devemos monitorar indicadores de estrutura, processo e resultado, a saber:

Indicadores de estrutura:

- A Instituição deve assegurar um plano de cuidado de qualidade voltado à prevenção e instituir programa de melhoria da qualidade estruturado, adequado e multifacetado para a redução da incidência de lesão por pressão, incluindo a disponibilidade, qualidade e padrões de utilização do equipamento para prevenção.
- Possuir Protocolo de Prevenção de Lesão por Pressão que contenha as melhores práticas em acordo com a realidade Institucional.

Tipo do Documento:	<b>PROTOCOLO ASSISTENCIAL</b>	PRT.DIVE.007 - PÁGINA 35 de 50	
Título do Documento:	<b>PREVENÇÃO DE LESÕES POR PRESSÃO</b>	Emissão: 16/05/2025	Próxima revisão: 16/05/2027
		VERSÃO: 05	

- Subsidiar a participação dos profissionais de saúde em ações de formação frequentes sobre prevenção e tratamento de lesões por pressão.
- Disponibilizar um profissional de saúde especializado como parte do programa de prevenção e tratamento das lesões por pressão.

#### Indicadores de processo:

- Aplicar a avaliação estruturada de risco para desenvolver lesão por pressão (Braden, Braden Q, Braden Q/D e ELPO) em todos os pacientes hospitalizados: na admissão; mediante transferência de cuidado ou mudança no quadro clínico e periodicamente a cada 24 horas.
- Registrar a avaliação estruturada de risco para desenvolver LP no AGHU: evolução de enfermagem e/ou aba controles.
- Instituir um plano de prevenção e/ou tratamento individualizado considerando a classificação do risco para desenvolver lesão por pressão.
- Documentar a avaliação estruturada de risco e plano de prevenção individualizado no AGHU, conforme norma institucional.
- Documentar no AGHU o progresso da cicatrização de pacientes que desenvolveram ou foram admitidos com LP, concomitante ao plano de tratamento individualizado.
- Realizar avaliação da dor e nutricional nos pacientes em risco e com LP e, quando aplicável, um plano nutricional deve ser implementado e avaliado, sendo devidamente documentado no AGHU.
- Orientar o paciente e seu familiar/cuidador com LP ou em risco de desenvolver quanto à prevenção e tratamento das LP, treino de competências de autocuidado e apoio psicossocial.
- Estimular a prática de notificação no Vigihosp dos incidentes relacionados à assistência à saúde, especialmente das lesões por pressão.
- Analisar as taxas de LP e realizar relatório periódico para embasamento de ações de melhorias Institucional.

#### Indicadores de resultado:

Os indicadores de resultado fornecem informações sobre a efetividade das medidas preventivas e devem ser comunicados aos interessados regularmente.

- Percentual (%) de pacientes submetidos a avaliação de risco para lesão por pressão na admissão.
- Percentual (%) de pacientes de risco recebendo cuidado preventivo apropriado para lesão por pressão.
- Percentual (%) de pacientes recebendo avaliação diária para risco de lesão por pressão.
- Incidência de lesão por pressão.
- Prevalência de lesão por pressão.

Tipo do Documento:	<b>PROTOCOLO ASSISTENCIAL</b>	PRT.DIVE.007 - PÁGINA 36 de 50	
Título do Documento:	<b>PREVENÇÃO DE LESÕES POR PRESSÃO</b>	Emissão: 16/05/2025	Próxima revisão: 16/05/2027
		VERSÃO: 05	

### CONFLITOS DE INTERESSE

Os participantes declaram não haver conflito de interesse.

### SIGLAS

NPUAP: National Pressure Ulcer Advisory Panel

SOBEST: Associação Brasileira de Estomaterapia

SOBEND: Sociedade Brasileira de Enfermagem em Dermatologia

ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária

AGHU: Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários

NPIAP: National Pressure Injury Advisory Panel

SOBECC: Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização

LPRDM: lesão por pressão relacionada a dispositivo médico

ECMO: circulação extracorporea

EEG: eletrocardiograma

PIC: pressão intracraniana

DVE: derivação ventricular

TPN: terapia por pressão negativa

BIA: balão intraortico

DAI: dermatite associada a incontinência

GLOBIAD: Ghent Global IAD Monitoring Tool

pH: potencial hidrogeniônico

AGE: ácidos graxos essenciais

ISTAP: Painel Consultivo Internacional para Lesões por Fricção

### REFERÊNCIAS

BEELE H.; SMET S.; DAMME N.V.; BEECKMAN D. **Incontinence-Associated Dermatitis: Pathogenesis, Contributing Factors, Prevention and Management Options.** Drugs & Aging [S.l.], v. 35, n. 1, p. 1–10, jan. 2018. DOI: 10.1007/s40266-017-0507-1. Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29243033/>.

Tipo do Documento:	<b>PROTOCOLO ASSISTENCIAL</b>	PRT.DIVE.007 - PÁGINA 37 de 50	
Título do Documento:	<b>PREVENÇÃO DE LESÕES POR PRESSÃO</b>	Emissão: 16/05/2025	Próxima revisão: 16/05/2027
		VERSÃO: 05	

MEIRELLES, L. C. S. et al. **Incidência de dermatite associada à incontinência em pacientes de unidade de internação clínica.** *Revista Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 28, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2020.51323>. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/51323>.

BEECKMAN, D. et al. **Incontinence- associated dermatitis: moving prevention forward.** *Wounds int.* [Internet], 2015 [cited 2018 May 31]; 1-24. Available from: <https://www.woundsinternational.com/resources/details/incontinence-associated-dermatitis-moving-prevention-forward>.

BLACK, J.M. et al. **Pressure ulcers: avoidable or unavoidable? Results of the National Pressure Ulcer Advisory Panel Consensus Conference.** *Ostomy Wound Manage, USA*, v. 57, n.1, p. 24-37, fev. 2011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21350270/>.

BRANDÃO, A. C. M. A. G. et al.; **Adaptação do instrumento “Perineal Assessment Tool” para a cultura brasileira.** *ESTIMA, Braz. J. Enterostomal Therapy.*, São Paulo, v. 16, e0618, 2018. DOI: 10.30886/estima.v16.397\_PT. Disponível em: [https://www.revistaestima.com.br/estima/article/download/397/pdf\\_1/1196](https://www.revistaestima.com.br/estima/article/download/397/pdf_1/1196).

DOMANSKY, R.C.; BORGES, E.L. et al. **Manual para Prevenção de Lesões de Pele: recomendações baseadas em evidências.** 1.ed. Rio de Janeiro, Editora Rubio Ltda 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013.** [Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)]. [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, p. 43, 2 abr 2013. [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html). Acesso em: 03 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. **Resolução RDC Nº 36, de 25 de julho de 2013.** [Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências]. [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 jul. 2013. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036\\_25\\_07\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html). Acesso em: jun. 2023.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa. **Nota técnica GVIMS/GGTES No 03/2017.** Práticas seguras para prevenção de Lesão por Pressão em serviços de saúde. [Internet]. Brasília, 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt->

Tipo do Documento:	<b>PROTOCOLO ASSISTENCIAL</b>	PRT.DIVE.007 - PÁGINA 38 de 50	
Título do Documento:	<b>PREVENÇÃO DE LESÕES POR PRESSÃO</b>	Emissão: 16/05/2025	Próxima revisão: 16/05/2027
		VERSÃO: 05	

[br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/notas-tecnicas-vigentes/nota-tecnica-gvims-ggtes-no-03-2017.pdf/view](https://centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/notas-tecnicas-vigentes/nota-tecnica-gvims-ggtes-no-03-2017.pdf/view). Acesso em: 20 fev. 2024.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Pacientes pela segurança do paciente em serviços de saúde: Como posso contribuir para aumentar a segurança do paciente? Orientações aos pacientes, familiares e acompanhantes.** [Internet]. Brasília: Anvisa, 2017. Disponível em: [guia-como-posso-contribuir-para-aumentar-a-seguranca-do-paciente-orientacoes-aos-pacientes-familiares-e-acompanhantes www.gov.br](http://www.gov.br/ansv)). Acesso em: 20 fev. 2024.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Práticas de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Prevenção de Lesão por Pressão. Nota Técnica nº 05/2023.** [Internet]. Brasília: ANVISA, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/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/view>. Acesso em: 24 jul. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN nº 567/2018.** [Regulamenta a atuação da equipe de enfermagem no cuidado aos pacientes com ferida]. [Internet]. Brasília, 2018. Disponível em: [http://mt.corens.portalcofen.gov.br/resolucao-cofen-no-567-2018\\_6097.html](http://mt.corens.portalcofen.gov.br/resolucao-cofen-no-567-2018_6097.html). Acesso em: 16 fev. 2024.

CAMPOS, M. G. C. A. C. et al. **Feridas complexas e estomias: aspectos preventivos e manejo clínico.** João Pessoa: Ideia, 2016. 398 p.: il.

FARIA, K. M. R. D.; SILVA, V. A. D.; MAGALHÃES, R. F.; ALVES, D. F. D. S. **Medidas de prevenção e tratamento de dermatite associada à incontinência: elaboração de um protocolo para uma assistência segura.** Congresso Paulista de Estomaterapia, [S. l.], 2022. Disponível em: <https://anais.sobest.com.br/cpe/article/view/215>. Acesso em: 27 fev. 2024.

GALETTO, S.G.S., NASCIMENTO, E.R.P., HERMIDA, P.M.V., Malfussi, L.B.H. **Medical Device-Related Pressure Injuries: an integrative literature review.** Rev Bras Enferm. 2019;72(2):505-12. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0530>. Acesso em: 09 fev. 2024.

GUIMARÃES, Maria Clara Salomão e Silva. **Prevenção e tratamento de lesões por pressão em contexto hospitalar por meio de aplicação das estratégias de governança clínica.** 2020. Tese (Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde) – Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de

Tipo do Documento:	<b>PROTOCOLO ASSISTENCIAL</b>	PRT.DIVE.007 - PÁGINA 39 de 50	
Título do Documento:	<b>PREVENÇÃO DE LESÕES POR PRESSÃO</b>	Emissão: 16/05/2025	Próxima revisão: 16/05/2027
		VERSÃO: 05	

Enfermagem, Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços, Belo Horizonte, 2020. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/33137>.

LEBLANC, K.; BARANOSKI, S. **Skin Tears: State of the Science: consensus statements for the prevention, prediction, assessment, and treatment of skin tears**. Adv Skin Wound Care, v. 24, n. 9, p. 2-15, sep. 2011. DOI: 10.1097/01.ASW.0000405316.99011.95. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21876389>. Acesso em: 23 jul. 2022.

MAIA, A. C. A. R. et al. **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, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 406-414, set. 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-05822011000300016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpp/a/kcWh5sz6wThsSdsXDQVrygb/>. Acesso em: 09 fev. 2024.

NATIONAL PRESSURE INJURY ADVISORY PANEL; EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL; PAN PACIFIC PRESSURE INJURY ALLIANCE. **Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide**. 3.ed. [Internet]. Cambridge Media: Osborne Park, Western Australia, 2019. Disponível em: [https://www.biosanas.com.br/uploads/outros/artigos\\_cientificos/127/956e02196892d7140b9bb3cdf116d13b.pdf](https://www.biosanas.com.br/uploads/outros/artigos_cientificos/127/956e02196892d7140b9bb3cdf116d13b.pdf). Acesso em: 09 fev. 2024.

NATIONAL PRESSURE INJURY ADVISORY PANEL; EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL; PAN PACIFIC PRESSURE INJURY ALLIANCE. **Pressure ulcers/injuries: definition and etiology**. In: Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Clinical Practice Guideline. 4. ed. [Internet]. 2025. Disponível em: <https://internationalguideline.com>.

PARANHOS, W. Y.; SANTOS, V. L. C. G. **Avaliação de risco para úlcera de pressão por meio da escala de Braden, na língua portuguesa**. Revista da Escola de Enfermagem da US, v.33, n.esp , p. 191-206, 1999.

POLETTI, L.; MASSING, P. C.; ANSCHAU, A. C. S.; OLIVEIRA, G. **Utilização da escala de evaruci para avaliar o risco de lesão por pressão**. Anuário Pesquisa e Extensão Unoesc São Miguel do Oeste, [S. l.], v. 7, p. e30527, 1 julh. 2022. Disponível em: <https://periodicos.unoesc.edu.br/apeusmo/article/view/30527>. Acesso em: 21 nov. 2023.

PROTOCOLO ASSISTENCIAL MULTIPROFISSIONAL: Prevenção e tratamento de lesão por pressão. Serviço de Educação em Enfermagem. Uberaba-MG: HC-UFTM/Ebserh, 2018. 26p. Disponível em:

Tipo do Documento:	<b>PROTOCOLO ASSISTENCIAL</b>	PRT.DIVE.007 - PÁGINA 40 de 50	
Título do Documento:	<b>PREVENÇÃO DE LESÕES POR PRESSÃO</b>	Emissão: 16/05/2025	Próxima revisão: 16/05/2027
		VERSÃO: 05	

<http://www2.ebserh.gov.br/documents/147715/0/Protocolo+Preven%2B%BA%2B%FAo+e+tratamento+de+LP+7.pdf/33eeb7da-aa00-464c-add3-2ff627d6d6f6>. Acesso em: 08 jul. 2020.

PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM – Prevenção e tratamento de úlcera por pressão. Hemório, 3ª Ed 2020. Disponível em [HTTP://www.hemorio.rj.gov.br/Html/pdf/Protocolo\\_ulcera.pdf](HTTP://www.hemorio.rj.gov.br/Html/pdf/Protocolo_ulcera.pdf). Acesso em: 09 fev. 2024.

PEIXOTO, C. A. et al. **Risk assessment for perioperative pressure injuries**. Revista Latino-Am. Enfermagem. [S.l.], v. 27, n. e31117, 20 DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2677-3117>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/ZLJQLYV5hDBTsXCrpqySsnL/?lang=en>. Acesso em: 23 jun. 2023.

RAYMUNDO, J. C. et al. **As escalas preditivas de risco de lesões por pressão: aplicabilidade na prática**. Congresso Paulista de Estomaterapia, [S. l.], 2021. ISSN 2764-3514. Disponível em: <https://anais.sobest.com.br/cpe/article/view/84>. Acesso em: 21 nov. 2023.

RODRIGUES, C. B. O. et al. **Ferramentas gerenciais no cuidado de enfermagem a criança com lesão por pressão**. Revista Brasileira de Enfermagem. [S.l.], v. 73, supl. 4, e20180999, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0999>. Acesso em: 16 fev. 2024.

SANTOS, V. B. et al. **Pacientes com COVID-19 em prona: validação de materiais instrucionais para prevenção de lesões por pressão**. Revista Brasileira de Enfermagem. [S.l.], v. 74 supl1, e20201185, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1185>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/xK7Fr3Jqv5tMzBxFLHPhY7w/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 09 fev. 2024.

SANTOS, S. V. et al. **Adaptação transcultural e validação do instrumento Braden QD Scale para uso em neonatos no Brasil**. Texto Contexto Enfermagem, [S.l.], v. 31, e20200442, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2022-0044pt>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/qtqbPTTrwtM4cTbsNsNRkQb/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 09 fev. 2024.

CURLEY, Martha A. Q. *et al.* **Predicting Pressure Injury Risk in Pediatric Patients: The Braden QD Scale**. JOURNAL OF PEDIATRICS. J Pediatr, v. 192, p. 189–195.e2, jan. 2018. DOI: [10.1016/j.jpeds.2017.09.045](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29246340/). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29246340/>.

Tipo do Documento:	<b>PROTOCOLO ASSISTENCIAL</b>	PRT.DIVE.007 - PÁGINA 41 de 50	
Título do Documento:	<b>PREVENÇÃO DE LESÕES POR PRESSÃO</b>	Emissão: 16/05/2025	Próxima revisão: 16/05/2027
		VERSÃO: 05	

SERNEKOS, L.A. **Nutritional treatment of pressure ulcers: what is the evidence?** Journal of the American Association of Nurse Practitioners, v. 25, n. 6, p. 281–288, jun. 2013. DOI: 10.1002/2327-6924.12025. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24170591/>.

SOBEST – Associação Brasileira de Estomaterapia. **Classificação das lesões por pressão: consenso National Pressure Ulcer Advisory Panel – 2016.** Adaptada para o Brasil. [Internet]. [S. l.]: SOBEST. Disponível em: [www.sobest.org.br](http://www.sobest.org.br). Acesso em: 16 fev. 2024.

SOUZA, M. F.; ZANEI, S. S.; WHITAKER, I. Y. **Risco de lesão por pressão em UTI: adaptação transcultural e confiabilidade da EVARUCI.** Acta Paul Enferm. São Paulo, v. 31, n. 2, mar.-abr. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800029>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/vvckHf6np6HRXRtSspdVdHD/>. Acesso em: 09 fev. 2024.

WOUND, Ostomy and Continence Nurses Society. **WOCN 2016 guideline for prevention and management of pressure injuries (ulcers).** Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing, v. 44, n. 3, p. 241–246, 2017.

LOPES, C. M. M. et al. **Assessment scale of risk for surgical positioning injuries.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, São Paulo, v. 24, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0644.2704>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/f9gwZMD7VZ9jVCXGVpTfc9C/?lang=en>.

PACHÁ, H. H. P. et al. **Pressure ulcer in intensive care units: a case-control study.** Revista Brasileira de Enfermagem [Internet], v. 71, n. 6, p. 3027–3034, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0950>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672018000603027](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000603027).

CURLEY, M.A.Q. et al. **Predicting pressure ulcer risk in pediatric patients: the Braden Q Scale.** Nursing Research, v. 52, p. 22–33, 2003. DOI: 10.1097/00006199-200301000-00004. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12552172/>.

CURLEY, M. A.; QUIGLEY, S. M.; LIN, M. Pressure ulcers in pediatric intensive care: incidence and associated factors. *Pediatric Critical Care Medicine*, v. 4, n. 3, p. 284–290, jul. 2003. DOI: <https://doi.org/10.1097/01.PCC.0000075559.55920.36>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12831408/>.



Tipo do Documento:	<b>PROTOCOLO ASSISTENCIAL</b>	PRT.DIVE.007 - PÁGINA 42 de 50	
Título do Documento:	<b>PREVENÇÃO DE LESÕES POR PRESSÃO</b>	Emissão: 16/05/2025	Próxima revisão: 16/05/2027
		VERSÃO: 05	

GRAY, M. **Which pressure ulcer risk scales are valid and reliable in a pediatric population?** J Wound Ostomy Continence Nurs, v. 31, n. 4, p. 157–160, jul./ago. 2004. DOI: 10.1097/00152192-200407000-00002. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15851856/>.

NOONAN, C.; QUIGLEY, S.; CURLEY, M. A. **Using the Braden Q Scale to predict pressure ulcer risk in pediatric patients.** *Journal of Pediatric Nursing*, v. 26, n. 6, p. 566–575, dez. 2011. DOI: 10.1016/j.pedn.2010.07.006. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22055377/>.

PUSPITASARI, J.D.; NURHAENI, N.; WALUYANTI, F.T. **Testing of Braden QD Scale for predicting pressure ulcer risk in the pediatric intensive care unit.** PEDIATRIC REPORTS. *Pediatr Rep*, v. 12, supl. 1, p. 8694, 2020. Disponível em: <http://doi.org/10.4081/pr.2020.8694>. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2036-7503/12/11/8694>.

Tipo do Documento:	<b>PROTOCOLO ASSISTENCIAL</b>	PRT.DIVE.007 - PÁGINA 43 de 50	
Título do Documento:	<b>PREVENÇÃO DE LESÕES POR PRESSÃO</b>	Emissão: 16/05/2025	Próxima revisão: 16/05/2027
		VERSÃO: 05	

## ANEXO 01 - RECOMENDAÇÕES PREVENTIVAS PARA LP / CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

### MEDIDAS DE PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO

<b>RISCO BAIXO</b>	<p><b>ESCALA DE BRADEN: 15 a 18 pontos</b>  <b>ESCALA DE BRADEN Q: 22 a 28 pontos</b>  <b>ESCALA DE ELPO: 5 a 19 pontos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• MANTER A PELE LIMPA</li> <li>• AVALIAR A UTILIZAÇÃO DE SABÃO NEUTRO OU LIMPADOR CUTÂNEO OU LENÇO PARA BANHO A BASE DE SIMETICONA</li> <li>• HIDRATAR A PELE DIARIAMENTE COM CREME DE URÉIA: APÓS O BANHO E MEDIANTE NECESSIDADE. NÃO FRICCIONAR A PELE</li> <li>• MANTER A PELE LIVRE DE UMIDADE: APLICAR PROTETOR CUTÂNEO SPRAY 1 X A CADA 72 HORAS OU CREME ÓXIDO DE ZINCO NAS TROCAS DE FRALDA SUBSEQUENTES À APLICAÇÃO DO PROTETOR CUTÂNEO EM CASOS DE INCONTINÊNCIA. NÃO FRICCIONAR A PELE NA APLICAÇÃO OU RETIRADA DO ÓXIDO DE ZINCO.</li> <li>• INSPECIONAR E PALPAR A PELE POR COMPLETO NAS ÁREAS DE PROEMINÊNCIA ÓSSEAS 1 X AO DIA</li> <li>• INSPECIONAR ÁREA EM CONTATO COM DISPOSITIVO MÉDICO 2 X AO DIA</li> <li>• RODIZIAR DISPOSITIVOS MÉDICOS A CADA 6 HORAS, MEDIANTE POSSIBILIDADE</li> <li>• AVALIAR NECESSIDADE DE FILME TRANSPARENTE EM PROEMINÊNCIAS ÓSSEAS EM LOCAIS LIVRES DE UMIDADE</li> <li>• MINIMIZAR EFEITOS DA FRICÇÃO E CISALHAMENTO</li> <li>• INCENTIVAR INGESTA ALIMENTAR E HÍDRICA, SE POSSÍVEL</li> <li>• AVALIAR E REGISTRAR A ACEITAÇÃO DA DIETA</li> <li>• COMUNICAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA: VÔMITO, ESTASE, DIARRÉIA</li> <li>• AVALIAR NECESSIDADE DE SUPLEMENTO PROTEICO</li> <li>• ESTIMULAR MOBILIZAÇÃO ATIVA</li> <li>• REPOSICIONAR O PACIENTE CONFORME PLANO DE REPOSICIONAMENTO INDIVIDUAL, SE NECESSÁRIO</li> <li>• UTILIZAR TRAÇADO MÓVEL PARA MOVIMENTAÇÃO PASSIVA NO LEITO, CASO NECESSÁRIO.</li> <li>• USO DE SUPERFÍCIES DE REDISTRIBUIÇÃO DE PRESSÃO PADRONIZADO NA INSTITUIÇÃO (VISCOELÁSTICO)</li> <li>• ORIENTAR PACIENTES E FAMILIARES/CUIDADORES QUANTO ÀS MEDIDAS PREVENTIVAS PARA LP</li> </ul>
<b>RISCO MODERADO</b>	<p><b>ESCALA DE BRADEN: 13 a 14 pontos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• CONTINUAR COM AS INTERVENÇÕES DO RISCO BAIXO</li> <li>• INSPECIONAR E PALPAR A PELE POR COMPLETO NAS ÁREAS DE PROEMINÊNCIA ÓSSEAS 2 X AO DIA</li> <li>• AVALIAR A UTILIZAÇÃO DE ESPUMA MULTICAMADAS EM REGIÃO SACRAL E TROCANTÉRICA</li> <li>• AVALIAR NECESSIDADE DE SUPLEMENTO PROTEICO E/OU ENTERAL</li> <li>• REPOSICIONAR O PACIENTE CONFORME PLANO DE REPOSICIONAMENTO INDIVIDUAL, UTILIZAÇÃO DE COXINS, NO MÍNIMO A CADA 2 HORAS</li> <li>• ESTABELECEER PLANO DE REPOSICIONAMENTO DOS CALCANHARES</li> <li>• UTILIZAR DE LEMBRETES PARA REPOSICIONAMENTO DO CORPO BEIRA LEITO (RELÓGIOS)</li> <li>• MANTER CABECEIRA ELEVADA NO MÁXIMO A 30º, SE POSSÍVEL</li> <li>• REAPLICAR O BRADEN MEDIANTE ALTERAÇÃO NO QUADRO CLÍNICO/ TRANSFERÊNCIAS</li> <li>• INSTITUIR SUPERFÍCIE DE SUPORTE VISCOELÁSTICO OU COLCHÃO PNEUMÁTICO, SE NECESSÁRIO</li> </ul>
<b>RISCO ELEVADO</b>	<p><b>ESCALA DE BRADEN: 10 a 12 pontos</b>  <b>ESCALA DE ELPO: 20 a 35 pontos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• CONTINUAR COM AS INTERVENÇÕES DO RISCO MODERADO</li> <li>• INSPECIONAR E PALPAR A PELE POR COMPLETO NAS ÁREAS DE PROEMINÊNCIA ÓSSEAS 3 X AO DIA</li> <li>• UTILIZAR ESPUMA MULTICAMADAS EM PONTOS DE MAIOR PRESSÃO</li> <li>• PROTEGER A ESPUMA MULTICAMADAS DURANTE O BANHO</li> <li>• UTILIZAR DE COXINS DE ESPUMA ESPECÍFICA PARA FACILITAR A LATERALIZAÇÃO A 30º</li> </ul>
<b>RISCO MUITO ELEVADO</b>	<p><b>ESCALA DE BRADEN ≤9 pontos</b>  <b>ESCALA DE BRADEN Q: 7 a 21 pontos</b>  <b>ESCALA DE ELPO: 20 a 35 pontos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• CONTINUAR COM AS INTERVENÇÕES DE RISCO ELEVADO</li> <li>• AVALIAR NECESSIDADE DE SUPLEMENTO PROTEICO E/OU ENTERAL E/OU PARENTERAL</li> <li>• MANEJO DA DOR</li> <li>• FAZER PEQUENAS DESCOMPRESSÕES OU ANGULAÇÕES MENORES SE HOVER INSTABILIDADE HEMODINÂMICA OU VENTILATÓRIA</li> </ul>

\*Todas as medidas devem ser registradas em prontuário eletrônico, AGHU. Recomendações adaptadas à realidade da Instituição



Tipo do Documento:	<b>PROTOCOLO ASSISTENCIAL</b>	PRT.DIVE.007 - PÁGINA 45 de 50	
Título do Documento:	<b>PREVENÇÃO DE LESÕES POR PRESSÃO</b>	Emissão: 15/05/2025	Próxima revisão: 15/05/2025
		VERSÃO: 05	

### ANEXO 03 - ESCALA DE BRADEN

<b>Percepção sensorial:</b> capacidade de reagir a pressão relacionada com desconforto	<b>1-Totalmente limitado:</b> não reage (não geme, não se esquivava nem se agarra) a estímulo doloroso devido a redução do nível de consciência ou a sedação, ou capacidade ilimitada de sentir dor na maior parte do corpo	<b>2-Muito limitado:</b> reage apenas a estímulos dolorosos, incapaz de comunicar desconforto exceto por gemidos ou agitação. Ou apresenta algum déficit sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo	<b>3-Levemente limitado:</b> responde a comando verbal, mas nem sempre é capaz de comunicar desconforto ou necessidade de ser mudado de posição, ou tem certo grau de déficit sensorial que limita sua capacidade de sentir desconforto em uma ou ambas as extremidades	<b>4-Nenhuma limitação:</b> responde a comandos verbais, não tem déficit sensorial que limitaria sua capacidade de andar ou verbalizar dor ou desconforto
<b>Umidade:</b> nível ao qual a pele está exposta a umidade	<b>1-Completamente molhado:</b> a pele é mantida molhada quase constantemente por transpiração, urina etc. Umidade é detectada ao movimentar-se do paciente	<b>2-Muito molhado:</b> a pele está frequentemente, mas nem sempre, molhada. A roupa de cama precisa ser trocada pelo menos uma vez por turno	<b>3-Ocasionalmente molhado:</b> a pele fica ocasionalmente molhada, requerendo uma troca extra da roupa de cama por dia	<b>4-Raramente molhada:</b> pele geralmente seca, e a troca da roupa de cama só é necessária nos horários de rotina
<b>Atividade:</b> grau de atividade física	<b>1-Acamado:</b> confinado ao leito.	<b>2-Confinado à cadeira:</b> capacidade de andar está seriamente limitada ou inexistente. Não é capaz de sustentar o próprio peso e/ou precisa de ajuda para sentar-se	<b>3-Caminha ocasionalmente:</b> anda ocasionalmente durante o dia, embora distâncias muito curtas com ou sem ajuda; passa a maior parte do tempo no leito ou na cadeira	<b>4-Anda frequentemente:</b> fora do quarto pelo menos duas vezes ao dia, e dentro do quarto pelo menos a cada 2h quando está acordado
<b>Mobilidade:</b> capacidade de mudar e controlar a posição do corpo	<b>1-Totalmente imóvel:</b> não faz nem mesmo pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou extremidades sem ajuda	<b>2-Bastante limitado:</b> faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou extremidades, mas é incapaz de fazer mudanças frequentes ou significativas na posição do corpo ou extremidades	<b>3-Levemente limitado:</b> faz mudanças frequentes, embora pequenas, na posição do corpo ou das extremidades, sem ajuda	<b>4-Não apresenta limitação:</b> faz mudanças importantes e frequentes na posição, sem auxílio
<b>Nutrição:</b> pedido usual de consumo alimentar	<b>1-Muito insatisfatório:</b> nunca ingere uma refeição completa, raramente come 1/3 do alimento oferecido. Come 2 porções ou menos de proteínas (carne ou laticínios) por dia. Ingere pouco líquido. Ou é mantido em jejum e/ou com dieta líquida ou hidratação IV por mais de 5 dias	<b>2-Provavelmente inadequado:</b> raramente ingere uma refeição completa e em geral come cerca de metade do alimento oferecido. Ingestão de proteínas inclui somente porções de carne e laticínios por dia. Ocasionalmente aceita um suplemento alimentar. Ou recebe dieta líquida abaixo da quantidade satisfatória ou alimentação por sonda	<b>3-Adequado:</b> come mais de metade da maioria das refeições. Ingere um total de 4 porções de alimentos ricos em proteína (carne ou laticínios) todo dia. Às vezes recusa uma refeição, mas geralmente aceita um suplemento alimentar, é alimentado por sonda ou regime de NPT, o que provavelmente satisfaz a maior parte das necessidades nutricionais	<b>4-Excelente:</b> come a maior parte de cada refeição. Nunca recusa uma refeição. Geralmente ingere um total de 4 ou + porções de carne e laticínios. Em geral come entre as refeições. Não necessita suplemento alimentar
<b>Fricção e cisalhamento</b>	<b>1-Problema:</b> requer assistência moderada ou máxima para mover-se. Impossível levantá-lo ou erguê-lo completamente sem que haja atrito da pele com os lençóis. Frequentemente escorrega no leito ou na cadeira, necessitando de ajustes de posição com o máximo de assistência. Espasticidade, contratura ou agitação levam a quase somente fricção	<b>2-Problema potencial:</b> move-se sem vigor ou requer mínima assistência. Durante o movimento provavelmente ocorre um certo atrito da pele com o lençol, a cadeira e outros. Na maior parte do tempo mantém posição relativamente boa no leito ou na cadeira, mas às vezes escorrega	<b>3-Nenhum problema:</b> move-se sozinho no leito ou na cadeira e tem força muscular suficiente para erguer o corpo completamente durante o movimento. Sempre mantém uma boa posição no leito ou na cadeira	XXXXXX

Fonte: Paranhos, Santos, 1999. \*Risco muito elevado: 6 a 9; \*Risco alto ou elevado: escore 10 a 12; \*Risco moderado: escore 13 ou 14; \*Risco baixo: escore 15 ou 16 para adultos e 17 ou 18 para idosos; \*Sem risco: escore 19 a 23.

Tipo do Documento:	<b>PROTOCOLO ASSISTENCIAL</b>	PRT.DIVE.007 - PÁGINA 46 de 50	
Título do Documento:	<b>PREVENÇÃO DE LESÕES POR PRESSÃO</b>	Emissão: 15/05/2025	Próxima revisão: 15/05/2025
		VERSÃO: 05	

**Quadro 1 - Escala de Braden Q para avaliação do risco de úlcera por pressão em crianças**

Mobilidade Capacidade de mudar e controlar a posição do corpo.	1. Completamente Imóvel: Não faz mudanças, nem mesmo pequenas, na posição do corpo ou das extremidades, sem ajuda.	2. Muito limitado: Faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou extremidades, mas é incapaz de fazer mudanças completamente sozinho.	3. Levemente limitado: Faz mudanças freqüentes, embora pequenas, na posição do corpo ou das extremidades, sem ajuda.	4. Nenhuma limitação: Faz mudanças importantes e freqüentes na posição do corpo, sem ajuda.
ATIVIDADE Grau de atividade física.	1. Acamado: Permanece no leito o tempo todo.	2. Restrito à cadeira: A capacidade de deambular está gravemente limitada ou inexistente. Não consegue sustentar o próprio peso e/ou precisa de ajuda para sentar-se em uma cadeira ou cadeira de rodas.	3. Deambulação ocasional: Deambula ocasionalmente durante o dia, porém por distâncias bem curtas, com ou sem ajuda. Passa a maior parte do turno no leito ou na cadeira.	4. Crianças jovens demais para deambular ou deambulam freqüentemente: 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 está acordado.
PERCEPÇÃO SENSORIAL Capacidade de responder de maneira apropriada ao desconforto relacionado à pressão	1. Completamente limitada: Não responde ao estímulo doloroso (não geme, não se encolhe ou se agarra), devido à diminuição do nível de consciência, ou sedação ou limitação da capacidade de sentir dor na maior parte da superfície corporal.	2. Muito limitada: Responde apenas ao estímulo doloroso. Não consegue comunicar desconforto, exceto por gemido ou inquietação; ou apresenta alguma disfunção sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais da metade do corpo.	3. Levemente limitada: Responde aos comandos verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, ou apresenta alguma disfunção sensorial em uma ou duas extremidades que limita a capacidade de sentir dor	4. Nenhuma alteração: Responde aos comandos verbais. Não apresenta déficit sensorial que limite a capacidade de sentir ou comunicar dor ou desconforto.
UMIDADE Grau de exposição da pele à umidade.	1. Constantemente úmida: A pele fica constantemente úmida por suor, urina, etc. A umidade é percebida cada vez que o paciente é movimentado ou mudado de posição.	2. Frequentemente úmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, úmida. A roupa de cama precisa ser trocada pelo menos a cada oito horas.	3. Ocasionalmente úmida: A pele está ocasionalmente úmida, necessitando de troca de roupa de cama a cada 12 horas.	4. Raramente úmida: A pele geralmente está seca, as trocas de fraldas são feitas de rotina e as roupas de cama necessitam ser trocadas apenas a cada 24h

Tipo do Documento:	<b>PROTOCOLO ASSISTENCIAL</b>	PRT.DIVE.007 - PÁGINA 47 de 50	
Título do Documento:	<b>PREVENÇÃO DE LESÕES POR PRESSÃO</b>	Emissão: 15/05/2025	Próxima revisão: 15/05/2025
		VERSÃO: 05	

## ANEXO 04 - ESCALA DE BRADEN Q

Quadro 1 - Continuação

<p><b>FRICÇÃO E CISALHAMENTO</b></p> <p>Fricção: a pele se move contra as estruturas de suporte.</p> <p>Cisalhamento: a pele e a superfície óssea adjacente deslizam uma sobre a outra.</p>	<p>1. Problema importante: A espasticidade, a contratura, o prurido ou a agitação levam a criança debater-se no leito e há fricção quase constante.</p>	<p>2. Problema: Necessita de ajuda moderada a máxima para se mover. É impossível se levantar completamente sem deslizar sobre os lençóis do leito ou cadeira, necessitando de reposicionamento frequente com o máximo de assistência.</p>	<p>3. Problema Potencial: Movimenta-se com dificuldade ou necessita de mínima assistência. Durante o movimento, provavelmente ocorre atrito entre a pele e os lençóis, cadeira, coxins ou outros dispositivos. A maior parte do tempo mantém uma posição relativamente boa na cadeira e no leito, mas ocasionalmente escorrega.</p>	<p>4. 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 durante o movimento. Mantém uma posição adequada no leito e na cadeira o tempo todo.</p>
<p><b>NUTRIÇÃO</b></p> <p>Padrão habitual de consumo alimentar.</p>	<p>1. Muito pobre: Em jejum e/ou mantido com ingesta hídrica ou hidratação IV por mais de 5 dias ou albumina &lt; 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. Ingere pouco líquido. Não ingere suplemento dietético líquido.</p>	<p>2. Inadequada: Dieta líquida por sonda ou NPP que fornece calorias e minerais insuficientes para a idade ou albumina &lt; 3 mg/dl ou raramente come uma a 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.</p>	<p>3. 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.</p>	<p>4. 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.</p>
<p><b>PERFUSÃO TECIDUAL E OXIGENAÇÃO</b></p>	<p>1. Extremamente comprometida: Hipotenso (PAM &lt;50 mmHg; &lt;40 mmHg em recém-nascido) ou o paciente não tolera as mudanças de posição.</p>	<p>2. Comprometida: Normotenso. Apresenta saturação de oxigênio &lt;95% ou a hemoglobina &lt;10 mg/dl ou o tempo de enchimento capilar &gt;2 segundos. O pH sérico &lt;7,40.</p>	<p>3. Adequada: Normotenso. Apresenta saturação de oxigênio &lt;95% ou a hemoglobina &lt;10 mg/dl ou o tempo de enchimento capilar &gt;2 segundos. O pH sérico é normal.</p>	<p>4. Excelente: Normotenso. Apresenta saturação de oxigênio &gt;95%, a hemoglobina normal e o tempo de enchimento capilar &lt;2 segundos.</p>

FONTE: Maia, 2007 apud Borges, 2012

\*Risco baixo: Escore 22 a 25; \*Risco moderado: Escore 17 a 21; \*Risco elevado: 16 ou menos

Tipo do Documento:	<b>PROTOCOLO ASSISTENCIAL</b>	PRT.DIVE.007 - PÁGINA 48 de 50	
Título do Documento:	<b>PREVENÇÃO DE LESÕES POR PRESSÃO</b>	Emissão: 15/05/2025 VERSÃO: 05	Próxima revisão: 15/05/2025

## ANEXO 05 - ESCALA DE BRADEN Q/D

ESCALA BRADEN Q/D				
Intensidade e duração da pressão				Score
<b>Mobilidade</b> Capacidade de mudar e controlar a posição do corpo de forma independente	<b>0. Nenhuma limitação</b> Faz mudanças significativas e frequentes na posição do corpo ou das extremidades de forma independente.	<b>1. Limitado</b> Faz pequenas e infrequentes mudanças na posição do corpo ou das extremidades <b>OU</b> é <b>incapaz</b> de reposicionar-se de forma independente (inclui crianças jovens demais para rolar).	<b>2. Completamente imóvel</b> Não faz nem pequenas mudanças na posição do corpo ou das extremidades de forma independente.	
<b>Percepção sensorial</b> Capacidade de responder significativamente, de acordo com o grau de <b>desenvolvimento</b> , ao desconforto relacionado à pressão.	<b>0. Nenhum déficit</b> Responsivo E não possui déficit sensorial que limita a capacidade de sentir ou comunicar desconforto.	<b>1. Limitado</b> Nem sempre consegue comunicar desconforto relacionado à pressão <b>OU</b> possui algum déficit sensorial que limita a capacidade de sentir desconforto relacionado à pressão.	<b>2. Completamente limitado</b> Não é responsivo devido ao nível de consciência reduzido ou à sedação <b>OU</b> possui déficit sensorial que limita a capacidade de sentir desconforto relacionado à pressão na maior parte da superfície do corpo.	
Tolerância da pele e estrutura de suporte				
<b>Fricção e cisalhamento</b> <u>Fricção</u> : ocorre quando a pele se move contra as superfícies de apoio. <u>Cisalhamento</u> : ocorre quando a pele e a superfície óssea adjacente deslizam uma sobre a outra.	<b>0. Nenhum problema</b> Possui força suficiente para se erguer completamente durante um movimento. Mantém posição adequada do corpo na cama/cadeira o tempo todo. É possível levantar o paciente completamente durante o reposicionamento.	<b>1. Problema potencial</b> Requer <b>pouca</b> assistência para se mover. Desliza ocasionalmente na cama/cadeira, exigindo reposicionamento. Durante o reposicionamento, a pele geralmente desliza contra a superfície.	<b>2. Problema</b> Requer assistência <b>total</b> ao se mover. Desliza com frequência e exige reposicionamento. É impossível levantar o paciente totalmente sem que a pele deslize contra a superfície <b>OU</b> espasticidade, contraturas, prurido ou agitação causa fricção quase constante.	
<b>Nutrição</b> Dieta <u>usual</u> para a idade – avaliar o padrão dos últimos três dias consecutivos.	<b>0. Adequada</b> Dieta para a idade fornecendo quantidade <b>adequada</b> de calorias E proteínas para promover o metabolismo e o crescimento.	<b>1. Limitada</b> Dieta para a idade fornecendo quantidade <b>inadequada</b> de calorias <b>OU</b> de proteínas para promover o metabolismo e o crescimento <b>OU</b> recebendo nutrição suplementar em qualquer momento do dia.	<b>2. Pobre</b> Dieta para a idade fornecendo quantidade <b>inadequada</b> de calorias E proteínas para promover o metabolismo e o crescimento.	
<b>Perfusão tecidual e oxigenação</b>	<b>0. Adequada</b> Normotenso para a idade, E saturação de oxigênio $\geq 95\%$ , E nível normal de hemoglobina, E tempo de enchimento capilar $\leq 2$ segundos.	<b>1. Problema potencial</b> Normotenso para a idade com saturação de oxigênio $< 95\%$ <b>OU</b> nível de hemoglobina $< 10$ g/dl <b>OU</b> tempo de enchimento capilar $> 2$ segundos.	<b>2. Comprometida</b> Hipotenso para a idade <b>OU</b> hemodinamicamente instável ao mudar de posição.	
Dispositivos médicos				
<b>Número de dispositivos médicos</b>	<b>Marque 1 ponto para cada dispositivo médico* - até 8 (máximo 8 pontos).</b>			
<b>Reposicionabilidade/ proteção da pele</b>	<b>0. Nenhum dispositivo médico</b>	<b>1. Problema potencial</b> Todos os dispositivos médicos podem ser reposicionados <b>OU</b> a pele sob cada dispositivo está protegida.	<b>2. Problema</b> Um ou mais dispositivos médicos <b>não podem</b> ser reposicionados <b>OU</b> a pele sob o dispositivo <b>não</b> está protegida.	
<b>Total:</b>				
(Score total $\geq 13$ : paciente considerado em risco)				

\*Qualquer dispositivo diagnóstico ou terapêutico que esteja fixado/conectado ou que atravessa a pele ou a membrana mucosa do paciente. **Nota:** Os pacientes são pontuados em cada uma das 7 subescalas. As pontuações das subescalas são então somadas. A pontuação total  $\geq 13$  identifica pacientes em risco de lesão por pressão adquirida no hospital. O risco do paciente é avaliado 24 horas após a internação hospitalar e repetido com alterações na condição do paciente. Intervenções para gerenciar o risco são direcionadas para as subescalas com pontuação  $\geq 1$ .

FONTE: Santos et al, 2020

Tipo do Documento:	<b>PROTOCOLO ASSISTENCIAL</b>	PRT.DIVE.007 - PÁGINA 49 de 50	
Título do Documento:	<b>PREVENÇÃO DE LESÕES POR PRESSÃO</b>	Emissão: 15/05/2025	Próxima revisão: 15/05/2025
		VERSÃO: 05	

### ANEXO 06 - ESCALA ELPO

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

\*Baixo risco: Escore entre 7 e 19; Alto risco: Escore entre 20 a 35.

FONTE: Lopes, 2015

Tipo do Documento:	<b>PROTOCOLO ASSISTENCIAL</b>	PRT.DIVE.007 - PÁGINA 50 de 50	
Título do Documento:	<b>PREVENÇÃO DE LESÕES POR PRESSÃO</b>	Emissão:	Próxima revisão: 15/05/2025
		15/05/2025	
		VERSÃO: 05	

### HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
05	14/05/2025	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inclusão das intervenções para prevenção de lesão por pressão conforme risco preditivo na escala de Braden.</li> <li>- Inclusão das intervenções para prevenção de lesão por pressão conforme subescala acometida pelo Braden.</li> <li>- Atualizado escala ELPO.</li> <li>- Atualizado Dermatite Associada a Incontinência.</li> <li>- Inclusão da família/ acompanhante na prevenção de lesão por pressão.</li> <li>- Inclusão de lembrete de reposicionamento.</li> <li>- Inclusão de cartilha educativa para família/ acompanhante.</li> </ul>

Elaboração/Revisão	Aline Borges Penna - enfermeira Marcela Monteiro Pinheiro - enfermeira Eline Rezende Peixoto - enfermeira Débora Ana Rocha Alves da Silva - acadêmica de Enfermagem
Validação	Luciana Rosa Milagres - chefe da Divisão de Enfermagem
Responsável Técnico (se aplicável)	Eline Lima Borges - membro consultivo da CCPP
Aprovação	Vandack Alencar Nobre Júnior - gerente de Atenção à Saúde e diretor técnico