

PROTOCOLO

HC-UFTM/EBSERH

Prevenção e Tratamento de Lesão por Pressão

Versão: 4 | Ano 2025



Hospital de Clínicas



SUPERINTENDENTE
LUCIANA DE ALMEIDA SILVA TEIXEIRA

GERENTE DE ATENÇÃO À SAÚDE
LUIZ ANTONIO PERTILI RODRIGUES DE RESENDE

COORDENADOR DA COMISSÃO DE PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS MULTIPROFISSIONAIS
MURILO ANTONIO ROCHA

ELABORAÇÃO DA VERSÃO ATUAL

Thais Santos Guerra Stacciarini, Divisão de Enfermagem
Rosa Maria Leal, Divisão de Enfermagem
Raquel Bessa Ribeiro Rosalino, Comissão de Protocolos Assistenciais Multiprofissionais

VALIDAÇÃO TÉCNICA

Thais Santos Guerra Stacciarini, Comissão de Protocolos Assistenciais Multiprofissionais
Raquel Bessa Ribeiro Rosalino, Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente

REGISTRO, VALIDAÇÃO DE FORMA E REVISÃO

Ana Paula Corrêa Gomes, Comissão de Gestão da Qualidade Documental

APROVAÇÃO

Thais Santos Guerra Stacciarini, Comissão de Protocolos Assistenciais Multiprofissionais

Data da emissão: 14/4/2025

Código do documento: PRT.HC-UFTM-CPAM.001

ISBN:

*Cópia eletrônica não controlada. Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. O uso deste documento em meio físico pode disseminar informação e/ou procedimento desatualizados © 2025, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados
www.ebserh.gov.br*



Hospital de Clínicas



1. APRESENTAÇÃO

O presente Protocolo Multiprofissional, fundamentado nas recomendações do Ministério da Saúde (2013) e da *National Pressure Ulcer Advisory Panel - NPUAP* (2016), abordará as ações para as seguintes Diretrizes Assistenciais:

- Prevenção de Lesão por Pressão (LP):

- ✓ Identificação e Classificação dos Pacientes com Risco para LP;
- ✓ Medidas de Prevenção e de Identificação Precoce da LP;

- Tratamento de LP:

- ✓ Avaliação da LP;
- ✓ Tratamento da LP;
- ✓ Evolução da LP;
- ✓ Orientação para Registro da LP no prontuário do paciente.

* A decisão de adotar alguma recomendação específica deverá ser tomada pelo profissional de saúde, tendo em conta os recursos disponíveis e as circunstâncias apresentadas pelo paciente em particular. Nenhuma informação contida neste documento é considerada como uma recomendação clínica para casos específicos.

2. CONCEITO

Lesão por pressão (LP) são danos localizados na pele e/ou tecidos subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea, resultante de pressão isolada ou combinada com forças de cisalhamento e/ ou fricção. Os riscos aumentam quando somado aos fatores predisponentes intrínsecos da pessoa, conforme definição do NPUAP 2016.

3. OBJETIVOS

Geral

- Reduzir a incidência de LP adquiridas durante a internação no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-FTM).

Específicos

- Identificar e classificar os pacientes com risco para LP.
- Implementar ações de medidas preventivas nos pacientes com risco para LP.
- Identificar precocemente LP em estágios iniciais.
- Avaliar, prescrever, tratar e evoluir as LP instaladas.

4. JUSTIFICATIVA

A Organização Mundial de Saúde (OMS) criou, em 2004, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente a qual foi renomeada, em 2009, como Segurança do Paciente, que se conceitua como a redução, ao mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde. O Proqualis, criado em 2009, volta-se para a produção e disseminação de informações e tecnologias em qualidade e segurança do paciente. A partir daí, o Brasil lançou



em abril de 2013, a Política Nacional de Segurança do Paciente, na qual, têm-se o eixo prevenção de LP.

A presença de LP causa vários danos físicos e emocionais ao paciente, uma vez que são fonte de dor, desconforto e sofrimento. As LPs aumentam o risco de desenvolvimento de outras complicações e influenciam na morbidade e na mortalidade do paciente acometido, constituindo, assim, um sério problema de saúde pública, pois podem trazer várias implicações na vida dos familiares e da instituição em que se encontra o paciente, além de aumentarem consideravelmente os custos do tratamento.

As LPs podem desenvolver-se em até 6h, por isso, todos os profissionais de saúde envolvidos e responsáveis pelas práticas na execução em medidas preventivas da lesão de pressão devem estar familiarizados com os principais fatores de risco, intrínsecos e extrínsecos, para o desenvolvimento da LP e instituir o mais rápido, estratégias para medidas de preventivas.

Frente ao exposto, da relevância do tema, justifica-se a importância deste protocolo pela necessidade de prevenir a LP em pacientes hospitalizados, por meio de ferramentas que permitem identificar precocemente as circunstâncias ou ações que influenciam ou poderiam influenciar o acontecimento deste incidente, o qual possibilita o planejamento da assistência ao paciente de acordo com sua necessidade e, assim, o profissional de saúde terá subsídios para definir estratégias adequadas para prevenir a sua ocorrência, tornando a assistência segura e livre de danos.

5. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Pacientes adultos e pediátricos hospitalizados ou em atendimento ambulatorial identificados com riscos para LP (escores nas escalas Braden \leq 18 pontos - ANEXO A e Braden Q \leq 16 pontos - ANEXO B).
- Pacientes adultos e pediátricos com LP instalada.

6. GRUPO DE RISCO

- Pacientes com mobilidade física prejudicada (acamados/cadeirantes).
- Pacientes com a percepção sensorial comprometida.
- Pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos (tempo de cirurgia; posições cirúrgicas e tipo de anestesia).
- Pacientes com dispositivos médicos e outros artefatos (colar cervical; órteses; contensores mecânicos; cateteres; drenos; pronga nasal e outros).

7. FATORES PREDISPOANTES PARA A OCORRÊNCIA DE LESÃO POR PRESSÃO

- Extrínsecos: umidade; calor; pressão, força de cisalhamento e fricção.
- Intrínsecos: índice de massa corporal (IMC) $> 30 \text{ Kg/m}^2$ ou $< 18,5 \text{ Kg/m}^2$, anemia, deficiência nutricional proteica; extremos de idade, hipotensão arterial sistêmica, incontinência urinária/fecal, edema, hipertermia, tabagismo, desidratação; infecções sistêmicas ou locais; comorbidades crônicas (diabetes mellitus; imunossupressão; doenças: renal, cardiovascular, neuromuscular, gastrointestinal e outras); uso de alguns tipos de medicamentos (corticoides; sedativos; anestésicos, vasoativas).



8. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS, RESPONSABILIDADES

Equipe Multiprofissional

- Participar do planejamento, execução e avaliação dos cuidados;
- Participar e solicitar parecer técnico da Comissão Especializada em Tratamento de LP, quando necessário e se estiver ativa no hospital;
- Realizar referência para serviços especializados ou especialistas, quando necessário;
- Participar de grupos de estudos e envolver em capacitações de novas técnicas e tecnologias;
- Participar do planejamento de alta hospitalar: capacitar, orientar e entregar folder (APÊNDICE A) para pacientes e responsáveis sobre os cuidados de prevenção e tratamento de LP no domicílio;
- Realizar a contrarreferência dos pacientes com LP para as unidades de atenção primária.
- Esclarecer as dúvidas do paciente/família quanto ao acompanhamento ambulatorial, após alta hospitalar.

Enfermeiro

- Identificar e classificar o paciente com risco para LP (risco individual e perfil de risco por unidade);
- Realizar a prescrição de ações preventivas para LP nos pacientes identificados com riscos baixo, moderado e alto. Seguir o Plano de Intervenções em Enfermagem “Prevenção de Lesão por Pressão”, disponível a toda a equipe de enfermagem;
- Verificar o estado de conservação dos dispositivos de mobilização e de redução de pressão e informar os serviços competentes, para reparos ou substituição;
- Registrar o risco de LP a que o paciente está exposto na placa de identificação à beira leito;
- Prescrever a terapia tópica e o período de troca do curativo, conforme estabelecido neste protocolo;
- Realizar os curativos de LP de maior complexidade;
- Realizar o debridamento da LP com instrumental conservador, se indicado;
- Avaliar e evoluir a lesão a cada troca de curativo no AGHU (Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários);
- Notificar os casos de LPs estágios 1, 2, 3, 4, não estadiável, tissular profunda (LPTP) ou causadas por dispositivos médicos no Vigihosp (Aplicativo de Vigilância em Saúde e Gestão de Riscos Assistenciais Hospitalares);
- Capacitar/Supervisionar/Orientar/Monitorar a equipe de enfermagem quanto à adesão às medidas preventivas e tratamento da LP e ao preenchimento dos formulários de registros.

Técnico/Auxiliar de Enfermagem

- Implementar e checar o plano de intervenções de prevenção e tratamento prescrito pelo enfermeiro;
- Realizar o curativo da LP, conforme prescrição;
- Registrar as características da LP no formulário “Anotação de Enfermagem”;
- Comunicar qualquer alteração/ intercorrência observadas ao enfermeiro.



Médico

- Solicitar exames laboratoriais para a avaliação bioquímica;
- Monitorar e intervir nos fatores intrínsecos e sistêmicos do paciente que o predispõe ao risco de LP;
- Realizar a prescrição dietética de macro e micronutrientes e suplementação com aminoácidos e imunomoduladores, incluindo a hidratação oral, de acordo com as necessidades de cada paciente;
- Prescrever a terapia tópica e o período de troca do curativo, conforme estabelecido neste protocolo;
- Realizar os curativos de LP;
- Avaliar e evoluir a lesão a cada troca de curativo no AGHU;
- Realizar debridamento cirúrgico em LP estágios 3 e 4 com complicações e sem evolução. A cargo da cirurgia geral;
- Intervir nos casos diagnosticados ou suspeitos de LP estágio 4, para investigação de osteomielite. A cargo das especialidades de ortopedia e infectologia;
- Intervir cirurgicamente na LP não infectada que esteja com borda descolada, enrolada, fibrótica e hipergranulada; com loja e/ou com perda substancial de tecido. A cargo da cirurgia plástica;
- Solicitar a cultura microbiológica da lesão, quando observado sinais sugestivos de infecção;
- Prescrever terapia antimicrobiana sistêmica, quando necessário.

Nutricionista

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

Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional

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

Fonoaudiólogo

- Realizar avaliação fonoaudiológica dos pacientes com risco para disfagia (avaliação estrutural e funcional da deglutição), mediante interconsulta, e acompanhá-los, quando necessário;
- Indicar a adequação da consistência da dieta oferecida via oral ou de vias



alternativas de alimentação, quando for o caso;

- Orientar o paciente, o cuidador e a equipe de enfermagem sobre o modo de realizar a oferta da dieta e da hidratação, atendendo as necessidades do paciente;
- Realizar a terapia de deglutição por meio de exercícios ativos-assistidos, estimulação desensibilidade e treino funcional de deglutição.

Psicólogo

- Realizar acolhimento e atendimento psicológico ao paciente, familiares e ou acompanhantes, conforme demanda apresentada.

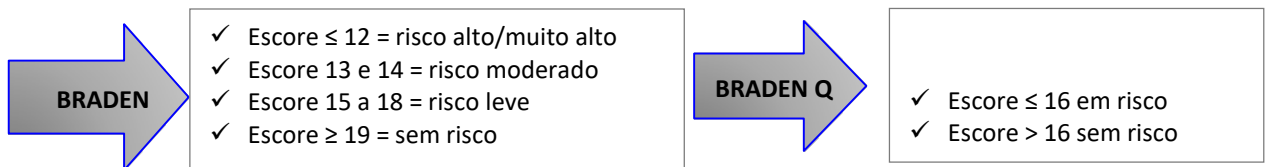
Assistente Social

- Pesquisar a realidade social do paciente e da rede social de apoio do município de referência e tomar providências, quando possíveis.

9. MEDIDAS ASSISTENCIAIS PARA PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO

9.1 Identificação e Classificação dos Pacientes com Risco para LP

A identificação e classificação dos pacientes quanto ao risco para LP será obtida pela aplicação da escala de Braden (adultos) e Braden Q (crianças de 29 dias a 13 anos de idade), mediante os escores representados a seguir.



- As escalas Braden e Braden Q deverão ser aplicadas a todos os pacientes hospitalizados, no momento da admissão hospitalar e diariamente.
- A classificação do escore de risco, obtido pelas escalas Braden e Braden Q, deverá ser registrada na Evolução de Enfermagem no AGHU e na placa de identificação à beira leito, conforme protocolo institucional.
- Os domínios das escalas Braden e Braden Q estão direcionadas para a identificação e avaliação das alterações no estado clínico do paciente quanto a: 1. percepção sensorial; 2. umidade; 3. atividade física; mobilidade; 5. nutrição; 6. fricção e cisalhamento; 7. perfusão tissular e oxigenação.

9.2 Medidas de prevenção de LP conforme avaliação de risco realizada

As intervenções preventivas estão descritas no Plano de Trabalho Multiprofissional (Quadro 1), abordando:

- ✓ Cuidados com a pele;
- ✓ Redução da sobrecarga tissular e utilização de superfícies especiais de suporte;
- ✓ Cuidados com a hidratação e a nutrição;
- ✓ Educação em saúde.

- O paciente, familiares e/ou cuidadores deverão ser orientados e envolvidos no processo de decisão de tratamento.
- As intervenções deverão ser selecionadas/aplicadas de acordo com a classificação de risco e as individualidades do paciente.

Quadro 1. Plano de Trabalho Multiprofissional

PLANO DE TRABALHO MULTIPROFISSIONAL		
Agente	Intervenções	Não conformidades
RISCO LEVE (15 a 18 pontos na escala Braden)		
Equipe Multiprofissional	<ul style="list-style-type: none"> • Manter os lençóis da cama limpos, secos e esticados, sem dobras ou costuras em contato com pele, após os atendimentos assistenciais. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se sujidade ou umidade no lençol, comunicar a enfermagem para providenciar a troca.
	<ul style="list-style-type: none"> • Não expor o paciente ao frio. 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Manter a cabeceira elevada a 30° (com ou sem travesseiro) em posição semi-fowler, se não contraindicado (Figura 3). 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar recursos como lençol móvel ou dispositivo de transferência (passante) para promover a mobilidade no leito ou transferência, de forma a minimizar possíveis lesões na pele devido à fricção. 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Proteger a pele sob dispositivos médicos, que causam pressão e fricção (colar cervical; pronga nasal; cânula; órteses; tubo traqueal e outros), com gazes, compressas ou dispositivos específicos. 	
Equipe de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> • Inspeccionar a pele sobre as áreas suscetíveis ao desenvolvimento de LP dos pacientes pertencentes ao grupo de risco (Figuras 1 e 2) a cada 6 horas. Registrar os achados. 	<ul style="list-style-type: none"> • O enfermeiro deverá reavaliar o plano de cuidados, se identificada a lesão.
	<ul style="list-style-type: none"> • Inspeccionar a pele sob dispositivos médicos a cada 6 horas. Registrar os achados. 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar solução à base de ácidos graxos essenciais sobre as áreas suscetíveis ao desenvolvimento de LP, uma vez por plantão (Manhã - M/Tarde - T/Noite - T). 	<ul style="list-style-type: none"> • Suspender o uso da solução, quando o paciente apresentar sudorese intensa ou alergia.
	<ul style="list-style-type: none"> • Manter o paciente limpo e seco. 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Higienizar a pele com sabonete hipoalergênico e água morna, diariamente (banho). 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Não massagear a pele sobre proeminências ósseas no banho e na aplicação de soluções/cremes. 	

	<ul style="list-style-type: none"> Realizar higiene íntima, de preferência, com água morna e sabonete neutro líquido, e aplicar protetores cutâneos tópicos, sem excesso, nas regiões genital, inguinal e perianal, imediatamente, após as eliminações. 	
Agente	Intervenções	Não Conformidades
RISCO LEVE (15 a 18 pontos na escala Braden)		
Equipe de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> Pesar o paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> Se perda de peso, comunicar ao médico ou ao nutricionista.
	<ul style="list-style-type: none"> Oferecer/Auxiliar na oferta da dieta hospitalar prescrita, quando necessário. 	
	<ul style="list-style-type: none"> Quantificar/qualificar a aceitação da refeição e de líquidos. Registrar no prontuário. 	<ul style="list-style-type: none"> Se ingesta insatisfatória, investigar possíveis motivos (disfagia, dor, próteses, ansiedade, tipo de alimentos, lesões da cavidade bucal e outros), e comunicar ao médico, ao fonoaudiólogo e/ou ao nutricionista.
	<ul style="list-style-type: none"> Investigar presença de dor local. 	<ul style="list-style-type: none"> Se dor presente, investigar as causas e os fatores que aliviam ou pioram.
Equipe de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> Auxiliar a mudança de decúbito. Estimular movimentação no leito (utilizar quadros de aviso). 	<ul style="list-style-type: none"> A determinação do decúbito e do tempo deverá atender as necessidades e limitações do paciente.
	<p>Fisioterapeuta</p> <p>Terapeuta Ocupacional</p> <ul style="list-style-type: none"> Promover mudanças posturais, após prévia avaliação, de acordo com as necessidades e limitações do paciente. <ul style="list-style-type: none"> ✓ sentar à beira leito ✓ sentar na poltrona ✓ posicionar de pé à beira leito 	<ul style="list-style-type: none"> Não realizar as mudanças posturais, quando Retornar a posição inicial, caso o paciente apresente algum desconforto (dor, cansaço, lipotímia, câimbras e outros).
Agente	Intervenções	Não Conformidades
RISCO MODERADO (13 e 14 pontos na escala Braden)		
Continuar com intervenções do risco leve.		
	<ul style="list-style-type: none"> Realizar mudança de decúbitos (lateral direito, dorsale lateral esquerdo), no máximo, a cada 2h. 	<ul style="list-style-type: none"> A determinação do decúbito e do tempo

Enfermagem Fisioterapeuta Terapeuta Ocupacional	<ul style="list-style-type: none"> • Posicionar o paciente em decúbito lateral inclinado em ângulo de 30° com apoio de um travesseiro entre proeminências ósseas ou entre áreas do corpo com maior pressão com colchão (Figura 4). 	deverá atender as necessidades e limitações e condições do paciente (fratura instável, piora do padrão hemodinâmico, presença de LP, desconforto respiratório, pós-operatório, fixadores externos e outros).
	<ul style="list-style-type: none"> • Manter calcâneos elevados e livres, por meio do posicionando do travesseiro/coxim abaixo das panturrilhas. 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Colocar bota de proteção para calcâneos e maléolos (espuma ou gel), se livre de lesões. 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar colchão de fluxo de ar. 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar os pacientes restritos à cadeira de roda a promover a sua mobilização, elevando a região glútea, com apoio dos membros superiores, a cada 15 minutos, para aliviar áreas sob pressão. 	
Enfermeiro	<ul style="list-style-type: none"> • Posicionar coberturas protetoras (placas de hidrocoloide ou espuma multicamadas de poliuretano) na pele sobre proeminências ósseas que estão sujeitas às forças de fricção e cisalhamento e mantê-las por até 7 dias. 	<ul style="list-style-type: none"> • Retirar a cobertura protetora, antes do prazo estabelecido, se bordas soltas e mudança de coloração.
RISCO ALTO / MUITO ALTO (≤ 12 pontos na escala Braden)		
Continuar com intervenções de risco moderado		
Equipe Multiprofissional	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar colchão pneumático. 	

10 MEDIDAS DE TRATAMENTO DA LESÃO POR PRESSÃO

10.1 Orientações para registro da lesão nos prontuários dos pacientes

- O registro da LP no prontuário do paciente é de fundamental importância para o seguimento do cuidado prestado em suas diversas etapas, para o planejamento assistencial da equipe multiprofissional e para a segurança do paciente.
- Devem ter uma linguagem objetiva e mensurável, sendo que as informações devem permitir acompanhar a evolução da ferida.
- O registro da lesão deverá ser realizado diariamente no prontuário do paciente, ou todas às vezes que se fizerem necessárias, pela equipe de enfermagem.
- Registrar a cada troca de curativo, bem como as características da LP.
- Descrever os procedimentos realizados durante o curativo:
 - ✓ Características do curativo removido.
 - ✓ Técnica de limpeza do curativo.
 - ✓ Descrever condições da pele perilesão.
 - ✓ Coberturas utilizadas para leito da ferida.
 - ✓ Como a lesão foi ocluída.

10.2 Avaliação da Lesão por Pressão

- A avaliação da LP deverá ocorrer às trocas de curativo registradas no prontuário do paciente, conforme orientação acima.
- As LPs deverão ser avaliadas quanto às características da lesão (estadiamento; tipo de tecido; exsudato; espaço morto; bordas) e da pele adjacente, conforme Quadro 2, e registradas no prontuário.

Quadro 2. Avaliação das características da lesão

Estadiamento	
Estágio 1	✓ pele íntegra com eritema não branqueável, após a remoção de pressão, ou com alterações na sensação, temperatura ou consistência. No paciente de pele escura pode ser observado a descoloração da pele.
Estágio 2	✓ perda parcial da espessura da pele com exposição da derme. Leito da lesão é viável, rosa ou vermelho, úmida e pode se apresentar como uma flictena íntegra ou rompida com exsudato seroso.
Estágio 3	✓ perda da espessura total da pele com exposição de tecido adiposo. O tecido de granulação e a borda despregada estão frequentemente presentes. Esfacelo e/ou escara podem ser visíveis.
Estágio 4	✓ perda da espessura total da pele e perda tissular. Possível comprometimento de fáscia, músculos, ossos, tendões e/ou nervos. Esfacelo e/ou escara podem ser visíveis. Bordas despregadas, descolamentos e/ou tunelização ocorrem frequentemente.
LP não estadiável	✓ perda da pele em sua espessura total e perda tissular não visível, devido a cobertura densa de esfacelo ou escara.

LP tissular profunda – LPTP	✓ pele intacta ou não intacta com área vermelho-escuro persistente não branqueável, descoloração marrom ou roxa ou separação da epiderme revelando um leito da lesão escuro ou com flictena de sangue. Presente dor e alteração de temperatura local.	
LP relacionada a dispositivo médico	✓ de hiperemia a lesões abrasivas mais profundas.	
Tipo de Tecido		
Viável	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tecido epitelial – novo tecido de coloração róseo ou brilhante, que se desenvolve a partir das bordas ou como “ilhas” na superfície da lesão. ✓ Tecido de granulação - vermelho vivo ou róseo, brilhante, úmida e granular ou vermelho pálido e opaco (em risco). Obs: hipergranulação e hiperqueratose (excesso de tecido de granulação; friável; vermelho pálido) é considerado como condição desfavorável. 	
Inviável	<ul style="list-style-type: none"> ✓ “Esfacelo” (consistência delgada, mucoide e macia; firme ou frouxamente aderida ao leito ou bordas da lesão; coloração amarela, branca ou acinzentada). ✓ Necrose (consistência dura e seca “escara” ou mais amolecida “necrose úmida” de coloração cinza, preta ou marrom aderida firmemente ao leito ou às bordas da lesão). 	
Tipo de exsudato		
Seroso	✓ consistência fina; aquosa e clara.	
Serossanguinolento	✓ consistência fina, aquosa e de coloração avermelhada a cor de rosa.	
Sanguinolento	✓ consistência espessa / fina e de coloração vermelha.	
Seropurulento	✓ consistência semi-espessa; turva e de coloração amarelada ou acastanhada.	
Purulento	✓ consistência espessa e de coloração esverdeada, acastanhada ou amarelada.	
Quantidade de exsudato		
Nenhum/Seco	✓ curativo primário não tem fluido, é seco; pode estar aderido na lesão.	
Pequeno/Úmido	✓ curativo primário apresenta pequena quantidade de fluido/secreção.	
Moderada/Molhado	✓ o curativo primário apresenta-se extensivamente molhado, mas não ocorre extravasamento; a frequência de troca é normal para o tipo de curativo.	
Grande/Saturado	✓ o curativo apresenta-se com fuga de exsudato; a pele perilesional poderá estar sofrendo maceração; a troca de curativo deverá ser reavaliada para verificar a necessidade de mudança de conduta.	
Odor		
Ausente	✓ ausência de odor forte	
Presente	✓ odor forte e fétido	
Escore de avaliação de intensidade de dor (escala de faces; visual analógica ou numérica)		
Sem dor	✓ 0	Frequência: ✓ Nunca
Dor leve	✓ 1 a 2	
Dor moderada	✓ 3 a 7	
Dor forte	✓ 8 a 10	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Somente durante a realização do curativo ✓ Frequente ✓ Sempre
Espaço Morto		
Presente	✓ loja (espaço morto abaixo da pele íntegra); túnel (canal que se aprofunda no leito da ferida) e fistula externa (canal entre uma víscera e a pele)	

	✓ descrever a localização e a profundidade em centímetros.
Bordas	
Preservada	✓ íntegra; aderida a lesão; coloração clara; contorno definido, regular ou indefinido;
Prejudicada	✓ hiperqueratose; não aderida a lesão; descolada; fibrótica; macerada; necrosada; sangrante; friável; edemaciada; enrolada (epíbole).
Pele adjacente	
Preservada	✓ íntegra
Prejudicada	✓ alteração de sensibilidade (dor; anestesia; formigamento; prurido), da consistência (edema; endurecida), de temperatura (quente ou fria), de coloração (pálida ou avermelhada), de textura (descamada; ressecada; macerada) e de integridade (vesículas/bolhas, erosão, <i>skin tear</i> etc).

10.3 Tratamento da Lesão por Pressão

- O tratamento da LP instalada deverá ser implementado em conjunto com as medidas preventivas.
- O paciente, familiares e/ou cuidadores deverão ser orientados e envolvidos no processo de decisão de tratamento.
- O tratamento da LP poderá ser tópica e/ou sistêmica.

Tratamento Tópico

a. Procedimentos de limpeza e de debridamento

- A técnica de limpeza da lesão e da pele adjacente visa remover secreções, tecidos desvitalizados soltos, microrganismos e resíduos das coberturas tópicas, preservando o tecido de granulação e minimizando riscos de trauma e/ou infecção.
 - ✓ Os passos para a limpeza da lesão deverão seguir a técnica asséptica e limpeza com soro fisiológico (SF) 0,9% morno e em jato.
- A remoção do tecido desvitalizado, quando houver, ocorrerá após a limpeza, sem agredir o tecido de granulação, por meio dos processos:
 - ✓ 1° opção: Mecânico (jato de SF 0,9% ou gazes);
 - ✓ 2° opção: Enzimático (cobertura tópica primária com enzimas proteolíticas) ou Autolítico (cobertura tópica primária com facilitadores da ação dos macrófagos e da atividade proteolítica endógena);
 - ✓ 3° opção: Instrumental conservador (tesoura/bisturi);
 - ✓ 4° opção: Cirúrgico. Ressalvas:
 1. Utilizar o sistema RYB de avaliação por cores para seleção do debridamento: vermelho (*red*); amarelo (*yellow*) e preto (*black*) – PROTEGER A VERMELHA; LIMPAR A AMARELA E DESBRIDAR A PRETA.
 2. O debridamento conservador ou cirúrgico deverá ser indicado quando o debridamento pelos meios mecânico e enzimático ou autolítico não forem suficientes.
 3. As necroses secas deverão ser “escarificadas”, em forma de rede, (técnica de *Square*) com uso de bisturi ou agulha 0,12 x 40, antes da aplicação da cobertura tópica enzimática ou autolítica, para facilitar a penetração desse produto.
 4. Não é recomendado desbridar necroses estáveis e duras em região occipital e nos membros inferiores, especialmente, nos calcâneos.

b. Aplicação de terapias tópicas

- A prescrição das coberturas será embasada nas recomendações do preparo do leito da lesão que preconizam fazer as seguintes observações clínicas: tipo de tecido; estadiamento da lesão; quantidade de exsudato; presença de sangramento; sensibilidade à dor e presença de infecção. As coberturas incluem: as primárias, as secundárias e os dispositivos de fixação/suporte (Quadros 3, 4 e 5).

Quadro 3. Coberturas primárias

Estágio	Características		Coberturas	Período de Troca
Estágio 1	Hiperemia	Áreas com moderada ou alta exposição ao cisalhamento/fricção	Espuma de poliuretano multicamadas;	Até 14 dias, considerando a preservação da mesma.
			Placa de hidrocoloide	Até 7 dias, se bordas aderidas e sem mudança de coloração *Não aplicar em região sacral; trocanteres; calcâneos.
		Áreas com pouca exposição ao cisalhamento/fricção	Ácido Graxo Essencial (AGE)	Aplicar 3 vezes ao dia sem massagear
		Áreas com exposição à umidade	Protetores cutâneos (solução polimérica; óxido de zinco)	Aplicar 3 vezes ao dia sem massagear
Estágio 2	Bolha	Intacta	Gaze + AGE	Aplicar 3 vezes ao dia
	Lesão superficial	Sem/Pouco exsudato	Espuma de poliuretano multicamadas bordas com adesivo	Manter até 7 dias; proteger durante o banho
			Placa de hidrocoloide	Até 7 dias, se bordas aderidas e sem mudança de coloração. *Não aplicar em região sacral
			Malha não aderente estéril	Até 24 horas
		Moderado exsudato	Malha não aderente estéril	Até 24 horas
Escara Necrose Úmida	Sem sangramento	Com sangramento Necrose mista Intolerância à papaína	Papaína 10%	Cada 12 horas
			Hidrogel com alginato de cálcio e sódio (gel)	Cada 24 horas
	Pouco/moderado Camada Espessa		Papaína 6%	Cada 12 horas
			Papaína 10%	Cada 12 horas

Estágio 3 Estágio 4	Esfacelo	- Com sangramento - Tecido misto - Intolerância à papaína	Hidrogel com alginato decálcio e sódio (gel)	Cada 24 horas	
	Exsudato em grande quantidade	Sem infecção		Alginato de cálcio e sódio (placa ou fita)	Até 48 dias (antes, se curativo saturado ou mudança de coloração e odor)
		Com infecção		Alginato de cálcio e sódio com prata (placa ou fita);	Cada 24 horas
					Espuma de poliuretano com prata
	Tecido de granulação	Sem sangramento		Papaína 3%	Cada 12 horas
		Sem/Com sangramento Sensibilidade à papaína		- Malha não aderente estéril	Cada 24 horas
				- Hidrogel com alginato de cálcio e sódio (gel)	Cada 24 horas
		Ferida complexa	Debridada		Terapia por pressão negativa
				Alginato de cálcio e sódio com prata (placa ou fita)	Até 48 dias (antes, se curativo saturado ou Mudança de Coloração e odor)
	Tissular profunda	Pele intacta/ não intacta, com área vermelho escuro	Áreas com moderada ou alta exposição ao cisalhamento ou fricção	Espuma multicamadas de poliuretano com bordas adesivas	Até 72 dias; proteger durante o banho
Placa de hidrocoloide Filme transparente de poliuretano não estéril				Até 24 dias, se bordas aderidas e sem mucança de coloração	
Pouca exposição a cisalhamento/fricção			AGE	Manter AGE em gaze 3 vezes ao dia.	
Pele perilesional	Íntegra		- Pomada óxido de zinco - Solução polimérica / - AGE OBS: camada fina	Às trocas de curativo	
	Lesionada		- Solução polimérica - Malha não aderente estéril	Às trocas de curativo	

Quadro 4. Coberturas secundárias

Tipo de cobertura secundária	Característica da lesão
Gases esterilizadas	Lesões superficiais/profundas e secas/exsudativas
Compressa esterilizada	Lesões profundas e muito exsudativas
Malha não aderente estéril	Lesões sangrantes; bordas ou pele adjacente prejudicada

Quadro 5. Dispositivos de fixação

Tipo de dispositivo de fixação/suporte	Cobertura secundária + características do local
Micropore /Esparadrapo	Utilizado sobre gases/compressas esterilizadas + Pele adjacente íntegra
Faixa crepe	Utilizado sobre gases/compressas esterilizadas + Estruturas anatômicas circulares
Filme transparente de poliuretano nãoestéril	Utilizado sobre gases/compressas esterilizadas +Pele adjacente sensível ou prejudicada (ou) Áreas com exposição à umidade (urina, fezes e outros efluentes)
Bota de proteção (espuma ou gel)	Utilizado sobre gases/compressas com fixação + Lesões em calcâneo e maléolo

Tratamento Sistêmico

- A terapia sistêmica deverá estar voltada ao tratamento ou controle/ajustes dos fatores intrínsecos do paciente que, diretamente ou indiretamente, interferem ou podem interferir no processo de cicatrização da LP. Importante: considerar as competências técnicas e legais de cada categoria profissional.
- A análise laboratorial é uma ferramenta indicada como critério de avaliação no processo cicatricial da lesão e guia para adequações nutricionais e metabólicas. Os exames indicados e os valores de referência são:
 - ✓ Hemoglobina glicada (6,5 a 7%);
 - ✓ Albumina sérica (3,5 a 5,2 g/dL);
 - ✓ Hemograma completo (eritrócitos 4 a 6 milhões/mm³; hemoglobina 12 a 18 g/dL; hematócrito 35 a 50%; plaquetas 150.000 a 450.000/mm³; leucócitos 4.500 a 11.000 células/mm³);
 - ✓ Zinco (80 a 120 µg/dL);
 - ✓ Vitamina B12 (200-835 pg/mL);
 - ✓ Vitamina D (>30 ng/mL).

11. REGISTRO E EVOLUÇÃO DA LESÃO POR PRESSÃO

- O registro, às trocas de curativo, deverá ser feito no formulário “Anotação de Enfermagem”, descrevendo:
 - ✓ Comprometimento tecidual – (Estágios 1, 2, 3, 4, Não estádiável, Tissular Profunda).
 - ✓ Tipo de tecido - (epitelizado, granulado, hipergranulado, esfacelo, necrose).
 - ✓ Exsudato - quantidade (ausente, pequeno, moderado, grande); tipo (serossanguinolento, sanguinolento, purulento) e odor (ausente, característico, fétido).

- ✓ Profundidade/espaco morto - (ausente ou presente, se túnel, loja ou fístula).
- ✓ Bordas - (preservada ou prejudicada).
- ✓ Dor - (ausente ou presente, se leve, moderada ou intensa).
- ✓ Área em centímetros quadrados.
- O registro da evolução da LP deverá ser feito a cada troca do curativo pelo enfermeiro da unidade na Evolução de Enfermagem pelo AGHU, para monitoramento e reavaliação de condutas.
- O plano de tratamento deverá ser reavaliado a cada 7 dias, principalmente, quando não houver uma evolução esperada da lesão.
- A escala *Pressure Ulcer Scale for Healing* (PUSH) (ANEXO C) poderá ser utilizada para predizer o progresso da cicatrização da lesão (pontuação de 0 a 17 pontos).
- A área da LP deve ser determinada da seguinte forma: traçar uma linha horizontal e uma linha vertical nos maiores diâmetros da lesão; mensurar em centímetros e multiplicar os valores. Utilizar régua transparente descartável milimetrada, preferencialmente.



Imagem 1 – Demonstração da determinação da área da LPP

- A análise microbiológica da lesão poderá ser indicada quando a LP não apresentar uma evolução esperada e ter a presença de sinais e sintomas locais e/ou sistêmicos de infecção.
 - Sinais e sintomas locais e sistêmicos:
 - ✓ aumento da dor; odor fétido; descoloração do tecido de granulação; hipergranulação; aumento ou alteração exsudato (purulento); aumento de necrose; alterações na pele perilesional (edema, dor; eritema, calor); febre; calafrios; leucocitose; taquicardia; hipotensão arterial e outros.
 - Tipos de procedimentos para coleta de material microbiológico:
 - ✓ coleta de tecido por meio de biópsia (CB). Indicado pós debridamento cirúrgico. Preferível.
 - ✓ coleta por *swab* ou por técnica de aspiração.

Observações:

- ✓ A coleta de material microbiológico deverá ser realizada em tecido viável, após a limpeza.
- ✓ Se o resultado microbiológico confirmar a infecção da lesão, a necessidade de tratamento sistêmico com antimicrobianos será determinada pelo médico, considerando os resultados laboratoriais e o estado clínico do paciente.
- ✓ Na presença de sinais de infecção na lesão, é indicada terapia tópica com antimicrobianos. Tempo máximo de uso de um mesmo agente tópico é de 15 dias.
- ✓ Investigação de diagnóstico de osteomielite em lesões estágio 4 a partir do 14º dia de sua instalação.

✓ A documentação fotográfica, recurso utilizado no registro da evolução de uma lesão, deverá possuir: autorização escrita do paciente/responsável; máquina de boa qualidade (> 4.0 megapixels); data e escala de medição e fotografias subsequentes à mesma distância, ângulo, ampliação e iluminação.

Ilustrações - Fonte: geriderme.blogspot.com

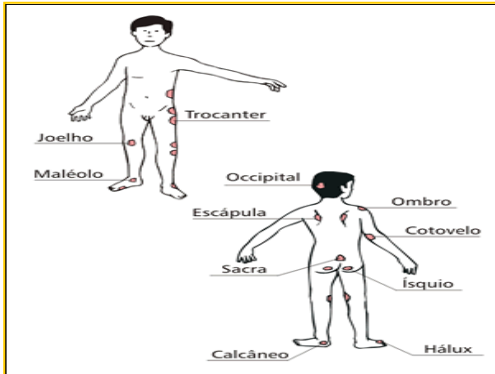


Figura 1. Locais de risco para a instalação da LPP

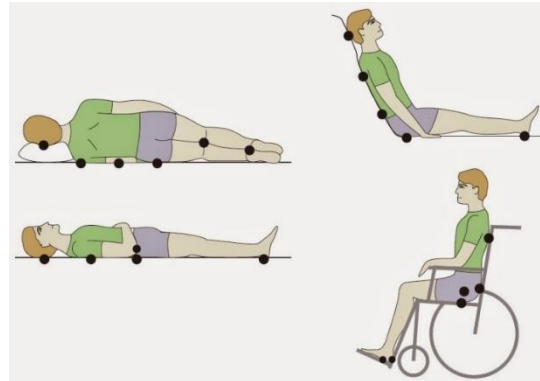


Figura 2. Pontos de risco para a instalação da LPP



Figura 3. Paciente em decúbito dorsal, posição semi-Fowler, cabeceira elevada a 30°, joelhos levemente flexionados e com dispositivo



Figura 4. Paciente posicionado em decúbito lateral com utilização de acolchoados em áreas de maior pressão.

12. NOTIFICAÇÃO DA LESÃO POR PRESSÃO

A notificação da LP, independentemente, do seu estágio, deverá ser feita por meio de notificação eletrônica Vigihosp. É uma ferramenta on-line pela qual o Setor de Gestão da Qualidade (STGQ) centralizará as notificações de incidentes ou queixas sobre fatos ocorridos durante a assistência à saúde, e permitirá identificar, analisar, tratar e monitorar os riscos, de forma a identificar falhas nos processos e ações de melhorias contínuas.

Devem ser notificados os dados completos do paciente, número do registro geral (RG), se já apresentava a lesão de pele na admissão no hospital (nesse caso, será considerada LP comunitária), descrição da LP e conduta adotada. Os dados do notificador e do notificado são sigilosos. Além de obter a informação, poderá registrar todas as ações realizadas para a melhoria da qualidade da assistência prestada pelo hospital, identificando as causas raízes, registrando ações e avaliando os resultados de maneira mais rápida.

O STGQ, mensalmente, irá preencher o Painel de Indicadores de Qualidade e Segurança do Paciente instituído pela Ebserh, bem como irá notificar aos órgãos regulatórios conforme legislação vigente – NOTIVISA/assistência à saúde, no qual é notificada a ocorrência da LP, estágio, grau de dano, dados do paciente e da internação, fatores contribuintes, fatores

atenuantes do dano, ações de melhoria e ações para reduzir o risco. O estágio III e IV é considerado *never event*, ou seja, evento que nunca deveria ocorrer em serviços de saúde.

13. MECANISMO DE INVESTIGAÇÃO DA LESÃO POR PRESSÃO

A partir da notificação da LP, é realizada investigação reflexiva e abrangente, na qual se tem uma reconstrução de uma situação para o entendimento dos fatores contribuintes, com coleta de dados com o paciente e/ou acompanhante, profissionais de saúde e prontuário. Para a coleta de dados é aplicado um *checklist* para direcionamento da investigação. O *checklist* é baseado nas medidas preventivas de LP deste protocolo.

Os dados serão compilados para análise de causa raiz (Diagrama de Ishikawa) com objetivo de levantar os riscos diretos e latentes da cadeia de eventos. A partir da identificação da causa raiz, é elaborado um Plano de Ação, pela equipe envolvida, a fim de implementar mecanismos de gestão de melhoria contínua da segurança e da qualidade.

14. INDICADOR DE MONITORAMENTO DA LESÃO POR PRESSÃO

- Indicador da taxa de incidência da LP é:

Incidência:
$$\frac{\text{nº de casos novos}}{\text{nº de pacientes expostos ao risco de adquirir LP}} \times 100$$

O numerador é o número de casos novos de pacientes com LP em um determinado período e o denominador é o número de pessoas expostas ao risco de adquirir LP (pacientes internados) no período, multiplicado por 100.

15. REFERÊNCIAS

1. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Práticas de segurança do paciente em serviços de saúde: prevenção de lesão por pressão**. NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/Anvisa no 05/2023 (1º Versão atualizada da NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES Nº 03/2017). 2023. 31p. 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>
2. BECKMAN, D.; SCHOONHOVEN, L.; FLETCHER, J et al. Pressure ulcers and incontinence-associated dermatitis: effectiveness of the pressure ulcer classification education tool on classification by nurses. **Qual Saf Health Care**, p. 1-4, 2010.
3. BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). **Regulamento da atuação da equipe de enfermagem no cuidado aos pacientes com feridas**. Resolução 0567 de 2018.
4. BRASIL. Ministério da Saúde; Anvisa; Fiocruz. **Protocolo para prevenção de úlcera por pressão**. Brasília, 2012.
5. BURKIEWICZ, C.J.C.C.; GUADAGNIN, F.A.; SKARE, T.L et al. Vitamina D e cicatrização de pele: estudo prospectivo, duplo cego, placebo controlado na cicatrização de úlceras de perna. **Rev. Col. Bras. Cir.**, v. 39, n. 5, p. 401-07, 2012.
6. CHOU R; DANA T, BOUGATSOS C; et al. Pressure ulcer risk assessment and prevention: a systematic comparative effectiveness review. **Ann Intern Med.**, v. 159, n. 1, p. 28-38, 2013.
7. CONSENSO INTERNACIONAL. Uso adecuado de los apósitos de plata em las heridas. Consenso del grupo de trabajo de expertos. London: **Wound International**, 2012.
8. EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALRES. Serviço de Gestão da Qualidade. **Diretriz EBSEH para monitoramento e avaliação em segurança do paciente**: gestão voltadas para

resultados efetivos e seguros. v. 3. 1 ed. Brasília: DF, 2016.

9. FERREIRA, A. M. et al. Conhecimento e prática de acadêmicos de enfermagem sobre cuidados com portadores de feridas. **Esc. Anna Nery.**, v. 17, n. 2, abr/jun, 2012.
10. GLÓRIA, M. B; JOANE, M. D; HOWARD, K. B. **Classificação das intervenções de enfermagem NIC.** 5. Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.
11. MCNICHOL, L et al. Identifying the right surface for the right patient at the right time: generation and content validation of an algorithm for support surface selection. **Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing**, St Louis, v. 42, n. 1, p. 19-37, 2015.
12. MOORE ZEH; COWMAN S. Risk assessment tools for the prevention of pressure ulcers. **Cochrane Database of Systematic Reviews.** 2014.
13. MUNRO, C.A. The development of a pressure ulcer risk-assessment scale of perioperative patients. **AORN JOURNAL**, v. 92, n. 3, p. 272-87, 2010.
14. NANDA INTERNACIONAL. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I (2015- 2017).** Tradução de Regina Machado Garcez. 10. ed. Porto Alegre (RS): Artmed, 2015.
15. National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP). **Pressure Ulcer Stages Revised.** Washington, 2016.
16. OLKOSKI, E; ASSIS, G. M. Aplicação de medidas de prevenção para úlceras por pressão pela equipe de enfermagem antes e após uma campanha educativa. **Esc. Anna Nery.**, v. 20, n. 2, 2016.
17. RESTREPO-MEDRANO, J. C., SORIANO, J. V. Development of a wound healing index for chronic wounds. **EWMA Journal.**, v. 12, n. 2, p. 39-46, 2012.
18. ROGENSKI, N.M.B et al. Incidência de úlceras por pressão após a implementação de um protocolo de prevenção. **Rev Lat Am Enfermagem**, v. 20, n. 2, 07 telas, 2012.
19. SANTOS C.T; ALMEIDA M.A; LUCENA A.F. The Nursing Diagnosis of risk for pressure ulcer: content validation. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, v.24, e2693, 2016.
20. SANTOS CT. **Desenvolvimento e validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem risco de úlcera por pressão** [dissertação de mestrado]. Porto Alegre (RS): Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2014.
21. SCHULTZ, G.S.; SIBBALD, G., FALANGA, V et al. Wound bed preparation: a systematic approach to wound management. **Wound repair and regeneration**, v. 11, p. 1-28, 2003.
22. SHIESARI, L.; PETROLINO, H.M.B.S. **Qualidade e segurança no cuidado ao paciente.** Caderno do curso 2014. São Paulo: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa; Ministério da Saúde, 2014.
23. SILVA ROCHA, L. E. et al. Prevenção de úlceras por pressão: avaliação do conhecimento dos profissionais de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, v. 20, n. 3, set. 2015.
24. SPEAR, M. Wound exudate: the good, the bad, and the ugly. **Plastic surgical nursing**, v. 32, n. 2, p. 77-80, 2012.
25. STACCIARINI, T.S. G.; CUNHA, M.H. **Procedimentos operacionais padrão em enfermagem.** Atheneu: São Paulo, 2014, 442p.
26. THOMPSON, N.; BSCOT, L.G., BOWLES, H et al. Reliability and validity of the revised photographic wound assessment tool on digital images taken of various types of chronic wounds. **Advances in skin& wound care**, v. 26, n. 8, p. 360-73, 2013.
27. UNITED KINGDON. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). **Pressure ulcers: prevention and management of pressure ulcers.** London, 2014.
28. WORLD UNION OF WOUND HEALING SOCIETIES. Principles of best practice. **Wound exudate and the role of dressings.** A consensus document. London, 2007.



16. HISTÓRICO DE ELABORAÇÃO/REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA AÇÃO/ALTERAÇÃO
1	24/7/2018	Elaboração do Protocolo (PRT)
2	8/9/2020	Revisão do documento e adequação ao novo modelo
3	9/1/2023	Revisão do documento
4	14/4/2025	Atualização do documento e inserção em novo modelo

17. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO

<p>Elaboração da versão atual (versão 4) – data: 27/2/2025 Thais Santos Guerra Stacciarini, enfermeira, Serviço de Educação em Enfermagem (SEE) da Divisão de Enfermagem (DENF) e membro da Comissão de Protocolos Assistenciais Multiprofissionais (CPAM); Rosa Maria Leal, enfermeira dermatológica da DENF Raquel Bessa Ribeiro Rosalino, chefe da Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente (UGQSP)</p> <p>Validação técnica – data: 25/3/2025 Raquel Bessa Ribeiro Rosalino, chefe da UGQSP</p> <p>Aprovação – data: 27/2/2025 Thais Santos Guerra Stacciarini, membro validador da CPAM</p> <p>Registro, validação de forma e revisão – data: 14/4/2025 Ana Paula Corrêa Gomes, coordenadora da Comissão de Gestão da Qualidade Documental</p>
<p>Elaboração da versão 3 – data: 9/1/2023 Raquel Bessa Ribeiro Rosalino, chefe da UGQSP</p> <p>Validação Mariana Salomão Braga, coordenadora da CPAM e chefe da Divisão Médica substituta</p> <p>Registro, análise e revisão Ana Paula Corrêa Gomes, chefe da Unidade de Planejamento, Gestão de Riscos e Controles Internos</p> <p>Aprovação Andreia Duarte de Resende, gerente de atenção à saúde substituta</p>
<p>Elaboração da versão 2 – data: 8/9/2020 Márcia Regina Mendes de Paula, enfermeira da Unidade de Gestão de Riscos Assistenciais (UGRA); Alessandra Assis Lima, chefe da Unidade de Vigilância em Saúde e Qualidade Hospitalar; Quenia Cristina Gonçalves da Silva, chefe da UGRA</p> <p>Validação Fernanda Carolina Camargo, chefe do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente</p> <p>Registro, análise e revisão Ana Paula Corrêa Gomes, chefe da Unidade de Planejamento</p> <p>Aprovação Andreia Duarte de Resende, gerente de atenção à saúde substituta</p>
<p>Elaboração da versão 1 – data: 24/7/2018 Thais Santos Guerra Stacciarini, enfermeira, responsável técnica (RT)/SEE da Divisão de Enfermagem e membro do Núcleo de Protocolos Assistenciais Multiprofissionais (NPM); Adriana Feliciano Melo, enfermeira do Serviço de Curativos do Ambulatório Maria da Glória</p> <p>Validação Mara Danielle F P Rodrigues, chefe da Divisão de Enfermagem; Rosana Huppel Engel, enfermeira do SEE; Aldenora Laisa Paiva de Carvalho Cordeiro, enfermeira do SEE; Taciane C Santana, fisioterapeuta do Serviço de Educação em Reabilitação e membro do NPM; Fernando de Freitas Neves, médico infectologista; Luiz Gustavo Fagundes Nunes, médico da cirurgia vascular; Anderson L Simoni, médico da cirurgia vascular; João Paulo V Santos, médico da cirurgia geral e torácica; Marco Aurélio Sertório Grecco, médico ortopedista; João Lázaro da Silva, médico da cirurgia geral e clínica geral; Guilherme Pardi, médico da gerontologia; Luciana Colombo Tiveron, médica da cirurgia plástica; Rosa Helena Aparecida Gonçalves, enfermeira do Núcleo de Métodos Gráficos; Juliana S Alencar, chefe da Unidade de Apoio a Gestão em Enfermagem; Milva Guimarães Leal, assistente social, RT do Serviço Social; Ione Lucilene Garcia, psicóloga do Serviço de Psicologia; Ivone Aparecida Vieira da Silva, chefe da Unidade de Atenção Psicossocial; Ana Lúcia L Moreira Almeida, chefe da Unidade de Nutrição Clínica; Daniel Gustavo S Carleto, terapeuta ocupacional e RT da Terapia Ocupacional; Daniela Galdino Costa, enfermeira da UGRA; Patrícia Borges Peixoto, chefe da UGRA; Luciana Paiva Romualdo, enfermeira da UGRA; Eliene Machado Freitas Félix, chefe da Divisão Médica e coordenadora do NPM</p> <p>Registro, análise e revisão Ana Paula Corrêa Gomes, chefe da Unidade de Planejamento</p> <p>Aprovação Colegiado Executivo</p>

APÊNDICE A - Folder de Cuidado Pós-Alta

! Realizar o banho com água morna e sabonete neutro, para evitar ressecamento e irritações na pele.

! Evitar massagear áreas de proeminência óssea que se encontram avermelhadas.

! Hidratar a pele com cremes à base de ácidos graxos essenciais. Suspender o uso do produto se suor excessivo ou alergias.

! Proteger a pele do excesso de umidade, trocando a fralda e lençóis, sempre que úmidos. Higienizar a genitália com água e sabonete neutro, secar e aplicar pomada protetora em virilha e região anal, após cada evacuação.

! Observar diariamente a integridade da pele. Se houver alguma alteração, consultar um médico/enfermeiro para avaliação.

! Ingerir bastante líquidos, principalmente água, desde que não haja restrição médica.

! Ingerir alimentos ricos em proteínas, pois a falta de nutrientes deixa a pele mais frágil. Consultar restrições alimentares com nutricionista/médico.

! Comunicar ao nutricionista/médico perda de peso.

! Se for de interesse, procurar orientação do médico/enfermeiro quanto a outros materiais disponíveis no mercado para a proteção da pele.

! Pessoas cadeirantes, levantar o peso de seu corpo, com auxílio dos braços da cadeira, pelo

tempo que suportar. Repetir a ação a cada 15 minutos (Figura 6).

! Utilizar assento acolchoado.




Figura 6

Orientações específicas

Responsável:


Unidade:

Contato:

Unidade Básica de Referência




Enfermeiro:

Telefone de contato:



Cuidados domiciliares na prevenção de lesão por pressão

Divisão de Enfermagem
Serviço de Educação em Enfermagem

O que é a Lesão por Pressão?

É uma lesão na pele sobre uma proeminência óssea, causada pelo aumento da pressão e/ou atrito, quando uma pessoa fica muito tempo na mesma posição. Pode se apresentar desde manchas vermelhas escuras, bolhas e escoriações, até dano total da pele, com possível comprometimento de músculos e ossos.



Figura 1- Mancha vermelha

Figura 2- Lesão profunda

Quem apresenta maior risco para desenvolver este tipo de lesão?

- ! Pessoas acamadas
- ! Pessoas em cadeira de rodas

Essas pessoas têm o risco aumentado quando apresentam também:

- ! Idade avançada (idosos)
- ! Incontinências urinária e fecal
- ! Deficiência nutricional proteica
- ! Anemia, diabetes mellitus, pressão baixa
- ! Magreza ou obesidade

Quais os principais locais de risco para lesão por pressão?

- ! Regiões do corpo onde há proeminência óssea, ou seja, áreas onde os ossos ficam mais salientes na pele (Figura 3).
- ! Área posterior da cabeça (occipital).
- ! Ombros, região superior das costas (escápula) e cotovelos.
- ! Região baixa das costas (sacro).
- ! Nádegas (isquilo).
- ! Calcaneares.
- ! Região superior lateral da coxa (trocanter).
- ! Ao lado do pé (maléolo).

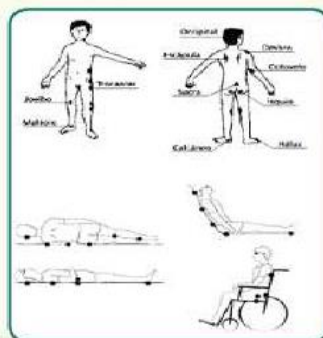


Figura 3 - Locais de risco para a lesão por pressão

Como prevenir?

- ! Utilizar colchão de boa qualidade (densidade 33 a 45).
- ! Manter posição confortável na cama, sem deslizar sobre a mesma.
- ! Manter os lençóis da cama sempre bem esticados, sem dobras ou costuras em contato com a pele.
- ! Realizar mudanças de posições na pessoa acamada, no máximo, a cada 2 horas – lados esquerdo e direito e de costas (Figuras 4 e 5).
- ! Proteger a pele das proeminências ósseas e elevar os calcaneares com a utilização de almofadas de espuma (Figuras 4 e 5).



Figura 4

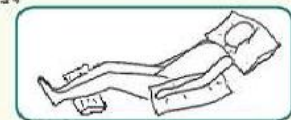


Figura 5

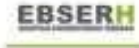
- ! Ao mudar a pessoa da cama para cadeira ou vice-versa, sempre levanta-la e nunca arrastá-la, pois o atrito (arrastar) pode causar lesão na pele

ANEXO A - Escala de Braden



<p>Percepção sensorial: Capacidade de reagir significativamente à pressão relacionada ao desconforto</p>	<p>1- Totalmente limitada: Não sente (ou sente, não se queixa) a nada, ou se queixa) a coisas dolorosas, devido ao nível de consciência diminuído ou devido a sedação, ou capacidade limitada de sentir dor na maior parte do corpo.</p>	<p>2- Muito limitada: Frequentemente reage a certos tipos dolorosos. Não é capaz de comunicar o desconforto exceto através de gemido ou agitação. Ou possui alguma deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais da metade do corpo.</p>	<p>3- Levemente limitada: Responde ao comando verbal, mas nem sempre é capaz de comunicar o desconforto ou expressar necessidade de ser mudado de posição ou tem um certo grau de deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.</p>	<p>4- Nenhuma limitação: Responde ao comando verbal. Não tem déficit sensorial que limite a capacidade de sentir ou desconforto</p>
<p>Umidade: Nível ao qual a pele é exposta à umidade</p>	<p>1- Completamente molhada: A pele é mantida molhada quase constantemente por transpiração, urina, etc... A umidade é detectada às intervenções do paciente.</p>	<p>2- Muito molhada: A pele está frequentemente, mas nem sempre molhada. A roupa de cama deve ser trocada pelo menos uma vez por dia.</p>	<p>3- Ocasionalmente molhada: A pele fica ocasionalmente molhada quando uma troca extra de roupa de cama por dia.</p>	<p>4- Raramente molhada: A pele permanece está seca, a troca de roupa de cama é necessária somente nos intervalos de rotina.</p>
<p>Atividade: Grau de atividade física</p>	<p>1- Acumulado: Confined a cama</p>	<p>2- Confinado à cadeira: A capacidade de andar está severamente limitada ou não. Não é capaz de sustentar o próprio peso ou precisa ser ajudado a se sentar</p>	<p>3- Anda ocasionalmente: Anda ocasionalmente dentro e fora, embora distâncias sejam curtas, com ou sem ajuda. Passa a maior parte de cada turno na cama ou cadeira</p>	<p>4- Anda frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos 2 vezes por dia e dentro do quarto pelo menos uma vez a cada 2 horas durante os turnos em que está acordado</p>
<p>Mobilidade: Capacidade de mudar e controlar a posição do corpo.</p>	<p>1. Totalmente imóvel: Não faz nem mesmo pequenas mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda.</p>	<p>2. Bastante Limitado: Faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou extremidades mas é incapaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sem ajuda.</p>	<p>3. Levemente Limitado: Faz frequentes, embora pequenas mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda.</p>	<p>4. Não apresenta limitações: Faz importantes e frequentes mudanças de posição sem auxílio</p>
<p>Nutrição: padrão usual de consumo alimentar.</p>	<p>1. Muito Pobre: Pouca ou nenhuma refeição completa. Bastante com mais de 1/3 do alimento oferecido. Come 2 porções ou menos de proteína (carne ou batido) por dia. Ingere pouca líquido. Não aceita suplementos alimentares líquidos. Ou é mantido em jejum ou nutrido em dieta líquida ou IV por mais de 5 dias.</p>	<p>2. Provavelmente Insuficiente: Bastante com uma refeição completa e geralmente come cerca da metade do alimento oferecido. A ingestão de proteína inclui somente 2 porções de carne ou batido por dia. Ocasionalmente aceita um suplemento alimentar. Ou recebe abaixo da quantidade satisfatória de dieta líquida ou alimentação por sonda.</p>	<p>3. Adequado: Come mais da metade da maioria das refeições. Come um total de 3 porções de alimento rico em proteína (carne ou batido) todo dia. Ocasionalmente mantém uma refeição, mas geralmente aceita um complemento oferecido. Ou é alimentado por sonda ou regime de Nutrição Parenteral Total, o qual provavelmente satisfaz a maior parte das necessidades nutricionais.</p>	<p>4. Excelente: Come a maior parte de cada refeição. Nunca recebe uma refeição. Geralmente ingere um total de 4 ou mais porções de carne ou batido. Ocasionalmente come entre as refeições. Não requer suplementos alimentares</p>
<p>Fricção e cisalhamento</p>	<p>1. Problema: Baixa assistência resistida a esforços para se mover. É impossível levantar-lí ou erguê-la completamente sem que haja atrito com o lençol. Frequentemente escorrega na cama ou cadeira, necessitando frequentes ajustes de posição com máximo de assistência. Espantabilidade, irritação ou agitação leva a quase constante fricção</p>	<p>2. Problema em potencial: Move-se, mas, sem vigor ou requer mínima assistência. Durante o movimento provavelmente ocorre um certo atrito da pele com o lençol, cadeira ou outro. Na maior parte do tempo mantém posição relativamente boa na cama ou cadeira mas ocasionalmente escorrega</p>	<p>3. Nenhum Problema: Move-se sozinho na cama ou cadeira e tem suficiente força manual para erguer-se independentemente durante o movimento. Sempre mantém boa posição na cama ou na cadeira.</p>	

ANEXO B - Escala Braden Q



✚ 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 frequentes, embora pequenas, na posição do corpo ou das extremidades, sem ajuda.	4. Nenhuma limitação: Faz mudanças importantes e frequentes na posição do corpo, sem ajuda.
ATIVIDADE Grau de atividade física.	1. Acionado: 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. Desambulação ocasional: deambula ocasionalmente durante o dia, porém por distâncias bem curtas, com ou sem ajuda. Passa a maior parte do tempo no leito ou na cadeira.	4. Crianças jovens demais para deambular ou deambulam frequentemente, deambula fora do quarto pelo menos duas vezes por dia e dentro do quarto pelo menos uma vez a cada duas horas durante as horas 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 enrola ou se agita), devido à diminuição do nível de consciência, ou redução 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, acosta por gemido ou inquietude; 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 limita 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 perceptível 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, os trocos de fraldas são feitos de rotina e as roupas de cama necessitam ser trocadas apenas a cada 24h.
FRICÇÃO/ CISALHAMENTO Fricção: a pele se move contra as estruturas de suporte. Cisalhamento: a pele e a superfície óssea adjacente deslizam uma sobre a outra.	1. Problema importante: a espasticidade, a contractura, o prurido ou a agitação levam a criança debater-se no leito e há fricção quase constante.	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.	3. Problema Potencial: movimento-se com dificuldade ou necessita de mínima assistência. Durante o movimento, provavelmente ocorre atrito entre a pele e os lençóis, cadeira, colina ou outros dispositivos. A maior parte do tempo mantém uma posição relativamente boa na cadeira e no leito, mas ocasionalmente escorrega.	4. Nenhum problema aparente: Capaz de levantar-se completamente durante uma mudança de posição. Movimento-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.
NUTRIÇÃO Padrão habitual de consumo alimentar.	1. Muito pobre: em jejum e/ou mentido com ingestão hídrica ou hidratação IV por mais de 2 dias ou albumina < 2,5 mg/dl ou nunca come uma refeição completa. Raramente come mais da metade de algum alimento oferecido. O consumo de proteínas inclui apenas duas porções de carne ou derivados de leite por dia. Ingerir pouco líquido. Não ingere suplemento dietético líquido.	2. Inadequada: dieta líquida por sonda ou NPP que fornece calorias e minerais insuficientes para a idade ou albumina < 3 mg/dl ou raramente come uma refeição completa. Geralmente come apenas a metade de algum alimento oferecido. O consumo de proteínas inclui apenas três porções de carne ou derivados de leite por dia. Ocasionalmente ingere suplemento dietético.	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 ocusa uma refeição, mas geralmente toma suplemento dietético, se oferecido.	4. Excelente: dieta oral que fornece calorias suficientes para a idade. Por exemplo, consome 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.
PERFUSÃO TEGUMENTAL E OXIGENAÇÃO	1. Externamente comprometida: hipotensão (PAM <55 mmHg, <40 mmHg em recém-nascido) ou o paciente não tolera as mudanças de posição.	2. Comprometida: normotensa. Apresenta saturação de oxigênio <95% ou a hemoglobina <10 mg/dl ou o tempo de enchimento capilar >2 segundos. O pH arterial <7,42.	3. Adequada: normotensa. Apresenta saturação de oxigênio >95% ou a hemoglobina >10 mg/dl ou o tempo de enchimento capilar <2 segundos. O pH arterial é normal.	4. Excelente: normotensa. Apresenta saturação de oxigênio >95%, a hemoglobina normal e o tempo de enchimento capilar <2 segundos.

Variação - 7-28 pontos. Escore 28: sem risco de úlcera de pressão; Escore 7: risco máximo.

Fonte: versão traduzida: MAIA, A.C.A.R., PELLEGRINO, D.M.S., BLANÉS, L., DINI, G.M., FERREIRA, L.M. 2011.

ANEXO C - Escala de PUSH

Escala de PUSH

Quadro 1 - Características e respectivos subescores

Comprimento X Largura	0 0 cm ²	1 < 0.3 cm ²	2 0.3-0.6 cm ²	3 0.7-1.0 cm ²	4 1.1-2.0 cm ²	5 2.1-3.0 cm ²	6 3.1- 4.0 cm ²	7 4.1-8.0 cm	8 8.1-12.0 cm ²	9 12.1-24.0 cm ²	10 >24.0 cm ²
Quantidade Exsudato	0 Ausente	1 Pequena	2 Moderada	3 Grande							
Tipo de Tecido	0 Ferida Fechada	1 Tecido Epitelial	2 Tecido de Granulação	3 Esfacelo	4 Tecido Necrótico						

TABELA DE CICATRIZAÇÃO DA ULCERA DE PRESSÃO

- Nome do paciente: _____
- Data da avaliação inicial: _____
- Número de UP (até 4): _____
- Localização e Estágio das UP:

UP nº 1		UP nº 2		UP nº 3		UP nº 4	
Localização	Estágio	localização	estágio	localização	estágio	localização	estágio
S ()	I ()	S ()	I ()	S ()	I ()	S ()	I ()
M ()	II ()	M ()	II ()	M ()	II ()	M ()	II ()
T ()	III ()	T ()	III ()	T ()	III ()	T ()	III ()
C ()	IV ()	C ()	IV ()	C ()	IV ()	C ()	IV ()
Outra: _____		outra: _____		outra: _____		outra: _____	

S: sacra/ M: maleolar/ T: trocântérica/ C: calcânea