

PROTOCOLO

HUAP-UFF/EBSERH

PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO

Versão: 4 / Ano: 2024



1. OBJETIVOS

GERAIS

- Reduzir a incidência de lesão por pressão adquirida durante a hospitalização no Hospital Universitário Antônio Pedro da Universidade Federal Fluminense (HUAP-UFF);
- Nortear os profissionais quanto às condutas adequadas para a prevenção e o tratamento de lesão por pressão no HUAP.

ESPECÍFICOS

- Identificar e classificar os pacientes com risco para Lesão por pressão (LP);
- Implementar ações preventivas nos pacientes com risco para LP;
- Identificar precocemente LP em estágio inicial (I);
- Avaliar e classificar as Lesões por Pressão;
- Estabelecer condutas para o tratamento das LP instaladas, de acordo com as características clínicas, emocionais e sociais do paciente.

2. DESCRIÇÃO

As lesões por pressão (LP) são consideradas problemas de saúde pública mundial, constituindo um desafio para os serviços de saúde. A incidência desse tipo de lesão é considerada um indicador de qualidade da assistência de enfermagem (INJURY ALIANCE, 2019; BRASIL, 2019), pois seu surgimento, traz implicações negativas para o paciente como: dor, alteração na autoimagem, aumento do tempo de internação, vulnerabilidade a infecções, podendo levar a sepse e até mesmo a morte. Além do alto custo para a instituição, diante dos gastos com insumos específicos para a realização de curativos, e até mesmo cirurgias reparadoras.

Frente a esse cenário, o Ministério da Saúde (MS) publicou no dia primeiro de abril de 2013, a Portaria nº. 529, que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), o qual compõe-se de seis eixos para a prevenção de danos, entre eles a prevenção de lesões por pressão. Destaca-se a meta 6 da RDC 36 do Ministério da Saúde, que preconiza a avaliação dos pacientes, estabelecendo ações preventivas (BRASIL, 2014).

Diferentes órgãos internacionais têm contribuído para o fortalecimento do conhecimento e o direcionamento do cuidado para prevenção e tratamento da LP, como a organização norte-americana National Pressure Injury Advisory Panel (NPIAP), a European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) e a Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA). Estes órgãos objetivam desenvolver recomendações baseadas em evidências que possam ser usadas por profissionais de saúde em todo o mundo (INJURY ALIANCE, 2019)

A identificação imediata do paciente em risco possibilita a adesão a critérios preventivos mais eficazes, de acordo com a sua necessidade. Nesse sentido, destaca-se a necessidade de identificar fatores intrínsecos como idade avançada, comorbidades (doenças crônicas como diabetes, hipertensão arterial, doença renal, cardiovascular, neuromuscular, gastrointestinal e imunossupressão), deficiência nutricional, desidratação,



alteração temperatura, uso de medicamentos (aminas, antiinflamatórios, quimioterapia), incontinência urinária, fecal ou dupla, com história prévia de LP, radioterapia, diálise, entre outras. Além desses fatores, ressalta-se a importância de prevenir a ocorrência de fatores extrínsecos como a pressão exercida sobre regiões de proeminência óssea, umidade, calor, fricção e cisalhamento.

A avaliação criteriosa do paciente permite ainda a identificação precoce da lesão e o estabelecimento de estratégias para o alcance dos objetivos do tratamento, uma vez que a reparação tecidual é um processo sistêmico.

Portanto, esse protocolo justifica-se pela necessidade de manter todos os profissionais de saúde atualizados acerca da avaliação do risco e implementação das ações preventivas, visando a eliminação e/ou minimização dos fatores de risco. Nos casos de impossibilidade de prevenção, a identificação em estágio inicial pelo profissional diretamente envolvido no cuidado torna-se fundamental na perspectiva de estabelecer, o mais rápido possível, estratégias individualizadas para conter esse evento adverso.

2.1 PREVENÇÃO

O protocolo de prevenção de lesões por pressão inclui as seguintes intervenções:

2.1.1. Identificar e classificar os pacientes com risco para LP

A identificação do risco exige avaliação personalizada dos fatores intrínsecos e extrínsecos. A identificação de fatores intrínsecos é de extrema importância para tentar corrigi-los ou minimizá-los, quando possível. Quanto aos fatores extrínsecos (pressão, fricção, cisalhamento e maceração), importa mencionar que estão diretamente relacionados aos cuidados de enfermagem (CAVALCANTI et al., 2020)

Para identificar e classificar os pacientes quanto ao risco de LP, o Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP) padronizou a Escala de Braden (adultos) e Braden Q (crianças de 29 dias a 13 anos de idade), conforme anexos.

O enfermeiro deverá aplicar a Escala de Braden ou Braden-Q na admissão dos pacientes nas unidades de internação, a reavaliação deverá ocorrer diariamente. Os domínios das escalas Braden e Braden Q, são direcionadas para a identificação e avaliação das alterações no estado clínico do paciente quanto a: 1. percepção sensorial; 2. umidade; 3. atividade física; 4. mobilidade; 5. nutrição; 6. fricção e cisalhamento; 7. perfusão tissular e oxigenação.

O risco será definido mediante escore obtido. Na escala de Braden variam entre: Risco muito alto (6 a 9), risco alto (10 a 12), risco moderado (13 a 14), baixo risco (15 a 18), sem risco (19 a 23). Na Braden Q são: ≤ 16 , em risco e > 16 , sem risco.

Importante mencionar que a avaliação do paciente não deve ser restrita a aplicação da Escala de Braden, mas sim contemplar uma avaliação holística (física, clínica, emocional e social) (CAVALCANTI et al., 2020). Portanto, a partir da avaliação do risco apresentado, o enfermeiro deverá prescrever medidas de prevenção individualizadas, no impresso de plano terapêutico do paciente, disponível na unidade.

O enfermeiro deve atentar para a presença de lesões por pressão já existentes no momento da admissão, registrando a região e características da lesão no prontuário do paciente.



2.1.2 Ações preventivas nos pacientes com risco para LP

- Inspeccionar a pele dos pacientes em risco, diariamente;
- Realizar higienização da pele com água e sabão neutro, evitando força e fricção;
- Não massagear proeminências ósseas e áreas com hiperemia;
- Aplicar creme hidratante na pele, após o banho e reaplicar sempre que necessário;
- Estimular ingestão hídrica, exceto quando contraindicado;
- Estimular ingestão alimentar prescrita, auxiliando na oferta, quando necessário e quantificar/qualificar a aceitação, registrando no prontuário;
- Nos casos de deficiência do estado nutricional ou ingestão 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;
- Evitar fricção, protegendo proeminências ósseas com filme de poliuretano não estéril nos pacientes classificados como risco moderado;
- Utilizar espumas adesivas de silicone em proeminências ósseas, que estão sujeitas às forças de fricção e cisalhamento, nos pacientes classificados como risco alto ou muito alto;
- Elevar os calcâneos dos pacientes com mobilidade deficiente, utilizando coxins;
- Proteger a pele sob dispositivos médicos, que causam pressão e fricção (colar cervical; pronga nasal; cânula; órteses; tubo traqueal e outros), com gases, compressas ou dispositivos específicos, como placas de hidrocoloide;
- Utilizar colchão piramidal nos pacientes classificados com risco baixo e moderado;
- Utilizar colchão pneumático nos pacientes com risco alto ou muito alto;
- Estimular a movimentação no leito, auxiliar na mudança de decúbito e/ou promover mudanças posturais (sentar-se à beira leito, e/ou na poltrona, posicionar de pé à beira leito), de acordo com as necessidades e limitações do paciente, observando os casos em que houver contraindicação (fratura instável, piora do padrão hemodinâmico, presença de LP, desconforto respiratório, pós-operatório, fixadores externos e outros);
- Manter cabeceira elevada a 30°, com apoio de um travesseiro/coxin entre proeminências ósseas ou entre áreas do corpo com maior pressão com colchão, para melhor distribuição do peso de pacientes com risco moderado, alto ou muito alto, exceto nos casos de contraindicação médica;
- Realizar mudança de decúbito a cada 2 ou 3 horas no paciente com mobilidade reduzida ou acamado, de acordo com o risco apresentado pelo paciente;
- Trocar fraldas a cada eliminação, evitando exposição da pele a umidade, conforme orientações do POP específico para prevenção e tratamento da DAI;
- Utilizar adesivos hipoalergênicos e retirá-los com auxílio de emolientes, conforme orientações do protocolo institucional de prevenção e tratamento de lesão por fricção;
- Fazer rodízio na fixação de cateteres e outros dispositivos médicos;
- Evitar fricção do lençol com a pele, durante troca de roupa de cama;
- Evitar cisalhamento, durante posicionamento do paciente no leito;
- Orientar o paciente/ familiar/ acompanhante/ cuidador no processo de prevenção durante a internação, preparando para alta hospitalar, a fim de garantir condições para a continuidade dos cuidados preventivos no domicílio.

OBS: As medidas preventivas também devem ser adotadas nos pacientes com LP já instalada.

Quadro 1- Plano de trabalho multiprofissional

Agente	Intervenções	Não conformidades
Risco leve (15 a 18 pontos na escala de Braden)		
Equipe Multiprofissional	Manter roupa de cama limpa, seca, esticada; evitar dobras e costuras em contato direto com a pele; atenção após os atendimentos assistenciais e ao risco de lesão por fricção.	Em caso de sujidade ou umidade no lençol, comunicar a equipe de enfermagem para a troca.
	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	Inspecionar a pele sobre as áreas suscetíveis ao desenvolvimento de LPP dos pacientes pertencentes ao grupo de risco.	O enfermeiro deverá reavaliar o plano de cuidados, se identificada a lesão.
	Inspecionar a pele sob dispositivos médicos a cada 6 horas. Registrar os achados.	
	Aplicar solução à base de ácidos graxos essenciais sobre as áreas suscetíveis ao desenvolvimento de LPP, uma vez por plantão (Manhã - M/Tarde - T/Noite – T).	Suspender o uso da solução, quando o paciente apresentar sudorese intensa ou alergia.
	Higienizar a pele com sabonete hipoalergênico e água morna, diariamente (banho) e manter o paciente limpo e seco.	
	Não massagear a pele sobre proeminências ósseas no banho e na aplicação de soluções/cremes	
	Realizar higiene íntima com água e sabonete líquido e aplicar protetores cutâneos tópicos, sem excesso, nas regiões genital, inguinal e perianal, imediatamente, após as eliminações.	
	Pesar o paciente.	Se perda de peso, comunicar ao médico ou ao nutricionista.
	Oferecer/Auxiliar na oferta da dieta hospitalar prescrita, quando necessário.	



Equipe de enfermagem	Quantificar/qualificar a aceitação da refeição e de líquidos. Registrar no prontuário.	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.
	Investigar presença de dor local.	Se dor presente, investigar as causas e os fatores que aliviam ou pioram.
Equipe de enfermagem Fisioterapeuta	Auxiliar a mudança de decúbito. Estimular movimentação no leito (utilizar quadros de aviso).	A determinação do decúbito e do tempo deverá atender as necessidades e limitações do paciente.
Terapeuta Ocupacional	Promover mudanças posturais, após prévia avaliação, de acordo com as necessidades e limitações do paciente como sentar à beira leito, sentar na poltrona e posicionar de pé à beira leito.	Não realizar as mudanças posturais, quando houver instabilidade hemodinâmica, fraturas não corrigidas, presença de dor e risco de queda. Retornar a posição inicial, caso o paciente apresente algum desconforto (dor, cansaço, lipotímia, câimbras e outros).
Risco Moderado (13 e 14 pontos na escala Braden) <i>Continuar com as intervenções do risco leve</i>		
Enfermagem	Realizar mudança de decúbitos (lateral direito, dorsal e lateral esquerdo), no máximo, a cada 2 horas.	A determinação do decúbito e do tempo deverá atender as necessidades e limitações e condições do paciente (fratura instável, piora do padrão hemodinâmico, presença de LPP, desconforto respiratório, pós-operatório, fixadores externos e outros).
Fisioterapeuta	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.	
Terapeuta Ocupacional	Colocar bota de proteção para calcâneos e maléolos (espuma ou gel)	

	Utilizar colchão de fluxo de ar.	
	Orientar os pacientes restritos à cadeira de rodas a promover a sua mobilização, elevando a região glútea, com apoio dos membros superiores, a cada 15 minutos, para aliviar áreas sob pressão.	
Enfermeiro	Posicionar coberturas protetoras (placas de hidrocoloide ou filme transparente de poliuretano) na pele sobre proeminências ósseas que estão sujeitas às forças de fricção e cisalhamento e mantê-las por até 7 dias.	Retirar a cobertura protetora, antes do prazo estabelecido, se bordas soltas e mudança de coloração.
Risco alto/ Muito alto (menor ou igual a 12 pontos na escala Braden)		
Equipe Multiprofissional	Utilizar colchão pneumático.	

Fonte: autoria própria.

2.2 TRATAMENTO

Os objetivos do tratamento da lesão por pressão incluem: Identificar precocemente a LP; avaliá-la e categorizá-la, utilizando o Sistema de Classificação da National Pressure Injury Advisory Panel (NPIAP); tratá-la conforme extensão do dano tissular, efetuando a limpeza, aplicação das terapias tópicas e intervenções sistêmicas, quando necessário; e registrar em prontuário.

2.2.1. Avaliação da LP

As lesões deverão ser avaliadas a cada troca de curativo, observando o tempo de existência, as características da lesão (estadiamento; tamanho; tipo de tecido; características do exsudato; bordas) e da pele adjacente.

De acordo o INJURY ALIANCE, 2019, Conforme o NPIAP, as lesões por pressão devem ser classificadas seguindo os esquemas abaixo:

Quanto ao estadiamento:

ESTÁGIO 1	Pele íntegra com eritema não branqueável, após a remoção de pressão, ou com alterações na sensação, temperatura ou consistência. No paciente com pele escura a hiperemia não reativa pode passar despercebido, sendo necessário maior atenção.
ESTÁGIO 2	Perda parcial da espessura da pele com exposição da derme. O leito da lesão é viável, rosa ou vermelho, úmida e pode se apresentar como uma flictena com exsudato seroso intacto ou rompido.
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.
NÃO ESTADIÁVEL	Perda da pele em sua espessura total e perda tissular não visível, devido a cobertura densa de esfacelo ou escara.
TISSULAR PROFUNDA	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.
RELACIONADA A DISPOSITIVO MÉDICO	Resulta do uso de dispositivos criados e aplicados para fins diagnósticos e terapêuticos. A lesão por pressão resultante geralmente apresenta o padrão ou forma do dispositivo. Essa lesão deve ser categorizada usando o sistema de classificação de lesões por pressão. Pode variar de hiperemia a lesões abrasivas mais profundas.
EM MEMBRANAS MUCOSAS	É encontrada quando há histórico do uso de dispositivos médicos no local do dano. Devido à anatomia do tecido, essas lesões não podem ser categorizadas.

Quanto ao tipo de tecido:

VIÁVEL	<p><i>Tecido de granulação: vermelho vivo ou róseo, brilhante, úmido e granular ou vermelho pálido e opaco (em risco).</i></p> <p><i>Tecido epitelial – novo tecido de coloração róseo ou brilhante, que se desenvolve a partir das bordas ou como “ilhas” na superfície da lesão.</i></p> <p>Obs.: A hipergranulação (excesso de tecido de granulação; friável; vermelho pálido) é considerado como condição desfavorável.</p>
INVIÁVEL	<p>Esfacelo ou necrose de liquefação: (consistência delgada, mucóide e macia; firme ou frouxamente aderida ao leito ou bordas da lesão; coloração amarela, branca ou acinzentada).</p> <p>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).</p>

Quanto ao tipo de exsudato:

SEROSO	Consistência fina; aquosa e clara
SERROSSANGUINOLENTO	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.

Quanto à quantidade de exsudato:

NENHUM/SECO	O curativo primário não tem fluido, é seco; pode estar aderido na lesão.
PEQUENO/ÚMIDO	O 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 extensivamente molhado e o extravasamento poderá estar ocorrendo; a pele perilesional poderá estar macerada; a troca de curativo é necessária com mais frequência para o tipo de curativo utilizado.

Quanto à existência de Espaço Morto:

LOJA	Espaço morto abaixo da pele íntegra.
TÚNEL	Canal que se aprofunda no leito da ferida.
FÍSTULA EXTERNA	Canal entre uma víscera e a pele.
Obs.: É importante identificá-lo, descrever a localização e a profundidade em centímetros.	

Quanto ao Tipo de Borda:

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).

Quanto à pele adjacente à lesão:

PRESERVADA	Íntegra.
PREJUDICADA	Alteração de sensibilidade (dor; anestesia; formigamento; prurido); Alteração da consistência (edema; endurecida); Alteração da temperatura (quente ou fria);

	Alteração da coloração (pálida ou avermelhada); Alteração de textura (descamada; ressecada; macerada); Alteração de integridade (vesículas/bolhas, erosão, skin tear, etc).
--	---

A técnica de realização do curativo deve respeitar os critérios de Turner: Manter umidade no leito da lesão; Remover excesso de exsudato; Permitir a troca de gases entre o meio interno e externo; Ser impermeável a bactérias; Ser isento de partículas; Promover o isolamento térmico; Permitir a retirada sem traumatismos (CAVALCANTI et al., 2020).

2.3.1. Limpeza e desbridamento

A limpeza da lesão e da pele adjacente visa remover secreções, tecidos desvitalizados soltos, micro-organismos e resíduos das coberturas tópicas, preservando o tecido de granulação e minimizando riscos de trauma e/ou infecção.⁵

A limpeza deverá ser realizada seguindo técnica asséptica, com a utilização de soro fisiológico (SF 0,9%) morno e em jato. A solução aquosa de polihexanida 0,1% (PHMB) poderá ser indicada somente nos casos de feridas crônicas, com necessidade de controle antimicrobiano. Quando indicada, deve-se umedecer uma fina camada de gaze com PHMB e deixar agir na lesão por 10 minutos; não é necessário lavar em seguida.

O desbridamento é a remoção do tecido desvitalizado, que deverá ocorrer após a limpeza, sem agredir o tecido de granulação. Pode ser realizada por meio dos seguintes processos:

Quadro 2- Tipos de debridamento.

1ª opção	Enzimático - cobertura tópica primária com enzimas proteolíticas; e/ou Autolítico - cobertura tópica primária com facilitadores da ação dos macrófagos e da atividade proteolítica endógena;
2ª opção	Mecânico / Instrumental conservador - tesoura/bisturi
3ª opção	Cirúrgico (feito exclusivamente pelo cirurgião, sob anestesia, no centro cirúrgico)

Fonte: autoria própria.

ATENÇÃO:

1. O desbridamento conservador ou cirúrgico deverá ser indicado quando o desbridamento pelo meio enzimático ou autolítico não for suficiente (COREN RJ, 2013).
2. 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 do produto tópico (enzimático ou autolítico), para facilitar a penetração do produto.

3. Não é recomendado desbridar necroses aderidas e duras localizadas especialmente, nos membros inferiores, e nos calcâneos (PAULA et al., 2020)

O anexo da Resolução COFEN nº 567 de 2018 define a atuação dos profissionais Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem no tratamento de feridas, entre elas: “executar o desbridamento autolítico, enzimático, mecânico e instrumental (COFEN, 2018).

2.3.2 Coberturas utilizadas

Independentemente do tipo de cobertura indicada, o alívio da pressão no local da lesão deve ser a primeira conduta a ser realizada em qualquer estágio (CAVALCANTI et al., 2020). A prescrição das coberturas será embasada na observação clínica, avaliando o tipo de tecido, estadiamento da lesão, quantidade de exsudato, presença de sangramento, sensibilidade à dor e presença de infecção, conforme o quadro a seguir:

Quadro 3 - Tipos de cobertura

COBERTURAS PRIMÁRIAS			
Estágio	Características	Coberturas	Troca
ESTÁGIO 1 (HIPEREMIA NÃO BRANQUEÁVEL)	Áreas com exposição à umidade	Óxido de Zinco	A cada troca de fraldas
		Creme barreira	A cada 6 h
		Spray barreira	1 x ao dia
	Áreas com pouca exposição ao cisalhamento/fricção	Ácido Graxo Essencial (AGE)	A cada 6h ou a cada troca de fralda.
	Áreas com moderada/alta exposição ao cisalhamento/fricção	Creme ou spray barreira	A cada 6h
		Espuma de poliuretano adesiva protetora/ Hidrocolóide	Até 07 dias, sendo necessária a reavaliação a cada 24h
	Bolha Intacta	AGE + Gaze	A cada 24h
	Lesão superficial sem e/ou com pouco exsudato	AGE/ Hidrogel (obs.: se utilizar gaze, umidificar a que ficar em contato com o gel) / Hidrocolóide Ou espuma	A cada 24

ESTÁGIO 2			Malha não aderente estéril	A cada 24h
	Lesão superficial com exsudato moderado		AGE / Hidrogel (obs.: se utilizar gaze, umidificar a que ficar em contato com o gel) / PHMB gel ou Malha não aderente estéril	Até 24h
ESTÁGIO 3 OU 4	Escara	Sem sangramento	Papaína 10% ou 20%	Cada 24 h
	Necrose úmida	Com sangramento;	PHMB gel	Cada 24 h
		Necrose mista; Intolerância à papaína.	Alginato de cálcio e sódio	Cada 48h
	Esfacelo	Pouco/moderado	Papaína 6%, 8% e 10%	Cada 24 h
		Camada Espessa		
		Com sangramento; Tecido misto; Intolerância à papaína.	Hidrogel 2% PHMB gel (obs.: se utilizar gaze, umidificar a que ficar em contato com o gel)	Cada 24 h
	Exsudato em grande quantidade	Sem infecção	Alginato de cálcio e sódio (placa ou fita)	Até 48h (trocar antes em caso de saturação)
		Com infecção	Alginato de cálcio e sódio com prata (placa)	Até 48h (trocar antes em caso de saturação ou odor)
			Hidrofibra com prata	Cada 24 horas
			Espuma de poliuretano com prata	Até 48 h ou antes em caso de saturação.
Tecido de granulação	Sem sangramento	Hidrogel 2% / Papaína 2%	Cada 24 horas	
	Sem/Com sangramento;	Malha não aderente estéril	A cada 48 horas	

		Sensibilidade à papaína;	Hidrogel 2% (obs.: se utilizar gaze, umidificar a que ficar em contato com o gel)	A cada 24 horas
	Ferida complexa	Desbridada	Solicitar avaliação através de formulário de parecer	
ESTÁGIO 2, 3 E 4 JÁ EPITELIZADA – Creme de uréia (10%), Creme de AGE, protetor cutâneo, filme transparente.				
PELE PERILESIONAL de feridas úmidas – Utilizar creme barreira como primeira opção e/ou spray barreira quando houver necessidade de fixação de curativo com adesivos.				
COBERTURAS SECUNDÁRIAS				
Coberturas			Orientações	
Gaze estéril			Lesões superficiais/profundas e secas/baixa a moderada exudação.	
Compressa acolchoada/cirúrgica estéril			Lesões profunda e com alta exudação.	
Espuma de poliuretano com borda de silicone			Lesões superficiais/profundas com baixa, moderada e alta exudação.	
Hidrocolóide/ malha não aderente estéril			Lesões superficiais e com baixa exudação (em uso de géis ou não)	
DISPOSITIVOS DE FIXAÇÃO				
Fitas adesivas			Orientações	
Fita hipoalergênica (micropore)			Em pacientes sem alterações de pele preexistentes.	
Fita hipoalergênica com dorso de não tecido de poliéster e livre de látex			Em pacientes com pele com extrema fragilidade e edema importante.	
Fita de silicone			Utilizar conforme orientação estrita da comissão de prevenção e tratamento de feridas.	
Filme transparente			Em pacientes alérgicos ao esparadrapo e micropore; lesões extensas, com exsudato em grande quantidade, de difícil aderência.	
Esparadrapo			Evitar utilizar em contato direto com a pele. Utilizar como última opção na ausência dos demais dispositivos.	

Fonte: autoria própria.

2.4. Intervenções sistêmicas

A terapia sistêmica deverá estar voltada ao tratamento ou controle dos fatores intrínsecos identificados no paciente durante a avaliação e que, diretamente ou indiretamente interferem no processo de cicatrização da LP. Para tanto, é necessário considerar as competências técnicas e legais de cada categoria profissional (PAULA, et al., 2020).

2.4.1. Análise laboratorial

A análise laboratorial é uma ferramenta indicada como critério de avaliação no processo cicatricial da lesão, detecção de processo infeccioso 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) (PAULA, et al., 2020).

2.4.2. Estudo microbiológico

A análise microbiológica da lesão poderá ser indicada quando a LP não apresentar uma evolução esperada e sinais e sintomas locais e/ou sistêmicos de infecção, como: 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 (PAULA, et al., 2020).

A coleta de material microbiológico deverá ser realizada em tecido viável, após a limpeza. No HUAP, pode ser realizada através da coleta de tecido por meio de biópsia após desbridamento cirúrgico.

Se o resultado microbiológico confirmar a infecção da lesão, o tratamento sistêmico com antimicrobianos será determinado pelo médico, considerando os resultados laboratoriais e o estado clínico do paciente (PAULA, et al., 2020).

Na presença de sinais de infecção, é indicada a utilização de cobertura com prata. O tempo máximo de uso de um mesmo agente tópico é de 15 dias (PAULA, et al., 2020).

A investigação do diagnóstico de osteomielite deverá ser realizada em lesões estágio 4 a partir do 14º dia de infecção (PAULA, et al., 2020).

2.5. Registro das características da lesão e conduta adotada

O registro deverá ser feito no prontuário do paciente diariamente. É importante que todos os profissionais façam os seus registros, conforme avaliação e conduta que lhe compete.

Na evolução de enfermagem, deve constar minimamente: a localização anatômica; a classificação e dimensão da lesão; as características do tecido presente na lesão e na pele ao redor da ferida (prilesional); as características do exsudato (coloração, odor, quantidade); o nível de dor do paciente ao procedimento, a fim de avaliar necessidade de analgesia prévia; as condutas tomadas para a prevenção de outras LP e/ou tratamento, as coberturas utilizadas e a frequência de troca dos curativos. É necessário colocar data, horário, assinar e carimbar.



2.6. Notificação da Lesão por pressão

Basicamente, a notificação pode ser obtida por dois métodos: ativo ou passivo. No método ativo, há que se ter uma equipe para realizar busca ativa em diversas fontes de informação, como prontuários, prescrições e a própria equipe de saúde. A busca ativa pode ser deflagrada por “gatilhos ou pistas” ou simplesmente é feita a revisão de todos os pacientes de uma ou várias unidades em visitas ou rondas. No método passivo, amplamente utilizado por ser mais custo-efetivo que a busca ativa, é a chamada notificação voluntária. É passivo porque a equipe que investiga recebe as notificações que são enviadas voluntariamente. A notificação voluntária deve ser feita através de notificação eletrônica Vigihosp. É uma ferramenta online pela qual a Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente (UGQSP) centralizará as notificações de incidentes ou queixas sobre fatos ocorridos durante a assistência à saúde, e permite identificar, analisar, tratar e monitorar os riscos, de forma a identificar falhas nos processos e ações de melhorias contínuas. No caso da ocorrência de lesão por pressão, notificar em aba específica “Lesões de pele”. Devem ser notificados dados completos do paciente, 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 Setor de Gestão da Qualidade (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 notificado 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.

3. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO

- As ações preventivas aplicam-se a pacientes adultos e pediátricos hospitalizados ou em atendimento ambulatorial, identificados com risco para LP (escores nas escalas Braden ≤ 16 pontos - e Braden Q ≤ 16);
- As condutas para o tratamento de LP, adquiridas ou não na instituição, deverão ser aplicadas aos pacientes adultos e pediátricos.

4. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES

4.1. Equipe Multiprofissional

4.1.1. Estimular e/ou apoiar a saída do paciente do leito e a deambulação precoce, sempre que possível.

4.1.2. Participar do planejamento, execução e avaliação dos cuidados;

4.1.3. Solicitar parecer técnico da CPTF, quando necessário;



- 4.1.4. Realizar referência para serviços especializados ou especialistas, quando necessário;
- 4.1.5. Participar de grupos de estudos e realizar capacitações para uso de novas /tecnologias;
- 4.1.6. Participar do planejamento de alta hospitalar: capacitar e orientar pacientes e responsáveis sobre os cuidados de prevenção e tratamento de LP no domicílio;
- 4.1.7. Realizar a contrarreferência dos pacientes com LP para as unidades de atenção primária;
- 4.1.8. Esclarecer as dúvidas do paciente/família quanto ao acompanhamento ambulatorial, após alta hospitalar;
- 4.1.9. Avaliar se o paciente preenche os critérios para atendimento na modalidade de teleconsulta pós-alta hospitalar.

4.2. Enfermeiro

- Prevenção

- 4.2.1. Avaliar o risco do paciente no momento da admissão e diariamente⁴, utilizando a escala de Braden;
- 4.2.2. Identificar e classificar os pacientes que apresentam risco;
- 4.2.3. Prescrever as ações preventivas nos pacientes identificados com risco baixo, moderado e alto no formulário de Plano de cuidados, disponível a toda a equipe de enfermagem;
- 4.2.4. Registrar o risco de LP no Prontuário eletrônico AGHUX em local apropriado como passo a passo descrito no Anexo 11.1;
- 4.2.5. Realizar inspeção diária da pele dos pacientes em risco;
- 4.2.6. Verificar o estado de conservação dos dispositivos de mobilização e de redução de pressão e solicitar aos serviços competentes, reparos ou substituição;
- 4.2.7. Orientar o paciente, o cuidador e a equipe de enfermagem sobre as ações preventivas, conforme as necessidades individuais do paciente;

- Tratamento

- 4.2.8. Notificar os casos de LP que se apresentam no momento da internação do paciente ou as que de se desenvolverem durante a internação, descrevendo sua classificação, no Vigihosp (Sistema de Vigilância em Saúde e Gestão de Riscos Assistenciais Hospitalares);
- 4.2.9. Realizar os curativos de LP de maior complexidade;
- 6.2.10. Prescrever a terapia tópica e o período de troca do curativo, conforme estabelecido neste protocolo;



4.2.11. Avaliar e evoluir o paciente e sua lesão a cada troca de curativo, no prontuário e na planilha de controle de curativos da unidade;

4.2.12. Registrar a avaliação detalhada dos fatores intrínsecos e extrínsecos e das características da lesão, além da conduta estabelecida;

4.2.13. Capacitar/Supervisionar/Orientar/Monitorar a equipe de enfermagem quanto à adesão às ações de prevenção e tratamento e ao preenchimento dos formulários de registros.

4.2.14. Orientar o paciente, o cuidador e a equipe de enfermagem sobre o curativo, conforme as necessidades individuais do paciente e características da lesão.

4.3. Técnico/Auxiliar de Enfermagem

4.3.1. Implementar e checar o plano de intervenções de prevenção e tratamento prescrito pelo enfermeiro;

4.3.2. Realizar o curativo da LP de menor complexidade, conforme prescrição;

4.3.3. Inspeccionar diariamente condições da pele durante ou após banho, comunicando ao enfermeiro qualquer alteração e/ou não conformidades observadas.

4.4. Médico

4.4.1. Solicitar exames laboratoriais para a avaliação bioquímica;

4.4.2. Monitorar e intervir nos fatores intrínsecos e sistêmicos do paciente que o predispõe ao risco de LP;

4.4.3. 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;

4.4.4. Avaliar a lesão, acompanhar sua evolução e registrá-la no prontuário do paciente;

4.4.5. Solicitar a culturas, quando houver sinais sugestivos de infecção;

4.4.6. Prescrever terapia antimicrobiana sistêmica, quando necessário.

4.4.7. Realizar desbridamento cirúrgico em LP estágios 3, 4 ou indeterminado com complicações e sem evolução (cirurgia plástica);

4.4.8. Intervir nos casos diagnosticados ou suspeitos de LP estágio 4 ou indeterminado, para investigação de osteomielite (ortopedia e infectologia);

4.4.9. Intervir cirurgicamente na LP não infectada que esteja com borda descolada, enrolada, fibrótica e hipergranulada; com loja e/ou com perda substancial de tecido.

4.5. Nutricionista



4.5.1. Realizar consulta nutricional (avaliação clínica, bioquímica e antropométrica), mediante solicitação da equipe, para identificar os pacientes com fatores de risco nutricional;

4.5.2. Adequar a prescrição dietética incluindo a suplementação, conforme necessidades do paciente;

4.5.3. Acompanhar os exames laboratoriais para a avaliação bioquímica e nutricional (proteínas totais e frações, glicemia, vitaminas e hemograma);

4.5.4. Realizar a evolução clínica e nutricional dos pacientes com risco ou LP instalada e adequar a prescrição dietética, se necessário;

4.5.5. Acompanhar os pacientes com risco para LP, mediante solicitação, e adequar a prescrição dietética por via oral, cateter nasoenteral ou gastrostomia.

4.6. Fisioterapeuta

4.6.1. 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.

4.7. Fonoaudiólogo

4.7.1. Realizar avaliação fonoaudiológica dos pacientes com risco para disfagia (avaliação estrutural e funcional da deglutição), mediante solicitação de parecer, e acompanhá-los, quando necessário;

4.7.2. Indicar a adequação da consistência da dieta oferecida via oral ou de vias alternativas de alimentação, quando for o caso;

4.7.3. 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.

4.8. Psicólogo

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

4.9. Assistente Social

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



5. ALGORITMOS E FLUXOGRAMAS UTILIZADOS NA INSTITUIÇÃO

5.1. Algoritmo de cuidados com a pele



5.2. Algoritmo de prevenção e tratamento

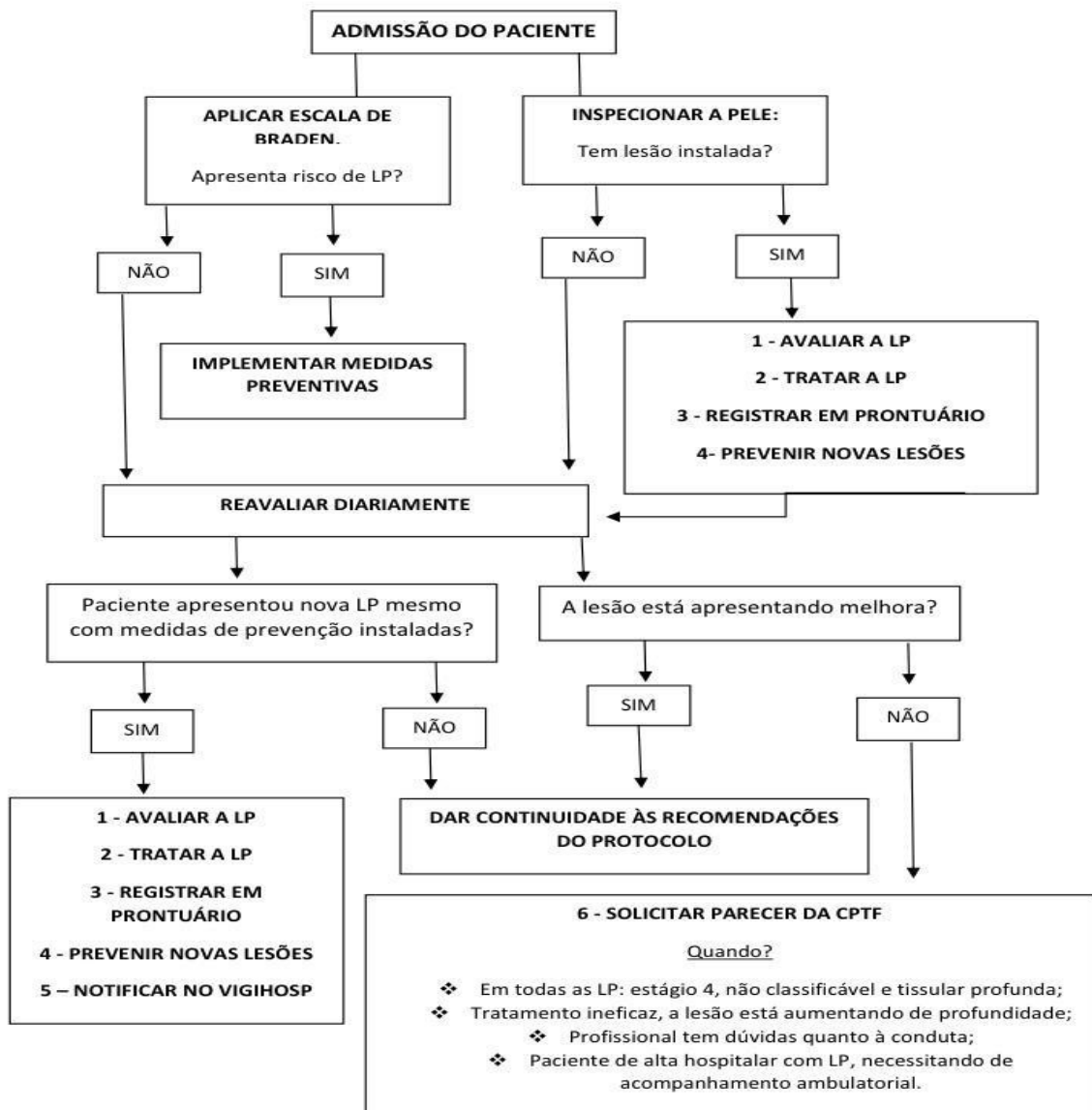


OBSERVAÇÃO:

A Escala de Braden deve ser aplicada na Admissão, diariamente e registrada em prontuário eletrônico.

*Quando o paciente do CTI for transferido para qualquer setor, preparar o leito com colchão pneumático.

5.3. Fluxograma de condutas



6. MONITORAMENTO

O monitoramento das lesões por pressão será realizado pela CPTF e pela Unidade de Gestão da Qualidade (UGQSP), através dos indicadores assistenciais e da notificação eletrônica no Vigihosp.

Os indicadores são essenciais para auxiliar no aprimoramento da qualidade da assistência prestada aos pacientes, visando a melhoria interna. Permite o monitoramento da qualidade da assistência e o planejamento de ações para uma maior efetividade e eficiência do cuidado de saúde. Promovem a análise dos casos quanto à sua distribuição, identificando os pacientes mais vulneráveis, as unidades de internação em que mais ocorrem LP e as áreas corporais que são mais frequentes. Assim, possibilita uma comparação de desempenho hospitalar (benchmarking).

O indicador da instituição é a Incidência de LP, ou seja, número de casos novos de pacientes com LP, dividido pelo nº de pacientes expostos ao risco de adquirir LP (pacientes internados), o total multiplicado por 100. Para o denominador desse indicador são considerados os pacientes com resultados de Escala de Braden igual ou menor do que 16.

A notificação eletrônica no Vigihosp, é uma ferramenta online que centralizará as notificações de incidentes ou queixas sobre fatos ocorridos durante a assistência à saúde, e permite identificar, analisar, tratar e monitorar os riscos, de forma a detectar possíveis falhas nos processos e ações de melhorias contínuas.

No HUAP, os dados para o indicador são obtidos por meio do preenchimento de uma planilha de indicadores, disponível em cada unidade, e preenchida pelo enfermeiro ao final de cada plantão (12h). O profissional enfermeiro, ao inspecionar diariamente a pele do paciente, deverá proceder a notificação imediata ao de casos novos detectados no HUAP.

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, visando identificar possíveis falhas no processo e para propor a melhoria da qualidade da assistência.



7. Engajamento do paciente/ acompanhante

O engajamento do paciente/ acompanhante é crucial para o sucesso do protocolo de prevenção de lesões por pressão. Para garantir sua adesão, são adotadas estratégias focadas na educação contínua e no apoio durante o tratamento. São elas:

Orientação Individualizada: Após a aplicação da escala de Braden e identificação do risco para lesão por pressão, os pacientes devem receber orientações individualizadas. Essas orientações devem ser claras e práticas, abordando a importância das mudanças de decúbito, tanto passivas quanto ativas. É fundamental que os pacientes compreendam que a mudança de posição, seja por iniciativa própria ou com auxílio, é crucial para evitar a pressão contínua nas áreas de proeminências ósseas.

Uso de Superfícies de Suporte: Orientar o paciente sobre a importância do uso de colchões pneumáticos, quando necessário, e coxins deve ser uma prioridade. A explicação deve ser detalhada, ressaltando como esses dispositivos ajudam na redistribuição da pressão e na proteção das áreas de risco. O paciente deve ser incentivado a usar os dispositivos de apoio de maneira correta e constante.

Autocuidado e Fiscalização: A equipe de enfermagem deve atuar de forma colaborativa, promovendo o autocuidado do paciente e incentivando-o a monitorar sua própria condição. Isso inclui a conscientização sobre a importância de evitar a permanência em posições que aumentem a pressão nas regiões críticas do corpo. A fiscalização periódica deve ser realizada pela equipe, com o objetivo de assegurar que o paciente esteja seguindo corretamente as orientações.

Informação e Suporte em Domicílio: Para pacientes com risco elevado ou lesões já instaladas, é fundamental fornecer materiais educativos, como o "Folder de orientação para prevenção e tratamento de lesões por pressão" em domicílio (Anexo 5). Este folder deve ser entregue ao paciente e seus familiares, com instruções claras sobre como proceder com o tratamento de lesões em casa e como prevenir o agravamento da condição. Além disso, o paciente deve ser informado sobre as medidas de tratamento que está sendo utilizada no hospital (quando há lesões já instaladas) e sobre como gerenciar a lesão fora do ambiente hospitalar (Folder de Tratamento de Lesões - Anexo 5).

Acompanhamento e Comunicação contínua: A comunicação com o paciente deve ser constante, com o objetivo de tirar dúvidas e reforçar as orientações dadas. Ela deve ser realizada pela equipe multiprofissional sempre que o paciente vier para acompanhamento ambulatorial.



8. REFERÊNCIAS

ANVISA. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. *Nota técnica GVIMS/GGTES/Anvisa nº 05/2023 - 1ª versão atualizada da Nota Técnica GVIMS/GGTES nº 03/2017: práticas de segurança do paciente em serviços de saúde: prevenção de lesão por pressão*. 2023.

BRASIL. *Segurança do paciente. Prevenção de lesão por pressão*. Portaria SES-DF nº 27, de 15/01/2019. Publicada no DODF nº 17 de 24/01/2019. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/Seguranca-do-Paciente-prevencao-de-Lesao-por-Pressao-LP-2.pdf>. Acesso em: 17 dez. 2024.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013*. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 17 dez. 2024.

CAVALCANTI, ACD et al. *Situações problema para o ensino de Fundamentos de Enfermagem no Ambiente Hospitalar*. Curitiba: Editora CRV, 2020.

COFEN. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. *Resolução COFEN nº 567 de 2018 que regulamenta a atuação da equipe de enfermagem no cuidado aos pacientes com feridas*. 2018.

COREN RJ. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO DE JANEIRO. CÂMARA TÉCNICA GESTÃO E ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM. *Parecer GTGAE 004/2013: desbridamento de feridas pelo enfermeiro*. 2013.

INJURY ALLIANCE; EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL; NATIONAL PRESSURE INJURY ADVISORY PANEL; PAN PACIFIC PRESSURE. *Prevenção e tratamento de úlceras/lesões por pressão: guia de consulta rápida*. 2019. Edição em português brasileiro. Emily Haesler (Ed.). EPUAP/NPIAP/PPPIA.

PAULA, MRM et al. *Protocolos de Enfermagem: Prevenção e Tratamento de Lesão por Pressão*. 2. ed. Minas Gerais: HC-UFTM/EBSERH, 2020. 28 p. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-uftm/documentos/protocolos-assistenciais/prevencao-e-tratamento-de-lesao-por-pressao-protocolo-nucleo-de-protocolos-assistenciais-multiprofissionais-08-2018-versao-2.pdf>. Acesso em: 17 dez. 2024.



Despacho - SEI

Processo nº 23818.023492/2024-88

Protocolo de prevenção e tratamento de lesão por pressão PRT.STGQ.UGQSP.006
ERSÃO 4

Página 24 de 37

9. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	11/2019	Elaboração
2	12/2021	Revisão e atualização de prevenção/ Inclusão de tratamento
3	12/2023	Revisão e atualização da prevenção/ tratamento de LPP e atualização da frequência da realização da Escala de Braden
4	12/2024	Revisão: Inclusão do engajamento do paciente no processo de prevenção/ tratamento de lesão por pressão.

10. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO

<p>Elaboração</p> <p>Cláudia Labriola de Medeiros Martins - CPTF</p> <p>Daniele Maciel do Couto Salles - CPTF</p> <p>Euzeli Brandão - CPTF</p> <p>Priscilla Garcia de Oliveira Monteiro - UGQSP</p>
<p>Análise</p> <p>Ana Paula Amorim Moreira - STGQ</p>
<p>Validação</p> <p>Priscilla Garcia de Oliveira Monteiro - UGQSP</p>
<p>Aprovação</p> <p>Veronica Alcoforado de Miranda - SUP</p>

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. © 2024, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados www.ebserh.gov.br



Documento assinado eletronicamente por **Priscilla Garcia De Oliveira Monteiro, Chefe de Unidade**, em 19/12/2024, às 16:24, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Daniele Maciel do Couto Salles, Enfermeiro(a)**, em 20/12/2024, às 07:45, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).

Documento assinado eletronicamente por **Claudia Labriola de Medeiros Martins, Enfermeiro(a)**, em 20/12/2024, às 07:46, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



[de 8 de outubro de 2015.](#)



Documento assinado eletronicamente por **Euzeli da Silva Brandão, Enfermeiro(a)**, em 20/12/2024, às 13:08, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Ana Paula Amorim Moreira, Chefe de Setor**, em 23/12/2024, às 09:12, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Michele Lopes Fagundes Nascimento, Superintendente, Substituto(a)**, em 23/12/2024, às 15:02, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



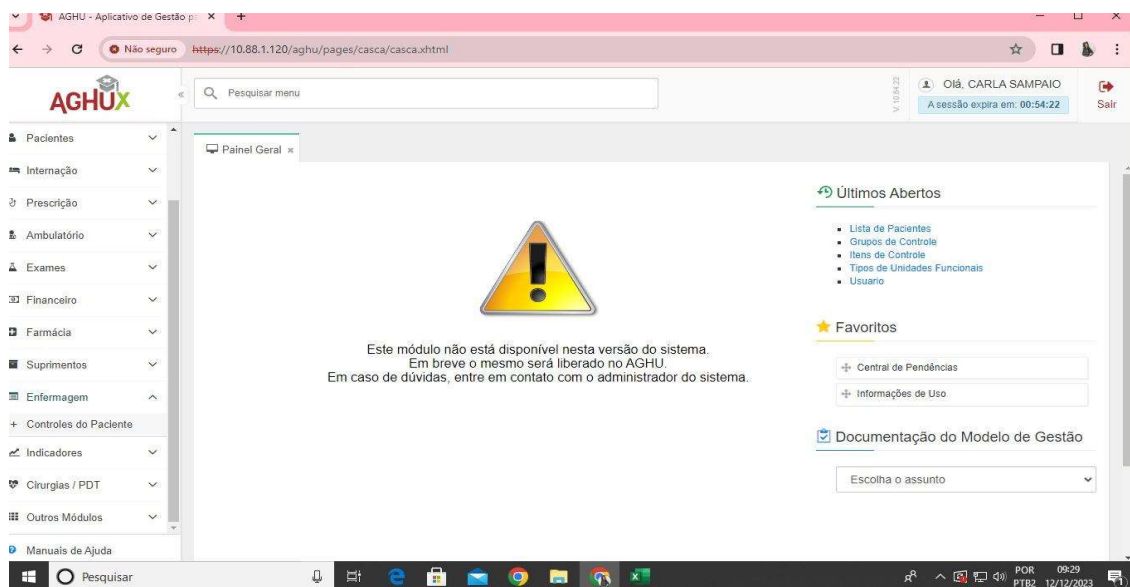
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **45390796** e o código CRC **B44F7189**.

Referência: Processo nº 23818.023492/2024-88 SEI nº 45390796

ANEXOS

ANEXO 1 - PRONTUÁRIO ELETRÔNICO AGHUX - LOCAL DE REGISTRO PARA ESCALA DE BRADEN

Figura 1 - 1º Passo para Registro da escala de Braden Q (Clicar em: Enfermagem > Controles do Paciente (coluna da esquerda))



Fonte: sistema AGHU (2024).

Figura 2 - 2º Passo (Abrir Lista de Pacientes > Selecionar o nome do paciente)

The screenshot shows a web browser window with the URL <https://10.88.1.120/aghui/pages/casca/casca.xhtml>. The page title is "AGHU - Aplicativo de Gestão p...". The user is logged in as "Olá, CARLA SAMPAIO" with a session expiration of "00:59:52". The main content area displays a "Lista de Pacientes" table with the following columns: Ações, Local, Nome, Idade, Prontuário, Data Atendimento, Especialidade, and Registro Controle. The table contains 10 rows of patient data, with names redacted by black bars.

Ações	Local	Nome	Idade	Prontuário	Data Atendimento	Especialidade	Registro Controle
	L.BOX001	[REDACTED]	80	[REDACTED]	23/09/23 14:02	MED INTERNA	
	Manter Registros do Controle	[REDACTED]	73	[REDACTED]	04/10/23 19:42	MED INTERNA	
	L.BOX006	[REDACTED]	56	[REDACTED]	07/08/23 12:30	MED INTERNA	
	L.BOX007	[REDACTED]	71	[REDACTED]	28/09/23 18:38	MED INTERNA	
	L.BOX008	[REDACTED]	63	[REDACTED]	15/06/23 19:08	MED INTERNA	
	L.BOX009	[REDACTED]	72	[REDACTED]	28/09/23 22:11	MED INTERNA	
	L.BOX010	[REDACTED]	82	[REDACTED]	16/09/23 20:40	MED INTERNA	
	U.1.2 -	[REDACTED]	76	[REDACTED]	30/09/23 17:38	MED INTERNA	
	U.1.2 -	[REDACTED]	36	[REDACTED]	02/10/23 19:15	MED INTERNA	
	U.1.2 -	[REDACTED]	61	[REDACTED]	24/09/23 15:02	MED INTERNA	
	U.1.2 -	[REDACTED]	69	[REDACTED]	04/10/23 18:03	MED INTERNA	

Fonte: sistema AGHU (2024).

Figura 3 - 3º Passo (Na aba Grupo - Escolher ESCALA DE BRADEN).

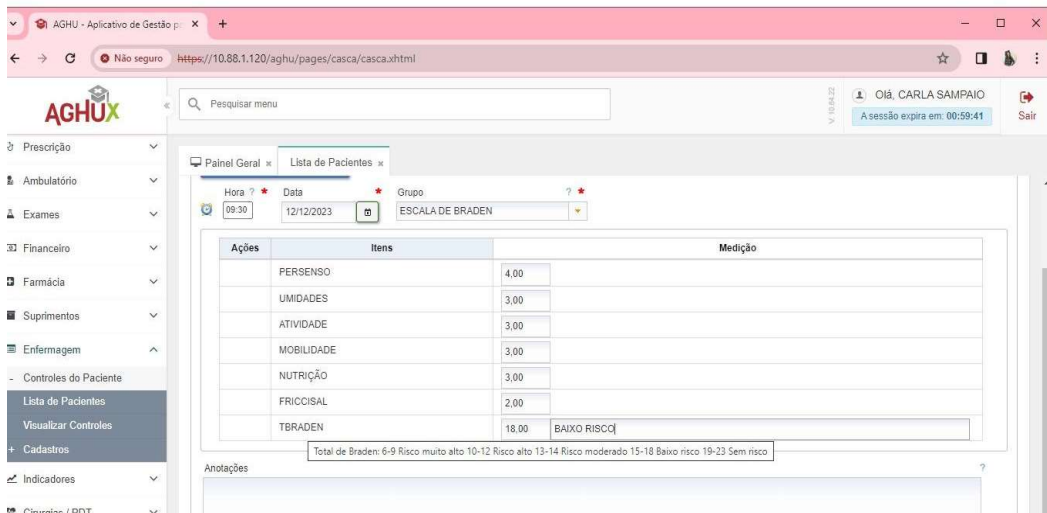
The screenshot shows the "Lista de Pacientes" page in the AGHU system. The "Grupo" dropdown is set to "ESCALA DE BRADEN". The form displays the following items and their corresponding measurement fields:

Ações	Itens	Medição
	PERSENSO	<input type="text"/>
	UMIDADES: Percepção Sensorial:1-Totalmente limitado 2-Muito limitado 3-Levemente limitado 4-Sem limitação	<input type="text"/>
	ATIVIDADE	<input type="text"/>
	MOBILIDADE	<input type="text"/>
	NUTRIÇÃO	<input type="text"/>
	FRICCISAL	<input type="text"/>
	TBRADEN	<input type="text"/>

Below the table is an "Anotações" field with a character limit of 4000. At the bottom, there are buttons for "Gravar", "Desfazer", and "Voltar".

Fonte: sistema AGHU (2024).

Figura 4 - 4º Passo (Preencher a pontuação respectiva de cada item, colocar pontuação total da Avaliação da Escala de Braden e o Risco correspondente. No campo "Anotações" podem ser feitos registros relacionados aos cuidados implementados frente ao risco encontrado)



The screenshot displays the AGHUX web application interface. The top navigation bar includes the AGHUX logo, a search menu, and user information for CARLA SAMPAIO. The main content area is titled 'Lista de Pacientes' and shows a table with columns for 'Ações', 'Itens', and 'Medição'. The table lists various items and their corresponding scores, with a total score of 18.00 and a risk level of 'BAIXO RISCO'. Below the table, there is a summary of the Braden scale and an 'Anotações' section.

Ações	Itens	Medição
	PERSENSO	4,00
	UMIDADES	3,00
	ATIVIDADE	3,00
	MOBILIDADE	3,00
	NUTRIÇÃO	3,00
	FRICCISAL	2,00
	TBRADEN	18,00

Total de Braden: 6-9 Risco muito alto 10-12 Risco alto 13-14 Risco moderado 15-18 Baixo risco 19-23 Sem risco

Anotações

Fonte: sistema AGHU (2024).

ANEXO 2 - ESCALAS BRADEN

FIGURA 5 - Escala de Braden Q pediátrica.

Escala de Braden Q: Avaliação de risco de UP em crianças (Idade: 30d - 14a)				
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. 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 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.
RECEPÇÃO SENSORIAL: Capacidade de responder de forma 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.
FRICÇÃO E CISCALHAMENTO: Capacidade da pele se mover contra as estruturas de suporte. A pele e a superfície seca adjacente deslizam uma sobre a outra.	1. Problema importante: A espasticidade, a contratura, 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 posicionamento frequente com o máximo de assistência.	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.	4. Nenhum problema aparente: Capaz de levantar-se completamente durante uma mudança de posição. Movimentase 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 mantido com ingestão hídrica e hidratação IV por mais de 5 dias ou albumina < 2,5 mg/dl ou nunca come uma refeição completa. Raramente come mais da metade de algum alimento oferecido. O consumo de proteínas inclui apenas duas porções de carne ou derivados de leite por dia. Ingerir pouco líquido. Não ingere suplemento dietético líquido.	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 recusa uma refeição, mas geralmente toma suplemento dietético, se oferecido.	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.
REFUSÃO TECNICAL E OXIGENAÇÃO	1. Extremamente comprometida: Hipotensão (PAM >50 mmHg, <40 mmHg em recém-nascido) ou o paciente não tolera as mudanças de posição.	2. Comprometida: Normotenso. Apresenta saturação de oxigênio 2 segundos. O pH sérico <7,40.	3. Adequada: Normotenso. Apresenta saturação de oxigênio 2 segundos. O pH sérico é normal.	4. Excelente: Normotenso. Apresenta saturação de oxigênio >95%, a hemoglobina normal e o tempo de enchimento capilar.

Fonte: PAULA et al. (2020).

Figura 6 – Escala de Braden para adulto.

ESCALA DE BRADEN

PERCEÇÃO SENSORIAL Capacidade de reagir significativamente à pressão relacionada ao desconforto.	1. Totalmente limitado: Não reage (não geme, não se segura a nada, não se esquivar) a estímulo doloroso, devido ao nível de consciência diminuído ou devido à sedação ou capacidade limitada de sentir dor na maior parte do corpo.	2. Muito limitado: Somente reage a estímulo doloroso. Não é capaz de comunicar desconforto exceto através de gemido ou agitação. Ou possui alguma deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	3. Levemente limitado: Responde a 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.	4. Nenhuma limitação: Responde a comandos verbais. Não tem déficit sensorial que limitaria a capacidade de sentir ou verbalizar dor ou desconforto.
UMIDADE Nível ao qual a pele é exposta a umidade.	1. Completamente molhada: A pele é mantida molhada quase constantemente por transpiração, urina, etc. Umidade é detectada às movimentações do paciente.	2. Muito molhada: A pele está frequentemente, mas nem sempre molhada. A roupa de cama deve ser trocada pelo menos uma vez por turno.	3. Ocasionalmente molhada: A pele fica ocasionalmente molhada requerendo uma troca extra de roupa de cama por dia.	4. Raramente molhada: A pele geralmente está seca, a troca de roupa de cama é necessária somente nos intervalos de rotina.
ATIVIDADE Grau de atividade física.	1. Acamado: Confinado a cama.	2. Confinado a cadeira: A capacidade de andar está severamente limitada ou nula. Não é capaz de sustentar o próprio peso e/ou precisa ser ajudado a se sentar.	3. Anda ocasionalmente: Anda ocasionalmente durante o dia, embora distâncias muito curtas, com ou sem ajuda. Passa a maior parte de cada turno na cama ou cadeira.	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 as horas em que está acordado.
MOBILIDADE Capacidade de mudar e controlar a posição do corpo.	1. Totalmente imóvel: Não faz nem mesmo pequenas mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda.	2. Bastante limitado: Faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou extremidades mas é incapaz de fazer mudanças frequentes ou significantes sozinho.	3. Levemente limitado: Faz frequentes, embora pequenas, mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda.	4. Não apresenta limitações: Faz importantes e frequentes mudanças sem auxílio.
NUTRIÇÃO Padrão usual de consumo alimentar.	1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 do alimento oferecido. Come 2 porções ou menos de proteína (carnes ou laticínios) por dia. Ingerir pouco líquido. Não aceita suplemento alimentar líquido. Ou é mantido em jejum e/ou mantido com dieta líquida ou IVs por mais de cinco dias.	2. Provavelmente inadequado: Raramente come uma refeição completa. Geralmente come cerca de metade do alimento oferecido. Ingestão de proteína inclui somente 3 porções de carne ou laticínios por dia. Ocasionalmente aceitará um suplemento alimentar ou recebe abaixo da quantidade satisfatória de dieta líquida ou alimentação por sonda.	3. Adequado: Come mais da metade da maioria das refeições. Come um total de 4 porções de alimento rico em proteína (carne e laticínios) todo dia. Ocasionalmente recusará uma refeição, mas geralmente aceitará um complemento oferecido. Ou é alimentado por sonda ou regime de nutrição parenteral total. O qual provavelmente satisfaz a maior parte das necessidades nutricionais.	4. Excelente: Come a maior parte de cada refeição. Nunca recusa uma refeição. Geralmente ingere um total de 4 ou mais porções de carne e laticínios. Ocasionalmente come entre as refeições. Não requer suplemento alimentar.
FRICÇÃO E CISCALHAMENTO	1. Problema: Requer assistência moderada a máxima para se mover. É impossível levá-lo ou erguê-lo completamente sem que haja atrito da pele com o lençol. Frequentemente escorrega na cama ou cadeira, necessitando frequentes ajustes de posição com o máximo de assistência. Espasticidade, contratura ou agitação leva a quase constante fricção.	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 outros. Na maior parte do tempo mantém posição relativamente boa na cama ou na cadeira mas ocasionalmente escorrega.	3. Nenhum problema: Move-se sozinho na cama ou cadeira e tem suficiente força muscular para erguer-se completamente durante o movimento. Sempre mantém boa posição na cama ou cadeira.	

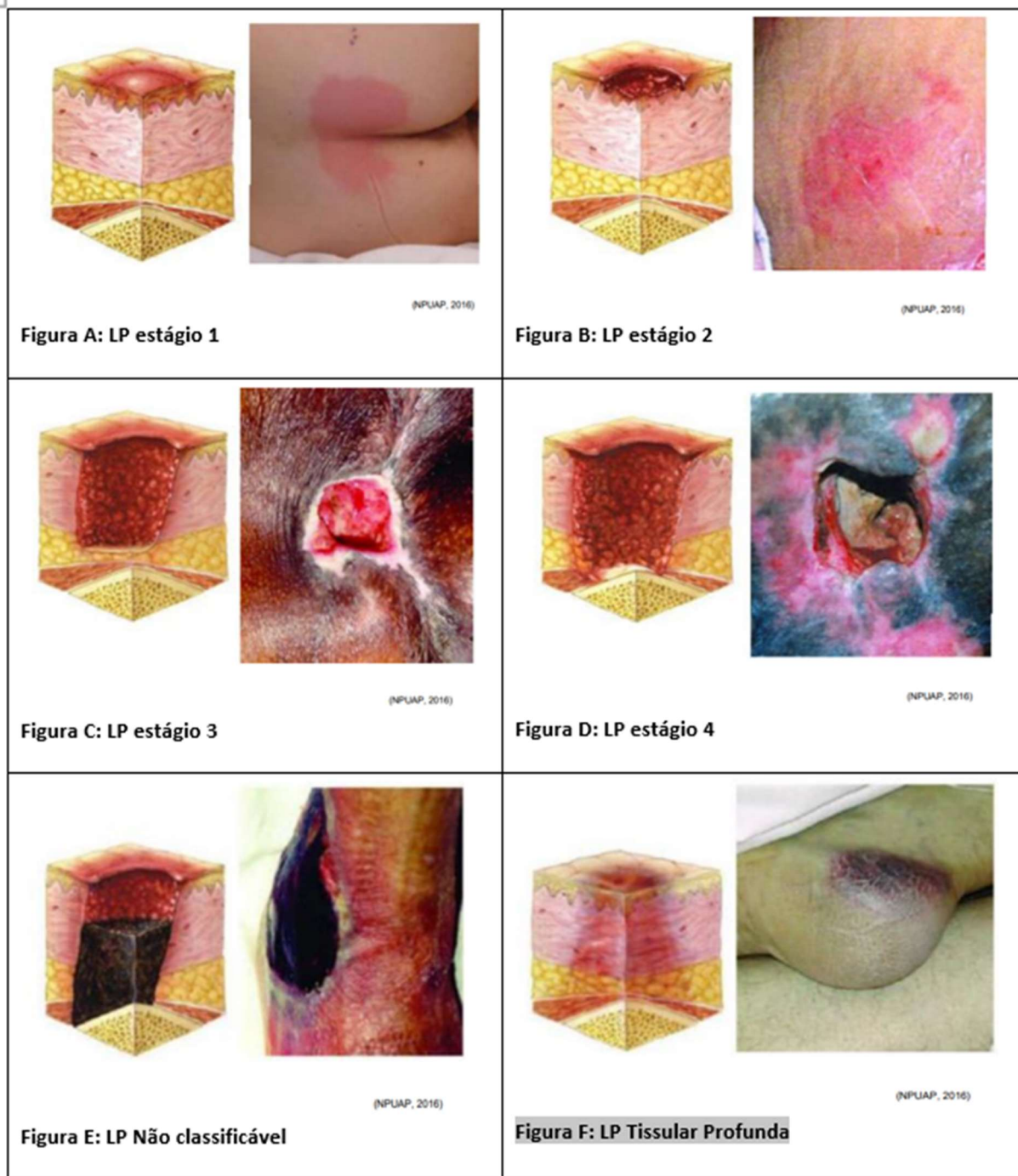
*Copyright© Braden, Bergstrom 1988. Adaptada e validada para o Brasil por Paranhos, Santos 1999. Disponível em: <<http://www.bradenscale.com/translations.htm>>
 Paranhos WY, Santos VLCG. Avaliação de risco para úlceras de pressão por meio da Escala de Braden, na língua portuguesa. Rev Esc Enferm USP. 1999; 33 (nº 191-206. Disponível em: <<http://143.107.173.8/reeusp/upload/pdf/799.pdf>>

Risco muito alto	6 a 9	Baixo risco	15 a 18
Risco alto	10 a 12	Sem risco	19 a 23
Risco moderado	13 a 14		

Fonte: sistema AGHU (2024).

ANEXO 3 - Figuras de LP, conforme classificação da NPIAP.

Figura 7 - Sistema de Classificação internacional - NPIAP.



Fonte: NPUAP/EPUAP/PPPIA (2014).


ANEXO 4 – INSTRUMENTOS DE CONDUTA

Figura 8 - Mapa de lesão.

Identificação	Descrição / Localização da ferida	Conduta
Data: Nome: Prontuário: Leito:		
Data: Nome: Prontuário: Leito:		
Data: Nome: Prontuário: Leito:		
Data: Nome: Prontuário: Leito:		
Data: Nome: Prontuário: Leito:		
Data: Nome: Prontuário: Leito:		
Data: Nome: Prontuário: Leito:		

Fonte: Autoria própria.

Figura 10 - Formulário de interconsulta

**INTERCONSULTA**
Solicitação de opinião de outro especialista sobre o caso já em tratamento na especialidade que a requisita
SERVIÇO DE AMBULATÓRIO
ATENÇÃO: USO EXCLUSIVO NO AMBULATÓRIO DO HUAP

Prontuário nº _____

Nome: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

Solicitação do serviço de _____, decorrente de **consulta** realizada em ____/____/____ na sala _____ do **AMBULATÓRIO DO HUAP**.

(PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)

Para o Serviço de _____, a fim de esclarecer o seguinte quadro clínico:

Informo que o paciente acima está agendado para retorno a este ambulatório no dia ____/____/____, necessitando pois que esta interconsulta seja realizada antes dessa data.
(caso haja qualquer dificuldade para o cumprimento deste prazo, o médico solicitante deverá ser comunicado)

Médico solicitante: _____
Assinatura e Carimbo

Resultado da interconsulta

Profissional emitente: _____
Assinatura e Carimbo

Fonte: HUAP (2024)



ANEXO 5 – FOLDER EDUCATIVOS

Figura 11- Folder instrutivo sobre as metas de segurança do paciente

5. HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

A higienização das mãos é a principal medida para a prevenção e redução das infecções hospitalares. Devem ser higienizadas com água e sabão ou álcool 70%, disponível próximo ao leito. Caso haja sujeira visível nas mãos o álcool 70% não é indicado.

É EXTREMAMENTE necessário que todos (acompanhantes, visitantes e profissionais) realizem a higiene das mãos antes e após tocar nos pacientes.

É fundamental que os acompanhantes e visitantes não circulem entre os leitos ou tentem auxiliar outros pacientes para evitar infecção cruzada. Caso necessário, chame o profissional de saúde.



6. REDUZIR O RISCO DE LESÕES E QUEDAS

As quedas podem acontecer devido a efeitos de remédios, alterações na pressão, dificuldades para andar, entre outros motivos. **PARA EVITAR QUEDAS SIGA AS ORIENTAÇÕES DADAS PELA EQUIPE DE SAÚDE.**

Para prevenir lesões por pressão devem ser adotadas medidas, tais como:

- Manter a pele seca e hidratada;
- Realizar a mudança de posição no leito, a cada 2-3 horas;
- Sentar fora do leito e caminhar sempre que for recomendado por a equipe assistencial.



Universidade Federal Fluminense
 Rede Ebserrh
 Hospital Universitário Antônio Pedro
 Setor de Gestão da Qualidade

Contato:
 Ramal - 9013
ugra.huape@ebserrh.gov.br

Para saber mais,
 acesse:



Elaborado por: Thairylla Porfirio, Tiago Arantes, Isabela Silveira, Eliza Souza, Jaíne Brito e Ccra Coralina Junqueira
 Revisado por: Priscilla Montalvo e Ana Paula Amorim

Segurança do Paciente

A Segurança do paciente compreende um conjunto de ações promovidas pelo hospital para reduzir o risco de danos relacionados ao cuidado em saúde. Para isso, são adotadas medidas para evitar danos decorrentes de identificação, comunicação entre profissionais de saúde, prescrição e administração de medicamentos, cirurgias, infecções, quedas e lesões de pele por pressão.






Fonte: HUAP (2024)

Conheça as metas internacionais de Segurança do Paciente da Organização Mundial da Saúde.

1. Identificar corretamente o paciente;
2. Melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde;
3. Melhorar a segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos;
4. Assegurar a cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente corretos;
5. Higienizar as mãos para evitar infecções;
6. Reduzir o risco de quedas e lesão por pressão.

Para um hospital mais seguro é importante:

- 1. IDENTIFICAR CORRETAMENTE O PACIENTE**

Todo o paciente deve ser identificado por pulseiras que, antes de qualquer procedimento (administração de medicamentos, hemotransfusão, coleta de sangue, etc), deve ser checada e sempre que possível, realizar a confirmação verbal do seu nome.

A pulseira deve conter minimamente dois dados de identificação além do nome completo. Sua pulseira é fundamental! Caso perca ou note que seus dados estão apagados solicite a substituição.
- 2. MELHORAR A EFETIVIDADE DA COMUNICAÇÃO**

O envolvimento do paciente e familiares é muito importante no tratamento, recuperação e cural. Uma boa comunicação com os profissionais de saúde pode garantir um cuidado mais seguro.

Durante seus atendimentos faça suas perguntas e se certifique de que foram respondidas e que você compreendeu. Caso sinta necessidade, convide um familiar ou amigo para acompanhá-lo (a) e ajudá-lo (a) a fazer suas perguntas e compreendê-las.
- 3. MELHORAR A SEGURANÇA NA PRESCRIÇÃO, USO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO**

Na internação, informe aos profissionais de saúde sobre todos os medicamentos que você faz uso em casa, e não faça uso de nenhum medicamento por conta própria!

Tire suas dúvidas sobre os medicamentos e em caso de um possível efeito adverso, informe ao profissional de saúde.
- 4. GARANTIR CIRURGIAS SEGURAS**

Informe sobre o seu histórico de saúde, pergunte sobre as orientações e cuidados que devem ser adotados antes, e após o procedimento. A equipe de saúde deve informar sobre seu procedimento e esclarecer todas as suas dúvidas.

Além disso, é fundamental que você NÃO venha para sua cirurgia usando unhas, cílios e cabelos postiços.

Fonte: HUAP (2024)

Figura 12 – Folder educativo de orientações para familiares



