

Tipo do Documento:	PROTOCOLO	PRT.SGQVS.UGRA.006 - Página 1 de 25	
Título do Documento:	PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO	Emissão: Dez/2021 Versão: 2	Próxima revisão: Dezembro/2023

1. SUMÁRIO
2. SIGLAS E CONCEITOS
3. OBJETIVOS
4. JUSTIFICATIVAS
5. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO
6. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS, RESPONSABILIDADES
 - 6.1. Equipe Multiprofissional
 - 6.2. Enfermeiro
 - 6.3. Técnico/Auxiliar de Enfermagem
 - 6.4. Médico
 - 6.5. Nutricionista
 - 6.6. Fisioterapeuta
 - 6.7. Fonoaudiólogo
 - 6.8. Psicólogo
 - 6.9. Assistente Social
7. PREVENÇÃO
 - 7.1. Identificar e classificar os pacientes com risco para LP
 - 7.2. Implementar ações preventivas nos pacientes com risco para LP
8. TRATAMENTO
 - 8.1. Avaliação da LP
 - 8.2. Limpeza e desbridamento
 - 8.3. Coberturas utilizadas
 - 8.4. intervenções sistêmicas
 - 8.5. Registro da Lesão
9. FLUXOGRAMAS
 - 9.1 Algoritmo de cuidados com a pele
 - 9.2. Algoritmo de prevenção e tratamento
 - 9.3. Fluxograma de condutas
10. MONITORAMENTO
11. ANEXOS
 - 11.1. Formulários de plano de cuidados
 - 11.2. Escala Braden Q
 - 11.3. Escala Braden
 - 11.4. Figuras de LP, conforme classificação da NPIAP
 - 11.5. Formulário de pedido de parecer para CPTF
 - 11.6. Formulário de interconsulta
12. REFERÊNCIAS
13. HISTÓRICO DE REVISÃO

Tipo do Documento:	PROTOCOLO	PRT.SGQVS.UGRA.006 - Página 2 de 25	
Título do Documento:	PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO	Emissão: Dez/2021	Próxima revisão: Dezembro/2023
		Versão: 2	

2. SIGLAS E CONCEITOS

HUAP – Hospital Universitário Antônio Pedro

UFF – Universidade Federal Fluminense

LP – Lesão por Pressão

MS – Ministério da Saúde

PNSP - Programa Nacional de Segurança do Paciente

RDC – Resolução da Diretoria Colegiada

UFF – Universidade Federal Fluminense

NPIAP - National Pressure Injury Advisory Panel

EPUAP - European Pressure Ulcer Advisory Panel

PPIA - Pan Pacific Pressure Injury Alliance

CPTF – Comissão de Prevenção de Tratamento de Feridas

Vigihosp - Sistema de Vigilância em Saúde e Gestão de Riscos Assistenciais Hospitalares

CTi – Centro de terapia intensiva

UCO – Unidade coronariana

POP – Procedimento Operacional Padrão

DAI – Dermatite associada à incontinência

SF – Soro fisiológico

PHMB – polihexanida

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

AGE – Ácidos graxos essenciais

SGQVS - Setor de Gestão da Qualidade e Vigilância em Saúde

3. OBJETIVOS

Reduzir a ocorrência de lesão por pressão adquirida durante a hospitalização no Hospital Universitário Antônio Pedro da Universidade Federal Fluminense (HUAP-UFF);

Direcionar os profissionais quanto às condutas adequadas para a prevenção e o tratamento de lesão por pressão no HUAP.

4. JUSTIFICATIVAS

As lesões por pressão (LP) constituem um desafio para os serviços de saúde, pois sua ocorrência é considerada um indicador de qualidade da assistência de enfermagem prestada aos pacientes. O surgimento desse evento adverso, traz implicações negativas tanto para quem a desenvolve, quanto para a instituição onde o paciente se encontra internado.¹ Além de ocasionar extremo desconforto para os pacientes, as LPs representam aumento de gastos financeiros para os sistemas de saúde, por prolongar o período de internação hospitalar e aumentar os custos com insumos específicos como curativos, coberturas, soluções e até mesmo cirurgias reparadoras.²

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 preventivas³

Tipo do Documento:	PROTOCOLO	PRT.SGQVS.UGRA.006 - Página 3 de 25	
Título do Documento:	PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO	Emissão: Dez/2021	Próxima revisão: Dezembro/2023
		Versão: 2	

Diferentes órgãos têm contribuído para o fortalecimento do conhecimento e o direcionamento do cuidado frente a 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). Ambos objetivam desenvolver recomendações internacionais baseadas em evidências para a prevenção e tratamento das lesões por pressão, que possam ser usadas por profissionais de saúde em todo o mundo.⁴

O NPIAP conceitua a lesão por pressão (LP) como um dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionada ao uso de dispositivo médico ou a outro artefato. Pode apresentar-se em pele íntegra ou como úlcera aberta e ocorre como resultado da pressão intensa e/ou prolongada em combinação com o cisalhamento. Alguns fatores podem afetar a tolerância do tecido mole à pressão e ao cisalhamento como microclima, nutrição, perfusão, comorbidades e pela sua condição.⁴

A identificação imediata do paciente em risco, possibilita a adesão a critérios preventivos mais eficazes, de acordo com a sua necessidade. Assim também, a identificação precoce da lesão incidente, possibilita traçar 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 dos principais fatores de risco para a formação da LP, e aptos a identificá-la em estágios iniciais, em especial, a equipe de enfermagem, que está diretamente envolvida no cuidado. Dessa forma, será capaz de estabelecer, o mais rápido possível, estratégias de prevenção e/ou tratamento individualizadas, efetuando, adequadamente, os registros desse evento adverso.

5. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO

As medidas recomendadas para a prevenção aplicam-se a pacientes adultos e pediátricos hospitalizados ou em atendimento ambulatorial, identificados com risco para LP.

As condutas para o tratamento de lesões, deverão ser aplicadas aos pacientes adultos e pediátricos com LP instalada, seja ela adquirida na instituição, ou não.

As recomendações deste protocolo não se aplicam a familiares e/ou acompanhantes de pacientes.

6. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS, RESPONSABILIDADES

6.1. Equipe Multiprofissional

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

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

6.1.3. Participar e solicitar parecer técnico da CPTF, quando necessário;

6.1.4. Realizar referência para serviços especializados ou especialistas, quando necessário;

6.1.5. Participar de grupos de estudos e envolver em capacitações de novas técnicas e tecnologias;

Tipo do Documento:	PROTOCOLO	PRT.SGQVS.UGRA.006 - Página 4 de 25	
Título do Documento:	PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO	Emissão: Dez/2021	Próxima revisão: Dezembro/2023
		Versão: 2	

6.1.6. Participar do planejamento de alta hospitalar: capacitar e orientar pacientes e responsáveis sobre os cuidados de prevenção e tratamento de LP no domicílio;

6.1.7. Realizar a contrarreferência dos pacientes com LP para as unidades de atenção primária.

6.1.8. Esclarecer as dúvidas do paciente/família quanto ao acompanhamento ambulatorial, após alta hospitalar.

6.2. Enfermeiro

6.2.1. Identificar e classificar o paciente com risco para LP;

6.2.2. Realizar a prescrição de ações preventivas para LP nos pacientes identificados com riscos baixo, moderado e alto no formulário de Plano de cuidados, disponível a toda a equipe de enfermagem;

6.2.3. Verificar o estado de conservação dos dispositivos de mobilização e de redução de pressão e solicitar aos serviços competentes, reparos ou substituição;

6.2.4. Registrar o risco de LP a que o paciente está exposto, na placa de identificação à beira leito;

6.2.5. Prescrever a terapia tópica e o período de troca do curativo, conforme estabelecido neste protocolo;

6.2.6. Realizar os curativos de LP de maior complexidade;

6.2.7. Avaliar e evoluir a lesão a cada troca de curativo, no prontuário do paciente e na planilha de controle de curativos da unidade, se houver;

6.2.8. Notificar os casos de LP, descrevendo sua classificação, no Vigihosp (Sistema de Vigilância em Saúde e Gestão de Riscos Assistenciais Hospitalares);

6.2.9. Capacitar/Supervisionar/Orientar/Monitorar a equipe de enfermagem quanto à adesão as medidas de prevenção e tratamento da LP e ao preenchimento dos formulários de registros.

6.3. Técnico/Auxiliar de Enfermagem

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

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

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

6.4. Médico

6.4.1. Solicitar exames laboratoriais para a avaliação bioquímica;

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

6.4.3. 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;

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

6.4.5. Realizar desbridamento cirúrgico em LP estágios 3 e 4 com complicações e sem evolução. A cargo da cirurgia plástica;

Tipo do Documento:	PROTOCOLO	PRT.SGQVS.UGRA.006 - Página 5 de 25	
Título do Documento:	PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO	Emissão: Dez/2021	Próxima revisão: Dezembro/2023
		Versão: 2	

6.4.6. Intervir nos casos diagnosticados ou suspeitos de LP estágio 4, para investigação de osteomielite. A cargo das especialidades de ortopedia e infectologia;

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

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

6.4.9. Prescrever terapia antimicrobiana sistêmica, quando necessário.

6.5. Nutricionista

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

6.5.2. Adequar a prescrição dietética incluindo a suplementação, de acordo com as necessidades do paciente;

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

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

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

6.6. Fisioterapeuta

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

6.7. Fonoaudiólogo

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

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

6.7.3. 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;

6.8. Psicólogo

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

6.9. Assistente Social

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

7. PREVENÇÃO

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

7.1. Identificar e classificar os pacientes com risco para LP

Os fatores de risco extrínsecos estão diretamente relacionados aos cuidados de enfermagem: pressão, fricção, cisalhamento e maceração. Entre os fatores de risco intrínsecos,

Tipo do Documento:	PROTOCOLO	PRT.SGQVS.UGRA.006 - Página 6 de 25	
Título do Documento:	PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO	Emissão: Dez/2021	Próxima revisão: Dezembro/2023
		Versão: 2	

destacam-se: a idade avançada, redução da mobilidade ou imobilidade, incontinência urinária e/ou fecal, uso de medicamentos (vasoativas, anti-inflamatórias, imunossupressores, sedativos, anticoagulantes, quimioterapia), estado nutricional deficiente, nível de consciência, dentre outros.⁵

Para identificar e classificar os pacientes quanto ao risco de LP, o HUAP padronizou a Escala de Braden (adultos) e Braden Q (crianças de 29 dias a 13 anos de idade). O enfermeiro deverá aplicá-la na admissão de todos os pacientes nas unidades de internação. A reavaliação deverá ocorrer todas as segundas e quintas-feiras, e/ou sempre que houver alteração do quadro clínico. Os pacientes internados no CTI e UCO deverão ser avaliados na admissão e 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 obtidos. 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).⁴ 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.

Apenas os pacientes que obtiverem pontuação ≤ 16 serão considerados sob risco de desenvolverem LP no indicador de Lesão por pressão.

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.

7.2. Implementar ações preventivas nos pacientes com risco para LP

7.2.1. Inspeccionar a pele dos pacientes em risco, diariamente;

7.2.2. Realizar higienização da pele com água e sabão neutro, evitando força e fricção;

7.2.3. Não massagear proeminências ósseas e áreas com hiperemia;

7.2.4. Aplicar creme hidratante na pele, após o banho e reaplicar sempre que necessário;

7.2.5. Estimular ingesta hídrica, exceto quando contraindicado;

7.2.6. Estimular ingesta alimentar prescrita, auxiliando na oferta, quando necessário e quantificar/qualificar a aceitação, registrando no prontuário.

7.2.7. Nos casos de deficiência do estado nutricional ou 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.

7.2.8. Evitar fricção, protegendo proeminências ósseas com filme de poliuretano não estéril nos pacientes classificados como risco moderado;

Tipo do Documento:	PROTOCOLO	PRT.SGQVS.UGRA.006 - Página 7 de 25	
Título do Documento:	PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO	Emissão: Dez/2021	Próxima revisão: Dezembro/2023
		Versão: 2	

7.2.9. 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;

7.2.10. Elevar os calcâneos dos pacientes com mobilidade deficiente, utilizando coxins;

7.2.11. 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, como placas de hidrocoloide;

7.2.12. Utilizar colchão piramidal nos pacientes classificados com risco baixo e moderado;

7.2.13. Utilizar colchão pneumático nos pacientes com risco alto ou muito alto.

7.2.14. 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).

7.2.15. 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;

7.2.16. Realizar mudança de decúbito a cada 3 horas no paciente com mobilidade reduzida ou acamado, podendo esse tempo ser reduzido de acordo com a gravidade do paciente;

7.2.17. Trocar fraldas a cada eliminação, evitando exposição da pele a umidade, conforme orientações do POP específico para prevenção e tratamento da DAI;

7.2.18. Quando necessário utilizar adesivos, dar preferência aos hipoalergênicos e retirá-los com auxílio de emolientes, conforme orientações do protocolo institucional de prevenção e tratamento de lesão por fricção;

7.2.19. Fazer rodízio na fixação de cateteres e outros dispositivos médicos;

7.2.20. Evitar fricção do lençol com a pele, durante troca de roupa de cama;

7.2.21. Evitar cisalhamento, durante posicionamento do paciente no leito;

7.2.22. Educar 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.

8. 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 NPUAP; tratá-la conforme extensão do dano tissular, efetuando a limpeza, aplicação das terapias tópicas e intervenções sistêmicas, quando necessário; e registrar as lesões em prontuário.

O curativo deverá ser realizado levando em conta a sua finalidade: Permeável à troca de gases entre o meio interno e externo; impermeável à bactéria - a cobertura deve proteger a lesão de traumas e contaminação externa; isento de partículas tóxicas - evitar o uso de produtos

Tipo do Documento:	PROTOCOLO	PRT.SGQVS.UGRA.006 - Página 8 de 25	
Título do Documento:	PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO	Emissão: Dez/2021	Próxima revisão: Dezembro/2023
		Versão: 2	

de origem desconhecida; manutenção da umidade - secar a pele adjacente e remover o excesso de umidade, evitando a maceração; isolante térmico - evitar o uso de soluções muito frias ao irrigar a lesão; não aderente - não causar trauma na retirada.²

8.1. Avaliação da LP

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

Quanto ao estadiamento devem ser classificadas em:

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. 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-escura 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.
LESÃO POR PRESSÃO RELACIONADA A DISPOSITIVO MÉDICO	Resulta do uso de dispositivos criados e aplicados para fins diagnósticos e terapêuticos. A lesão por pressão resultante geralmente apresenta o padrão ou forma do dispositivo. Essa lesão deve ser categorizada usando o sistema de classificação de lesões por pressão. Pode variar de hiperemia a lesões abrasivas mais profundas. ⁴
LP 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. ⁴

Quanto ao tipo de tecido:

VIÁVEL	<i>Tecido epitelial</i> – novo tecido de coloração róseo ou brilhante, que se desenvolve a partir das bordas ou como “ilhas” na superfície da lesão. <i>Tecido de granulação</i> – vermelho vivo ou róseo, brilhante, úmida e granular ou vermelho pálido e opaco (em risco). Obs.: A hipergranulação (excesso de tecido de granulação; friável; vermelho pálido) é considerado como condição desfavorável.
--------	--

Tipo do Documento:	PROTOCOLO	PRT.SGQVS.UGRA.006 - Página 9 de 25	
Título do Documento:	PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO	Emissão: Dez/2021	Próxima revisão: Dezembro/2023
		Versão: 2	

INVIÁVEL	<p>Esfacelo ou necrose de liquefação– (consistência delgada, mucoide 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 avermeilhada 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	<p>Alteração de sensibilidade (dor; anestesia; formigamento; prurido);</p> <p>Alteração da consistência (edema; endurecida);</p> <p>Alteração da temperatura (quente ou fria);</p> <p>Alteração da coloração (pálida ou avermelhada);</p>

PERMITIDA A REPRODUÇÃO PARCIAL OU TOTAL, DESDE QUE INDICADA A FONTE

Tipo do Documento:	PROTOCOLO	PRT.SGQVS.UGRA.006 - Página 10 de 25	
Título do Documento:	PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO	Emissão: Dez/2021	Próxima revisão: Dezembro/2023
		Versão: 2	

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

8.2. Limpeza e desbridamento

A técnica de 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.⁶

A limpeza deverá ser realizada seguindo técnica asséptica, com a utilização de com soro fisiológico (SF) 0,9% morno e em jato. A solução aquosa de polihexanida 0,1% (PHMB) poderá ser indicada também para limpeza da ferida, quando for necessário uma limpeza mais profunda e 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:

1ª opção	Mecânico - jato de SF 0,9% ou gazes;
2ª 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;
3ª opção	Instrumental conservador - tesoura/bisturi
4ª opção	Cirúrgico

ATENÇÃO: 1 - O desbridamento conservador ou cirúrgico deverá ser indicado quando o desbridamento pelos meios mecânico e enzimático ou autolítico não forem suficientes. 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 da cobertura tópica enzimática ou autolítica, para facilitar a penetração desse produto. 3 - Não é recomendado desbridar necroses aderidas e duras nos membros inferiores, especialmente, nos calcâneos.⁶

Segundo o anexo da Resolução COFEN nº 567 de 2018, há a definição da atuação dos profissionais Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem no tratamento de feridas. Nesta regulamentação da atuação do enfermeiro no cuidado aos pacientes com feridas, temos o seguinte item como atividade deste profissional: "executar o desbridamento autolítico, enzimático, mecânico e instrumental."²

8.3. Coberturas utilizadas

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:

ESTÁGIO 1 – HIPEREMIA		
Características	Coberturas	Troca
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 24h

Tipo do Documento:	PROTOCOLO	PRT.SGQVS.UGRA.006 - Página 11 de 25	
Título do Documento:	PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO	Emissão: Dez/2021	Próxima revisão: Dezembro/2023
		Versão: 2	

Áreas com moderada/alta exposição ao cisalhamento/fricção	Creme ou spray barreira	A cada 6h
	Espuma de poliuretano adesiva protetora	Até 07 dias, sendo necessária a reavaliação a cada 24h

ESTÁGIO 2 – BOLHA OU LESÃO SUPERFICIAL

Características	Coberturas	Troca
Bolha Intacta	AGE + Gaze	A cada 24h
Lesão superficial sem e/ou com pouco exsudato	AGE ou Hidrogel	A cada 24
	Malha não aderente estéril	A cada 24h
Lesão superficial com exsudato moderado	AGE	Até 24h
	Hidrogel	Até 24h
	PHMB gel	Até 24h
	Malha não aderente estéril	Até 48h

ESTÁGIO 3 OU 4

Características		Coberturas	Troca
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 Camada Espessa	Papaína 6%, 8% e 10%	Cada 24 h
	Com sangramento; Tecido misto; Intolerância à papaína.	Hidrogel 2% PHMB 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%	Cada 24 horas
	Sem/Com sangramento; Sensibilidade à papaína;	Malha não aderente estéril	A cada 48 horas
		Hidrogel 2%	A cada 24 horas
Ferida complexa	Desbridada	Solicitar avaliação através de formulário de parecer	

Tipo do Documento:	PROTOCOLO	PRT.SGQVS.UGRA.006 - Página 12 de 25	
Título do Documento:	PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO	Emissão: Dez/2021	Próxima revisão: Dezembro/2023
		Versão: 2	

ESTÁGIO 2, 3 E 4 JÁ EPITELIZADA – Creme de uréia (10%), 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.

Fitas adesivas	Orientações
Fita hipoalergênica (micropore)	Primeira escolha em pacientes sem alterações de pele preexistentes.
Fita hipoalergênica com dorso de não tecido de poliéster e livre de látex	Primeira escolha nos 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.

8.4. Intervenções sistêmicas

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. Para tanto, é necessário considerar as competências técnicas e legais de cada categoria profissional.⁶

8.4.1. 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).⁶

8.4.2. Estudo microbiológico

A análise microbiológica da lesão poderá ser indicada quando a LP não apresentar uma evolução esperada e apresentar 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.⁶

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 – indicado pós desbridamento cirúrgico.

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.⁶

Na presença de sinais de infecção na lesão, é indicada a utilização de cobertura com prata. O tempo máximo de uso de um mesmo agente tópico é de 15 dias.⁶

Tipo do Documento:	PROTOCOLO	PRT.SGQVS.UGRA.006 - Página 13 de 25	
Título do Documento:	PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO	Emissão: Dez/2021	Próxima revisão: Dezembro/2023
		Versão: 2	

A investigação do diagnóstico de osteomielite deverá ser realizada em lesões estágio 4 a partir do 14º dia de infecção.⁶

8.5. Registro da Lesão

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

Na evolução de enfermagem, deve constar minimamente: a localização anatômica e a dimensão da lesão; o aspecto da lesão e da pele próxima 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 e/ou tratamento, as coberturas utilizadas e a frequência de troca dos curativos. É necessário colocar data, horário, assinar e carimbar.

9. FLUXOGRAMAS

9.1. Algoritmo de cuidados com a pele



CUIDADOS COM A PELE

A limpeza da pele é parte primordial e essencial do cuidado, pode ser feita com algodão, água e sabonete neutro, lenço umedecido ou esponja de banho disponível na unidade.

CARACTERÍSTICAS DA PELE

* A manutenção da pele saudável exige que as características, da pele em questão, sejam preservadas e levadas em consideração de modo que se respeite a particularidade de cada paciente, contribuindo para um cuidado eficaz.

TIPOS DE PELE



DOENÇAS DERMATOLÓGICAS

Patologias dermatológicas como psoríase, eczemas, pênfigo, entre outras, necessitam de um parecer do setor dermatológico para diagnóstico preciso e conduta de tratamento.

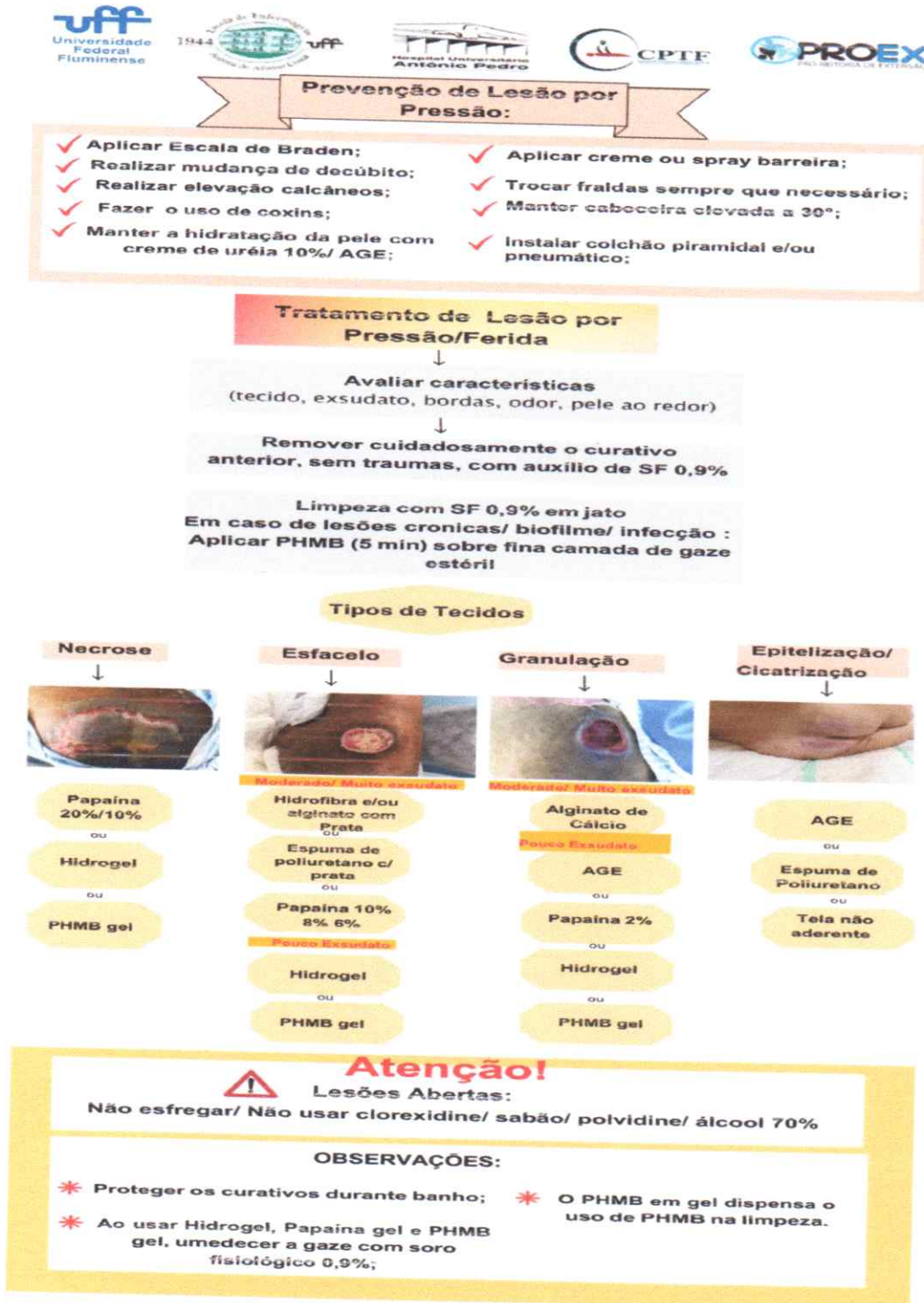
USO DE ADESIVOS FIXADORES PARA PACIENTES GRAVES



FITA DE SILICONE FILME TRANSPARENTE FITA DE POLIÉSTER PICOTADA

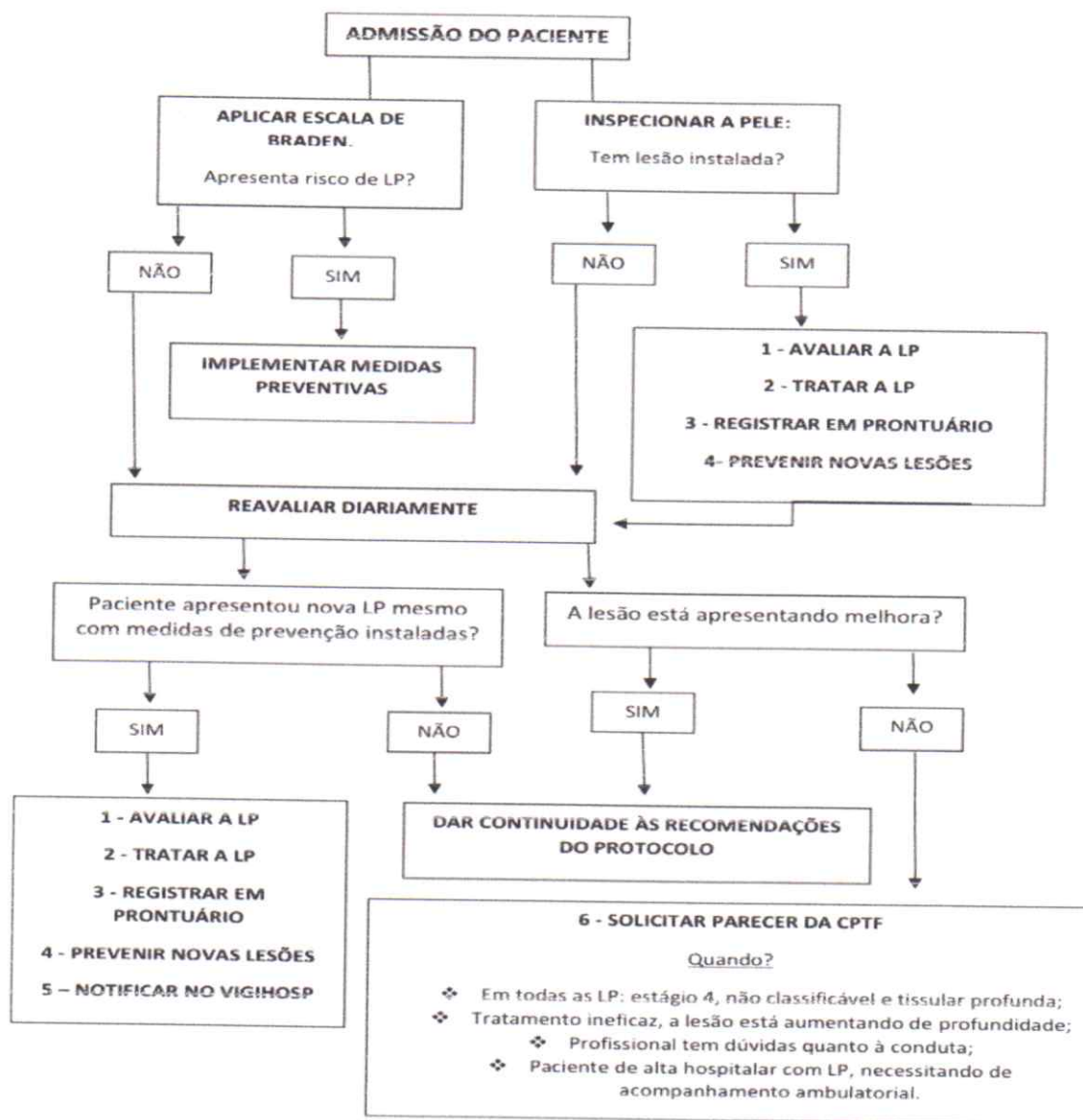
Tipo do Documento:	PROTOCOLO	PRT.SGQVS.UGRA.006 - Página 14 de 25	
Título do Documento:	PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO	Emissão: Dez/2021	Próxima revisão: Dezembro/2023
		Versão: 2	

9.2. Algoritmo de prevenção e tratamento



Tipo do Documento:	PROTOCOLO	PRT.SGQVS.UGRA.006 - Página 15 de 25	
Título do Documento:	PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO	Emissão: Dez/2021	Próxima revisão: Dezembro/2023
		Versão: 2	

9.3. Fluxograma de condutas frente à LP



10. MONITORAMENTO

O monitoramento das lesões por pressão será realizado pela CPTF e pelo Setor de Gestão da Qualidade e Vigilância em Saúde (SGQVS), 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

Tipo do Documento:	PROTOCOLO	PRT.SGQVS.UGRA.006 - Página 16 de 25	
Título do Documento:	PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO	Emissão: Dez/2021 Versão: 2	Próxima revisão: Dezembro/2023

corporais que são mais frequentes. Assim, possibilita uma comparação de desempenho hospitalar (benchmarking).⁶

O indicador da instituição é a Incidência de LP, sendo esta o nº 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.⁶

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.⁶

Tipo do Documento:	PROTOCOLO	PRT.SGQVS.UGRA.006 - Página 18 de 25	
Título do Documento:	PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO	Emissão: Dez/2021	Próxima revisão: Dezembro/2023
		Versão: 2	

11.2. Escala Braden Q (crianças)



UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO
COMISSÃO DE PREVENÇÃO AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DE FERIDAS

AVALIAÇÃO DE RISCO PELA ESCALA DE BRADEN Q (EB)

Nome:	Data de admissão:
Prontuário:	Na Admissão: () Pele íntegra () Úlcera por pressão
Procedência:	Região/Categoria:
Setor/Leito:	
Diagnóstico Médico:	

Escala de Braden/ Avaliação e Reavaliação

Data(s)									
Percepção sensorial									
Umidade									
Atividade Física									
Mobilidade:									
Nutrição									
Fricção e cisalhamento									
Perfusão tecidual e Oxigenação									
Total									
Avaliação de Risco									

Varição: 7-28 pontos. Escore 16 a 28: risco baixo; Escore <16: risco alto.

Medidas Preventivas Sugeridas

Data(s)									
Instalar colchão redistribuidor de pressão: Pneumático () Piramidal ()									
Reposicionar o corpo, a cada _ h									
Proteger proeminências ósseas com filme de poliuretano.									
Trocar fralda sempre que necessário									
Hidratar a pele									
Manter cabeceira à 30°									
-Outros									

Observação: _____

Tipo do Documento:	PROTOCOLO	PRT.SGQVS.UGRA.006 - Página 19 de 25	
Título do Documento:	PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO	Emissão: Dez/2021	Próxima revisão: Dezembro/2023
		Versão: 2	

Escala de Braden Q: Avaliação de risco de UP em crianças (idade: 30d - 14a)

	1	2	3	4
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 limitada: Faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou extremidades, mas é incapaz de fazer mudanças completamente sozinho.	3. Levemente limitada: 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 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.
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 agita), 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 úmida, 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 hánculo: a pele e a superfície íntima 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 de leito ou cadeira, necessitando de reposicionamento 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, colchão, cobertor 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. Movimenta-se sozinho na cadeira e no leito, e tem força muscular suficiente para levantar-se completamente durante o movimento. Mantém uma posição adequada no leito e na cadeira o tempo todo.
NUTRIÇÃO: Adiário habitual de consumo alimentar	1. Muito pobre: Em jejum e/ou mantido com ingestão hídrica ou hidratação IV por mais de 5 dias; ou albumina < 2,5 mg/dl ou nunca come uma refeição completa. Raramente come mais da metade de algum alimento oferecido. O consumo de proteínas inclui apenas duas porções de carne ou derivados de leite por dia. Ingerir pouco líquido. Não ingere suplemento dietético líquido.	2. Insuficiente: Dieta líquida por sonda ou NPP que fornece calorias e nutrientes suficientes para a idade ou albumina < 3 mg/dl ou raramente come uma refeição completa. Ocasionalmente 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 nutrientes 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.
RESUSCITAÇÃO 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: Normotensão. Apresenta saturação de oxigênio 2 segundos. O pH sérico <7,40.	3. Adequada: Normotensão. Apresenta saturação de oxigênio 2 segundos. O pH sérico é normal.	4. Excelente: Normotensão. Apresenta saturação de oxigênio >95%, a hemoglobina normal e o tempo de enchimento capilar.

Tipo do Documento:	PROTOCOLO	PRT.SGQVS.UGRA.006 - Página 20 de 25	
Título do Documento:	PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO	Emissão: Dez/2021	Próxima revisão: Dezembro/2023
		Versão: 2	

11.3. Escala Braden (adultos)

ESCALA DE BRADEN

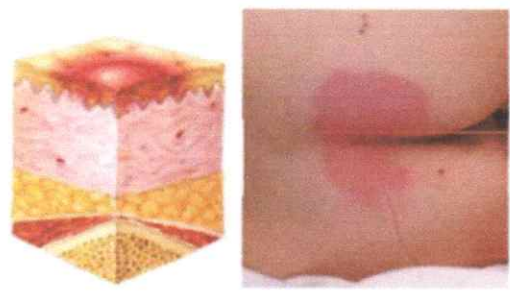

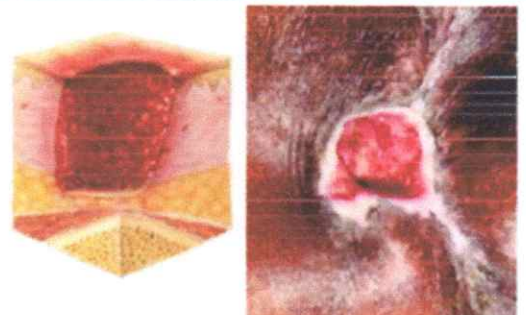
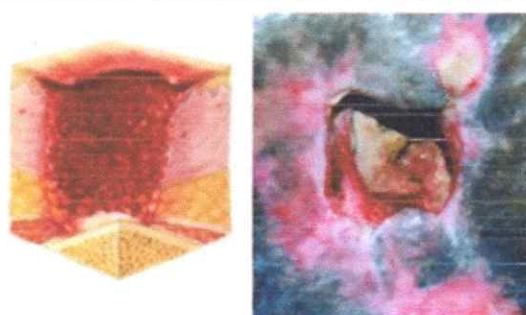
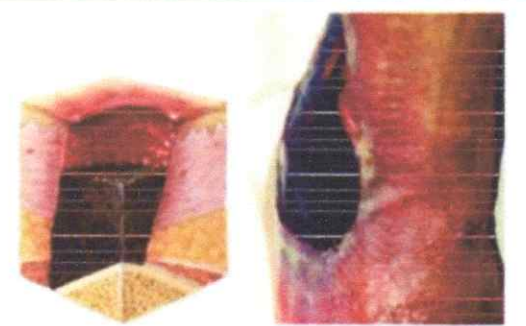

PERCEPÇÃO SENSORIAL Capacidade de reagir significativamente a pressão relacionada ao desconforto.	1. Totalmente limitado: Não reage (não geme, não se segura a nada, não se esquivar) a estímulo doloroso, devido ao nível de consciência diminuído ou devido à sedação ou capacidade limitada de sentir dor 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 significativas 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. Cu é mantido em je, um 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.bradensca.org/translations.htm>> Paranhos WY, Santos V.L.C.G. 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://143.127.173.8/rev.usp/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		

Tipo do Documento:	PROTOCOLO	PRT.SGQVS.UGRA.006 - Página 21 de 25	
Título do Documento:	PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO	Emissão: Dez/2021	Próxima revisão: Dezembro/2023
		Versão: 2	

11.4. Figuras de LP, conforme classificação da NPIAP.

 <p>Figura A: LP estágio 1</p> <p><small>(NPIAP, 2016)</small></p>	 <p>Figura B: LP estágio 2</p> <p><small>(NPIAP, 2016)</small></p>
 <p>Figura C: LP estágio 3</p> <p><small>(NPIAP, 2016)</small></p>	 <p>Figura D: LP estágio 4</p> <p><small>(NPIAP, 2016)</small></p>
 <p>Figura E: LP Não classificável</p> <p><small>(NPIAP, 2016)</small></p>	 <p>Figura F: LP Tissular Profunda</p> <p><small>(NPIAP, 2016)</small></p>

Tipo do Documento:	PROTOCOLO	PRT.SGQVS.UGRA.006 - Página 24 de 25	
Título do Documento:	PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO	Emissão: Dez/2021	Próxima revisão: Dezembro/2023
		Versão: 2	

12. REFERÊNCIAS

1. Manganelli RR, Kirchhof RS, Pieszak GM, Dornelles CS. Intervenções de enfermeiros na prevenção de lesão por pressão em uma unidade de terapia intensiva. Santa Maria, RS: Rev. Enferm. UFSM – REUFSM, v. 9, e41, 21p. [internet]. 2019 [cited 2021 jul 23]. Available from: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/33881/html>
2. Matos AGS, César LF, Dantas ACA, Santos F, Ramos MHSS, Abreu SDMB. Protocolos de Enfermagem: Prevenção e tratamento de lesão por pressão. Rio de Janeiro: HEMORIO, 3º edição; 2020 [cited 2021 jul 22]; 45 p. Available from: http://www.hemorio.rj.gov.br/Html/pdf/Protocolo_ulcera.pdf
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 529, de 1º de abril de 2013. institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) [Internet]. 2013 [acesso em 2017 nov 17]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html.
4. NATIONAL PRESSURE INJURY ADVISORY PANEL (NPIAP): announces a change in terminology from pressure ulcer to pressure injury and updates the stages of pressure injury. [Internet]. 2016. [cited 22 jul 21]. Disponível em: <http://www.npuap.org/national-pressure-6-ulcer-advisory-panel-npuap-announces-a-change-in-terminology-from-pressure-ulcer-to-pressure-injury-and-ates-the-stages-of-pressure-injury/>
5. Santos JÁ, Brandão ES. Clientes com úlceras por pressão: prevenção, avaliação e tratamento. In: Brandão ES, Santos I dos. Enfermagem em dermatologia: cuidados técnico, dialógico e solidário. Rio de Janeiro: Cultura médica, 2006. p. 257-79.
6. Paula MRM, Lima AA, Silva CG, Gomes APC. Protocolos de Enfermagem: Prevenção e Tratamento de Lesão por Pressão. Minas Gerais: HC-UFTM/EBSERH, v2; 2020 [cited 27 jul 21]; 28p. 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>

Tipo do Documento:	PROTOCOLO	PRT.SGQVS.UGRA.006 - Página 25 de 25	
Título do Documento:	PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO	Emissão: Dez/2021	Próxima revisão: Dezembro/2023
		Versão: 2	

13. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
2	10/12/2021	Revisão e atualização da prevenção/ Inclusão do tratamento

Elaboração/Revisão Nome: Amanda Barbosa de Souza Ferreira de Faria Setor responsável: Setor de Gestão da Qualidade e Vigilância em Saúde (SGQVS) do HUAP Data: 10/12/2021	
Nome: Cláudia Labriola de Medeiros Martins Setor responsável: Comissão de Prevenção e Tratamento de Feridas Data: 10/12/2021	
Nome: Mariana Damasceno Silva Setor responsável: Acadêmica de enfermagem da UFF Data: 10/12/2021	
Nome: Rosemary Bacellar Ferreira de Lima Setor responsável: Comissão de Prevenção e Tratamento de Feridas Data: 10/12/2021	
Validação Nome: Priscilla Garcia de Oliveira Monteiro Setor responsável: Chefe substituta do SGQVS do HUAP Assinatura: <i>Priscilla Garcia de Oliveira Monteiro</i>	Priscilla G. de O. Monteiro Farmacêutica CRF/RJ 19841 Chefe da UGRA/ HUAP SIAPE 1010710 Data: 17/12/2021
Aprovação Nome: Fabiana Aparecida C. de O. Braga Função: Chefe da Divisão de Enfermagem do HUAP Assinatura: <i>Fabiana Aparecida C. de O. Braga</i>	Data: 20/12/2021 Enfª Fabiana A. C. O. Braga Chefe da Divisão de Enfermagem SIAPE nº 1433897 - COREN/RJ 111748