



**Protocolo de Atenção à Saúde**  
**Segurança do Paciente: prevenção de Lesão por Pressão (LP)**

**Área (s):** Gerência de Serviços de Enfermagem na Atenção Hospitalar e nas Urgências/DIENF/COASIS/SAIS, RTD em Estomaterapia da DIENF e Núcleos de Qualidade e Segurança do Paciente dos Hospitais e da Casa de Parto da SES/DF

Portaria SES-DF Nº 27 de 15/01/2019 , publicada no DODF Nº 17 de 24/01/2019.

Vigência prorrogada para o período de 19/09/2024 a 19/09/2026, conforme processo 00060-00424483/2024-04

## **1- Metodologia de Busca da Literatura**

### **1.1 Bases de dados consultadas**

Realizou-se uma pesquisa a partir de publicações do Ministério da Saúde do Brasil (MS), publicações da Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP), Protocolos de outras Secretarias e artigos científicos.

### **1.2 Palavra (s) chave (s)**

Lesão por Pressão, Segurança do Paciente, Qualidade da assistência à saúde.

### **1.3 Período referenciado e quantidade de artigos relevantes**

Para seleção do material, foi efetuada uma busca *on-line* das publicações amplamente utilizadas no contexto da segurança do paciente, como Ministério da Saúde do Brasil e artigos científicos, totalizando 11 publicações entre os anos de 2002 a 2017.

## **2- Introdução**

A discussão sobre a prestação de cuidados à saúde aliada à segurança do paciente e qualidade da assistência tem recebido destaque nos últimos anos. Em 2013 foi instituído no Brasil pelo Ministério da Saúde (MS), o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) cujo objetivo geral é contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos do território nacional (BRASIL, 2017). Considerando o compromisso de

desenvolver políticas públicas e apesar de todos os avanços no âmbito da segurança do paciente, os eventos adversos (EAs) continuam acontecendo com elevada incidência nos hospitais do país. Dentre eles, estudos estimam a ocorrência de lesão por pressão (LP) entre 4 a 16% de pacientes hospitalizados em países desenvolvidos (ANVISA, 2017). No Brasil, estudo revela que a prevalência de LP nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) variou entre 35,2% a 63,6% e a incidência entre 11,1% e 64,3% (VASCONCELOS, CALIRI, 2017).

O conceito, a nomenclatura e a descrição dos estágios da lesão por pressão foram modificados pela *National Pressure Ulcer Advisory Panel* em 2016 e validados para o português com aval das sociedades de especialistas da Associação Brasileira de Estomaterapia (SOBEST) e da Sociedade Brasileira de Enfermagem em Dermatologia (SOBENDE) (ANVISA, 2017).

Segundo esta última atualização realizada pela *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP, 2016) lesão por pressão é um dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionado a um dispositivo médico ou outro artefato. A lesão pode se apresentar como pele intacta ou úlcera aberta bem como ser dolorosa, resultado de pressão intensa e/ou prolongada em combinação com o cisalhamento. Cisalhamento, por sua vez, é causado pela interação da gravidade com a fricção, exercendo forças paralelas na pele. É o que ocorre quando a cabeceira da cama é elevada acima de 30°, na qual o esqueleto tende a escorregar, obedecendo a força da gravidade, mas a pele permanece no lugar (ROGENSKI, 2014).



A figura acima demonstra a força de cisalhamento presente na região coccígea quando o paciente escorrega no leito.



A figura acima demonstra a força de cisalhamento presente no calcâneo quando o paciente escorrega no leito.

A fricção é criada pela força de duas superfícies, movendo-se uma sobre a outra, provocando a remoção das células epiteliais e causando abrasões e lesões semelhantes a queimaduras de segundo grau. Exemplo disso é o fato de arrastar o paciente no leito ao invés de levantar (ROGENSKI, 2014).

A tolerância do tecido à pressão e à isquemia depende da natureza do próprio tecido e é influenciada pelas estruturas de suporte, como vasos sanguíneos, colágeno e fluido intersticial. O tecido muscular é mais sensível à pressão que a pele.

A tolerância do tecido à pressão também pode ser afetada pelo microclima, nutrição, perfusão, comorbidades e condição do tecido mole.

A lesão por pressão apresenta um sistema de classificação bem definido, de acordo com a extensão do dano tissular. São eles:

**Quadro 1 – Classificação das lesões por pressão, segundo a NPUAP.**

<b>Lesão por Pressão</b>	<b>Definição</b>
<b>Estágio 1</b>	Pele íntegra com eritema que não embranquece
<b>Estágio 2</b>	Perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme
<b>Estágio 3</b>	Perda da pele em sua espessura total
<b>Estágio 4</b>	Perda da pele em sua espessura total e perda tissular
<b>Não classificável</b>	Perda da pele em sua espessura total e perda tissular não visível
<b>Tissular Profunda</b>	Coloração vermelho escura, marrom ou púrpura, persistente e que não embranquece

Fonte: (NPUAP, 2016)

Foram inseridas, ainda, **duas classificações adicionais:**

<b>Lesão por Pressão</b>	<b>Definição</b>
<b>Relacionadas a dispositivos médicos</b>	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.
<b>Em membranas mucosas</b>	Encontrada quando há histórico de uso de dispositivos médicos no local do dano. Devido à anatomia do tecido, essas lesões não podem ser categorizadas.

Fonte: (NPUAP, 2016)

Nessa concepção, a LP, quando ocorrida após a admissão do indivíduo no serviço de saúde, é reconhecida com um evento adverso potencialmente evitável e também considerada como um marcador da qualidade da atenção à saúde tornando-se um grande desafio aos gestores e profissionais.

Portanto, como mecanismo para fortalecer, organizar, integrar e normatizar os processos de trabalho na assistência à saúde definiu-se este Protocolo de Segurança do Paciente: prevenção de lesão por pressão, que contribuirá diretamente para a implantação do Plano Distrital de Segurança do Paciente, no âmbito do SES/DF.

### **3- Justificativa**

Diante da magnitude do problema relacionado à ocorrência de LP nos serviços de saúde, a prevenção tem sido apontada como o melhor caminho para minimizar o evento, com foco na utilização de protocolos e diretrizes baseadas em evidências.

A prevenção de LP tem um escopo multifatorial envolvendo profissionais de diversas categorias e áreas distintas. Para a operacionalização e adoção de novas práticas, torna-se necessária a consolidação de uma cultura organizacional que valorize a prevenção e promova o trabalho em equipe.

Nesse sentido, esse Protocolo deverá ser aplicado nos serviços de saúde da SES-DF da atenção hospitalar, unidades de pronto-atendimento e internação domiciliar, por toda equipe multidisciplinar.

### **4- Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)**

Não se aplica.

### **5- Diagnóstico Clínico ou Situacional**

A Secretaria de Saúde do Distrito Federal identificou a necessidade de direcionar as ações em segurança do paciente baseada nas 6 (seis) metas internacionais propostas pela Joint Commission Internacional (JCI, 2008).

Identificou-se que cada serviço de saúde, inclusive aqueles que pertenciam à uma mesma região de saúde, continham protocolos de segurança diferentes com ações diversas,

porém com o mesmo objetivo: promover a cultura de segurança. Assim, percebeu-se a importância de unificar os protocolos para que ações semelhantes sejam realizadas em Rede. Isso facilita a implantação, a implementação e a avaliação em todas as esferas, visto que as ferramentas utilizadas para desenvolver as habilidades profissionais podem e devem ser usadas em diferentes sítios de trabalho.

A confecção dos protocolos foi realizada a partir de oficinas com todos os Núcleos de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP) dos Hospitais Regionais da SES/DF.

## **6- Critérios de Inclusão**

Todos os pacientes admitidos para internação e/ou observação nas unidades hospitalares, Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e internação domiciliar da SES/DF.

## **7- Critérios de Exclusão**

Pacientes em atendimento ambulatorial.

## **8- Conduta**

### **Conceitos:**

#### **Lesão por Pressão Estágio 1: Pele íntegra com eritema que não embranquece**

Pele íntegra com área localizada de eritema que não embranquece e que pode parecer diferente em pele de cor escura. Presença de eritema que embranquece ou mudanças na sensibilidade, temperatura ou consistência (endurecimento) podem preceder as mudanças visuais. Mudanças na cor não incluem descoloração púrpura ou castanha; essas podem indicar dano tissular profundo (NPUAP, 2016).



(NPUAP, 2016)

## **Lesão por Pressão Estágio 2: Perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme**

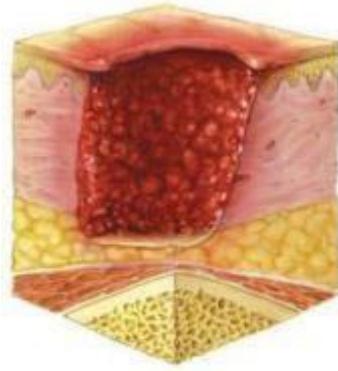
O leito da ferida é viável, de coloração rosa ou vermelha, úmido e pode também apresentar-se como uma bolha intacta (preenchida com exsudato seroso) ou rompida. O tecido adiposo e tecidos profundos não são visíveis. Tecido de granulação, esfacelo e escara não estão presentes. Essas lesões geralmente resultam de microclima inadequado e cisalhamento da pele na região da pélvis e no calcâneo. Esse estágio não deve ser usado para descrever as lesões de pele associadas à umidade, incluindo a dermatite associada à incontinência (DAI), a dermatite intertriginosa, a lesão de pele associada a adesivos médicos ou as feridas traumáticas (lesões por fricção, queimaduras, abrasões) (NPUAP, 2016).



(NPUAP, 2016)

## **Lesão por Pressão Estágio 3: Perda da pele em sua espessura total**

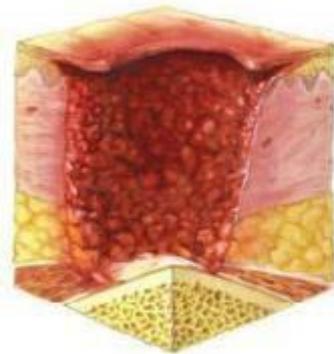
Perda da pele em sua espessura total na qual a gordura é visível e, frequentemente, tecido de granulação e epíbole (lesão com bordas enroladas) estão presentes. Esfacelo e/ou escara pode estar visível. A profundidade do dano tissular varia conforme a localização anatômica; áreas com adiposidade significativa podem desenvolver lesões profundas. Podem ocorrer descolamento e túneis. Não há exposição de fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem e/ou osso. Quando o esfacelo ou escara prejudica a identificação da extensão da perda tissular, deve-se classificá-la como Lesão por Pressão Não Classificável (NPUAP, 2016).



(NPUAP, 2016)

#### **Lesão por pressão Estágio 4: Perda da pele em sua espessura total e perda tissular**

Perda da pele em sua espessura total e perda tissular com exposição ou palpação direta da fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem ou osso. Esfacelo e/ou escara pode estar visível. Epíbole (lesão com bordas enroladas), descolamento e/ou túneis ocorrem frequentemente. A profundidade varia conforme a localização anatômica. Quando o esfacelo ou escara prejudica a identificação da extensão da perda tissular, deve-se classificá-la como Lesão por Pressão Não Classificável (NPUAP, 2016).



(NPUAP, 2016)

**Lesão por Pressão Não Classificável: Perda da pele em sua espessura total e perda tissular não visível.**

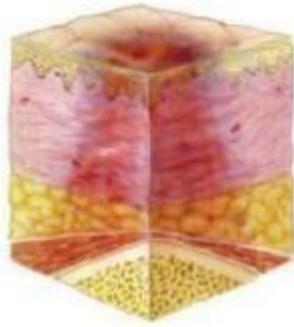
Perda da pele em sua espessura total e perda tissular na qual a extensão do dano não pode ser confirmada porque está encoberta pelo esfacelo ou escara. Ao ser removido (esfacelo ou escara), Lesão por Pressão em Estágio 3 ou Estágio 4 ficará aparente. Escara estável (isto é, seca, aderente, sem eritema ou flutuação) em membro isquêmico ou no calcâneo não deve ser removida (NPUAP, 2016).



(NPUAP, 2016)

**Lesão por Pressão Tissular Profunda: descoloração vermelho escura, marrom ou púrpura, persistente e que não embranquece.**

Pele intacta ou não, com área localizada e persistente de descoloração vermelha escura, marrom ou púrpura que não embranquece ou separação epidérmica que mostra lesão com leito escurecido ou bolha com exsudato sanguinolento. Dor e mudança na temperatura frequentemente precedem as alterações de coloração da pele. A descoloração pode apresentar-se diferente em pessoas com pele de tonalidade mais escura. Essa lesão resulta de pressão intensa e/ou prolongada e de cisalhamento na interface osso-músculo. A ferida pode evoluir rapidamente e revelar a extensão atual da lesão tissular ou resolver sem perda tissular. Quando tecido necrótico, tecido subcutâneo, tecido de granulação, fáscia, músculo ou outras estruturas subjacentes estão visíveis, isso indica lesão por pressão com perda total de tecido (Lesão por Pressão Não Classificável ou Estágio 3 ou Estágio 4). Não se deve utilizar a categoria Lesão por Pressão Tissular Profunda (LPTP) para descrever condições vasculares, traumáticas, neuropáticas ou dermatológicas (NPUAP, 2016).



(NPUAP, 2016)

### **Definições adicionais:**

#### **Lesão por Pressão Relacionada a Dispositivo Médico**

A Lesão por Pressão Relacionada a Dispositivo Médico resulta do uso de dispositivos criados e aplicados para fins diagnósticos e terapêuticos. A lesão por pressão resultante geralmente apresenta o padrão ou forma do dispositivo. Essa lesão deve ser categorizada usando o sistema de classificação de lesões por pressão (NPUAP, 2016).

#### **Lesão por Pressão em Membranas Mucosas**

A lesão por pressão em membranas mucosas é encontrada quando há histórico de uso de dispositivos médicos no local do dano. Devido à anatomia do tecido, essas lesões não podem ser categorizadas (NPUAP, 2016).

### **Diagnóstico diferencial:**

- Importante diferenciar as lesões provocadas por pressão e as **lesões decorrentes de umidade**, muito comuns na prática assistencial. A diferenciação é fundamental, pois as medidas preventivas e os cuidados são diferenciados. A dermatite associada à incontinência (DAI) é definida como lesões de pele ocasionadas por umidade frequente em pacientes com incontinência anal e/ou urinária. O contato prolongado com urina e fezes aumenta a incidência desse tipo de lesão, que se caracteriza por inflamação da pele com aspecto inicial de hiperemia, podendo evoluir para ruptura da pele, denominada ulceração (COOPER, 2002).
- Outra situação importante refere-se à diferenciação entre lesão por pressão e **lesão causada por adesivos**. A lesão causada por adesivos é uma lesão por fricção que provoca

um traumatismo tecidual causado pela remoção de fitas adesivas, curativos e outros adesivos de uso clínico. Trata-se também de um evento adverso prevenível e não deve ser considerada “normal” pelos profissionais de saúde. Quando ocorrida pode aumentar a dor, o tamanho da ferida e atrasar o processo de cicatrização, aumentando assim os custos com saúde e reduzindo a qualidade de vida dos pacientes, especialmente em idosos (DOMANSKY, 2014).

## 8.1 Conduta Preventiva

### Avaliação de risco na admissão

As unidades de saúde da Rede SES/DF deverão adotar a **escala de Braden** (ANEXO 1 – versão completa e Figura 1 – versão resumida) para todos os pacientes acima de 5 (cinco) anos que se enquadrem nos critérios de inclusão deste Protocolo. A avaliação de risco deverá ser realizada o mais rápido possível (dentro de 8 horas) pelo enfermeiro que fizer a admissão no serviço de saúde e o *score* alcançado deverá ser registrado no prontuário do paciente e na placa de identificação do leito do paciente.

Avaliação do risco na admissão deve conter:

- a) A avaliação do risco de desenvolvimento de LP;
- b) A avaliação da pele para detectar a existência de LP ou lesão de pele já instalada.

A pronta identificação de pacientes em risco para o desenvolvimento de LP, por meio da utilização de ferramenta validada, permite a adoção imediata de medidas preventivas. A avaliação de risco deve contemplar os seguintes fatores:

- a) mobilidade;
- b) umidade (incontinência);
- c) déficit sensitivo; e
- d) estado nutricional (incluindo desidratação).

Algumas situações podem potencializar o risco do paciente desenvolver LP, entre elas podemos destacar o aumento da temperatura corporal, idade avançada, percepção sensorial, avaliações hematológicas e estado geral de saúde.

Deverá ser utilizada a **Escala de Braden Q** (ANEXO 2) **para crianças de 1 a 5 anos** e a Escala de Braden para paciente maiores de 5 (cinco) anos por ser a ferramenta mais utilizada dentre as várias disponíveis.

Nota 1: A avaliação do risco em recém-nascidos não foi contemplada neste Protocolo, pois não foi encontrado instrumento validado na literatura científica.

**Figura 1- Escala de Braden (Fatores de risco para Lesão por Pressão) – versão resumida**

Pontos	1	2	3	4
<b>Percepção Sensorial</b>	Totalmente limitado	Muito limitado	Levemente limitado	Nenhuma limitação
<b>Umidade</b>	Completamente molhado	Muito molhado	Ocasionalmente molhado	Raramente molhado
<b>Atividade</b>	Acamado	Confinado à cadeira	Anda ocasionalmente	Anda frequentemente
<b>Mobilidade</b>	Totalmente imóvel	Bastante limitado	Levemente limitado	Não apresenta limitações
<b>Nutrição</b>	Muito pobre	Provavelmente inadequada	Adequada	Excelente
<b>Fricção e Cisalhamento</b>	Problema	Problema em potencial	Nenhum problema	-
<b>Risco Muito Alto</b>			<b>6 a 9 pontos</b>	
<b>Risco Alto</b>			<b>10 a 12 pontos</b>	
<b>Risco Moderado</b>			<b>13 a 14 pontos</b>	
<b>Risco Leve</b>			<b>15 a 18 pontos</b>	

Fonte: Escala de Braden Paranhos (1999).

Para os pacientes com a pontuação **acima de 18 pontos** na Escala de Braden o risco de desenvolver lesão por pressão deverá ser avaliado de acordo com critérios clínicos ou alteração de seu estado de saúde.

### **Reavaliação diária do potencial e do risco de desenvolvimento de LP**

A complexidade e a gravidade dos pacientes internados resultam na **necessidade de reavaliação diária do potencial e do risco de desenvolvimento de LP**. A reavaliação diária permite aos profissionais de saúde ajustar sua estratégia de prevenção conforme as necessidades do paciente. O grau de risco, conforme especificado em várias ferramentas, permite que os profissionais implantem estratégias individualizadas para os pacientes.

Essa avaliação deve levar em consideração as fragilidades, vulnerabilidades e fatores de risco para o desenvolvimento de alterações de pele. Devem ser utilizadas escalas preditivas, com elevado grau de confiabilidade e especificidade.

A reavaliação será realizada de acordo com o score Braden:

- Pacientes com baixo risco de desenvolverem LP deverá ser realizada **em até 72 horas**.
- Pacientes com risco moderado e alto para o desenvolvimento de LP a inspeção deverá ocorrer **a cada 24 horas**.

Em casos de internação domiciliar, a avaliação deve ser realizada a cada visita da enfermeira assistente.

Em casos de alteração significativa na condição de saúde do paciente, reavaliar o risco imediatamente.

### **Inspeção diária da pele**

Examine a pele do paciente cuidadosamente para identificar a existência de LP.

Pacientes que apresentam moderado e alto risco de desenvolvimento de LP, necessitam de **inspeção diária** de toda a superfície cutânea, da cabeça aos pés. Estes pacientes, em geral hospitalizados, podem apresentar deterioração da integridade da pele em questão de horas. Em virtude da rápida mudança de fatores de risco em pacientes agudamente enfermos, a inspeção diária da pele é fundamental. Deve ser dada atenção especial a áreas de proeminências ósseas para desenvolvimento de LP.

Pacientes com moderado e alto risco de desenvolvimento de LP **obrigatoriamente deverão ter sua pele avaliada diariamente**, em toda a superfície cutânea, da cabeça aos pés.

Importante destacar que deve ser dada atenção especial a áreas de alto risco para desenvolvimento de LP, como as regiões das proeminências ósseas por serem áreas corporais com maior risco de LP (sacral, calcâneo, ísquio, trocantérica, occipital, escapular, maleolar e regiões corporais submetidas à pressão por dispositivos como a presença de cateteres, tubos e drenos).

- **A inspeção cutânea deverá ser registrada no prontuário do paciente. As LP identificadas deverão ser registradas e descritas com localização, estadiamento, tamanho, tecido, exsudato.**
- **Em situações de piora da LP, o caso deverá ser discutido com a equipe multiprofissional.**
- **Todas as LP identificadas deverão ser notificadas através da ficha de notificação de eventos disponível nas unidades da Rede SES/DF.**

## **Manejo da umidade: higiene e cuidados com a Pele**

O objetivo principal é manter a pele limpa, hidratada e sem umidade em excesso, já que a pele úmida é mais vulnerável, propícia ao desenvolvimento de lesões cutâneas, e tende a se romper mais facilmente. Para isso as principais recomendações são:

### **1) Higienização e Hidratação da pele**

- Limpe a pele sempre que estiver suja ou sempre que necessário. É recomendada a utilização de água morna e sabão neutro ou próximo ao pH da pele (como os sabonetes líquidos sem antissépticos) para reduzir a irritação e o ressecamento da pele e evitar o uso de água quente e excesso de fricção da pele;
- Use produtos de limpeza de pele com pH equilibrado;
- Utilizar hidratantes após o banho, ao menos uma vez ao dia em pacientes idosos e/ou com a pele ressecada;
- Não massagear áreas de proeminências ósseas ou áreas de hiperemia, a aplicação de hidratante deverá ser feita com movimentos suaves.

### **2) Manejo da umidade**

- Proteger a pele da exposição à umidade excessiva através do uso de produtos de barreira. As propriedades mecânicas do estrato córneo são alteradas pela presença de umidade, assim como a sua função de regulação da temperatura;
- Atentar para incontinência urinária e fecal, assim como outras fontes de umidade, como extravasamento de drenos sobre a pele, exsudato de feridas, suor e extravasamento de linfa em pacientes com anasarca que são potencialmente irritantes para a pele;
- Quando possível, oferecer um aparador (comadre ou papagaio) nos horários de reposicionamento no leito.

## **Otimização da nutrição e da hidratação**

O nutricionista deverá realizar avaliação do estado nutricional na admissão do paciente. Este profissional deverá elaborar um plano de cuidados com a finalidade de corrigir eventuais deficiências nutricionais, além de oportunizar o fornecimento de uma ingestão energética individualizada com base na condição de saúde e no nível de atividade subjacente.

A avaliação de pacientes com possível risco de desenvolvimento de LP deve incluir a revisão de fatores nutricionais e de hidratação.

Pacientes com déficit nutricional ou desidratação podem apresentar perda de massa muscular e de peso, tornando os ossos mais salientes e a deambulação mais difícil. Edema

e menor fluxo sanguíneo cutâneo geralmente acompanham os déficits nutricionais e hídricos, resultando em lesões isquêmicas que contribuem para as lesões na pele. Pacientes mal nutridos podem apresentar uma probabilidade duas vezes maior de lesões cutâneas.

Líquidos, proteínas e ingesta calórica são importantes aspectos para a manutenção de um estado nutricional adequado. Suplementos nutricionais podem ser necessários caso a ingesta não seja suficiente. Nutricionistas deverão ser consultados nos casos de pacientes com desnutrição a fim de avaliar e propor intervenções mais apropriadas.

### **Minimizar a Pressão**

A redistribuição da pressão, especialmente sobre as proeminências ósseas, é a principal estratégia para prevenção da LP seja utilizando superfícies estáticas ou dinâmicas. Pacientes com mobilidade limitada apresentam risco maior de desenvolvimento de LP. Todos os esforços devem ser feitos para redistribuir a pressão sobre a pele, seja pelo reposicionamento a cada 02 (duas) horas ou pela utilização de superfícies de redistribuição de pressão.

**O reposicionamento no leito a cada 2 (duas) horas deve ser programado e não deve ultrapassar este prazo.** O reposicionamento no leito deverá ser registrado no prontuário do paciente.

- Durante o reposicionamento do paciente, é preciso evitar movimentos de fricção, ou seja, não arraste o paciente, levante-o. Deve-se ainda verificar se nada foi esquecido sob o corpo do paciente, para evitar danos teciduais;

- Sempre que possível, elevar a cabeceira do leito até no máximo 30 graus. Os indivíduos devem ser posicionados e apoiados de forma a evitar que deslizem na cama e criem forças de cisalhamento;

- Evitar posicionar o indivíduo sobre proeminências ósseas que apresentem eritema não branqueável;

- Se o paciente não puder ser movido ou posicionado com cabeceira a 30 graus, coloque um curativo de espuma com poliuretano em região sacrococcígenea;

- Usar dispositivos de descarga de calcânar ou coberturas de espuma de poliuretano em pacientes de alto risco para úlcera em calcâneo, sendo que o padrão ouro é que o calcâneo não tenha apoio no leito;

- Coloque espumas finas ou respiráveis sob dispositivos médicos, quando necessário;

- Evite posicionar o paciente em áreas do corpo com lesões por pressão;

- Manter lençóis secos e esticados;

- Não usar luvas cheias de água como coxim para elevar calcâneos.

O reposicionamento de pacientes de risco alterna ou alivia a pressão sobre áreas suscetíveis, reduzindo o risco de desenvolvimento de lesão por pressão. Travesseiros e coxins são materiais que podem ser utilizados para auxiliar a redistribuição da pressão. Quando utilizados de forma apropriada, podem expandir a superfície que suporta o peso. Geralmente a pele de pacientes com risco para LP rompe-se facilmente durante o reposicionamento, portanto, deve-se tomar cuidado com a fricção durante este procedimento.

Superfícies de apoio específicas (como colchões, camas e almofadas) redistribuem a pressão que o corpo do paciente exerce sobre a pele e os tecidos subcutâneos (não é recomendado o uso de luvas cheias de água). Se a mobilidade do paciente está comprometida e a pressão nesta interface não é redistribuída, a pressão pode prejudicar a circulação, levando ao surgimento da lesão.

Pacientes cirúrgicos submetidos à anestesia por período prolongado geralmente apresentam risco aumentado de desenvolvimento de LP, portanto, **todos estes pacientes (seja no momento pré, intra e pós-operatório) devem receber avaliação de risco da pele** pela enfermeira assistente.

Todas as medidas descritas neste Protocolo deverão ser adotadas para todos os pacientes que apresentem risco de desenvolver LP, mesmo naqueles que já estão com LP em qualquer estágio.

<b>Medidas Preventivas para Lesão por Pressão</b>			
<b>Risco Leve</b> (15 a 18 pontos na escala de Braden)	<b>Risco Moderado</b> (13 a 14 pontos na escala de Braden)	<b>Risco Alto</b> (10 a 12 pontos na escala de Braden)	<b>Risco Muito Alto</b> (≤ 9 pontos na escala de Braden)
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientação para reposicionamento no leito;</li> <li>- Otimização da mobilização;</li> <li>- Proteção do calcanhar;</li> <li>- Manejo da umidade, nutrição, fricção e cisalhamento, bem como uso de superfícies de redistribuição de pressão</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Continuar as intervenções do risco baixo;</li> <li>- Mudança de decúbito com posicionamento a 30°.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Continuar as intervenções do risco moderado;</li> <li>- Reposicionamento no leito a cada 2 horas;</li> <li>- Utilização de coxins de espuma para facilitar a lateralização a 30°.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Continuar as intervenções do risco alto;</li> <li>- Utilização de superfícies de apoio dinâmico com pequena perda de ar, se possível;</li> <li>- Manejo da dor.</li> </ul>

MS/ANVISA/FIOCRUZ, 2013

## **Orientação para o paciente e cuidadores**

É fundamental que os pacientes e seus acompanhantes sejam orientados sobre as medidas preventivas e sua importância na prevenção de LP. Muitas dessas medidas podem ser realizadas pelos próprios pacientes e cuidadores, como a hidratação da pele, os reposicionamentos no leito e a vigilância em relação à altura da cabeceira do leito. A autonomia do paciente e cuidador com relação à equipe de saúde deverão ser estimuladas.

### **8.2 Tratamento Não Farmacológico**

Não se aplica.

### **8.3 Tratamento Farmacológico**

Não se aplica.

#### **8.3.1 Fármaco (s)**

Não se aplica.

#### **8.3.2 Esquema de Administração**

Não se aplica.

#### **8.3.3 Tempo de Tratamento – Critérios de Interrupção**

Não se aplica.

## **9- Benefícios Esperados**

Reduzir a ocorrência de lesão por pressão nas Unidades Hospitalares, UPA e serviços de internação domiciliar da Rede SES-DF.

## **10- Monitorização**

Todos os incidentes de lesão por pressão devem ser notificados pelos pacientes e/ou profissionais de saúde na ficha de notificação de eventos adversos do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente e/ou sistema NOTIVISA (aba cidadão).

## **INDICADORES MÍNIMOS – periodicidade MENSAL**

- 1) Taxa de pacientes submetidos a avaliação de risco para lesão por pressão na admissão:

$$\frac{\text{Número de pacientes avaliados pela escala de Braden com 24h de admissão}}{\text{Número total de pacientes com 24h de admissão}} \times 100$$

- 2) Taxa de pacientes de risco que receberam cuidado preventivo apropriado para lesão por pressão:

$$\frac{\text{Número de pacientes recebendo cuidado preventivo}}{\text{Número total de pacientes com risco de desenvolver LPP}} \times 100$$

- 3) Taxa de pacientes que receberam avaliação diária do risco de lesão por Pressão:

$$\frac{\text{Número de pacientes com avaliação diária do risco}}{\text{Número total de pacientes internados}} \times 100$$

- 4) Incidência de LPP:

$$\frac{\text{Número de casos novos de pacientes com LPP}}{\text{Número total de pacientes internados com risco de desenvolver LPP}} \times 100$$

#### **11- Acompanhamento Pós-tratamento**

Não se aplica.

#### **12- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade – TER**

Não se aplica.

#### **13- Regulação/Controle/Avaliação pelo Gestor**

Os dados coletados anualmente pelas Superintendências Regionais de Saúde, através dos indicadores pactuados neste protocolo, servirão para o planejamento das ações dos gestores de cada localidade e das áreas técnicas responsáveis.

#### **14- Referências Bibliográficas**

1. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES Nº 03/2017 Práticas seguras para prevenção de Lesão por Pressão em serviços de Saúde. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271855/Nota+T%C3%A9cnica+GVIMS-GGTES+n%C2%BA+03-2017/54ec39f6-84e0-4cdb-a241-31491ac6e03e>. Acesso dia 29/05/2018.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. PRC nº 5, de 28 de setembro de 2017, CAPITULO VIII DA SEGURANÇA DO PACIENTE. Artigo 157 a 163. Disponível em:





<http://www.mpf.mp.br/atuacao-tematica/ccr4/dados-da-atuacao/projetos/qualidade-da-agua/legislacao/portarias/portaria-de-consolidacao-no-5-de-28-de-setembro-de-2017-1/view>. Acesso dia 29/05/2018.

3. BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo para prevenção de úlcera por pressão, 2013. Disponível em [file:///C:/Users/14405180/Downloads/protoc\\_ulceraPressao.pdf](file:///C:/Users/14405180/Downloads/protoc_ulceraPressao.pdf). Acesso dia 04/07/2018.
4. Braden para o risco de desenvolvimento de úlcera por pressão em pacientes críticos. Rev. Latino-Am. Enfermagem Artigo Original, v. 19, n.1. 2011. Acesso em: 31/03/2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt\\_08.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_08.pdf).
5. COOPER P. Incontinence-induced pressure ulcers. Nurs Res Care [Internet]. 2002. [cited 2015 May 20];4(5):216- 21. Available from: <http://www.magonlinelibrary.com/doi/pdf/10.12968/nrec.2002.4.5.10385>
6. FERREIRA, PEDRO; MIGUÉNS, CRISTINA; GOUVEIA, JOÃO; FURTADO, KÁTIA. Risco de desenvolvimento de úlceras de pressão: implementação nacional da escala de braden. Lusodidact, 2007.
7. NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (NPUAP). Pressure Injury Stages; Staging Consensus Conference that was held April, 2016.
8. Protocolos de Enfermagem – Prevenção e Tratamento de Lesão por Pressão. HEMORIO – 2010. 1ª edição
9. ROGENSKI N.M.B. Úlceras por pressão: definição, fatores de risco, epidemiologia e classificação. Editora Atheneu. São Paulo, 2014.
10. Telecondutas – Lesão por pressão. Elaborado por Telessaúde RS/UFRGS. Porto Alegre, 2017.
11. VASCONCELOS JMB, CALIRI MHL. Ações de enfermagem antes e após um protocolo de prevenção de lesões por pressão em terapia intensiva. Escola Anna Nery, 2017.

## ANEXO 1 – ESCALA DE BRADEN

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO DE DESENVOLVER LESÕES DE PRESSÃO ESCALA DE BRADEN - ADAPTADA					PONTOS
<b>PERCEÇÃO SENSORIAL:</b> habilidade de responder à pressão relacionada ao desconforto	<p><b>1. Completamente limitado:</b> não reage, não responde a estímulo doloroso (não geme, não se segura a nada, não se esquivia) devido a nível de consciência ou a sedação ou a capacidade limitada de sentir dor na maior parte do corpo.</p>	<p><b>2. Muito limitado:</b> responde a estímulos dolorosos. 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 da metade do corpo.</p>	<p><b>3. Levemente limitado:</b> responde aos comandos verbais, porém nem sempre consegue comunicar o desconforto ou expressar a necessidade de ser mudado de posição ou tem um certo grau de deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.</p>	<p><b>4. Nenhuma limitação:</b> responde a comandos verbais, não tem déficit sensorial que limitaria a capacidade de sentir ou verbalizar dor ou desconforto.</p>	
<b>UMIDADE:</b> nível ao qual é exposta à umidade	<p><b>1. Constantemente úmida:</b> pele mantida molhada quase constantemente por transpiração, urina. Umidade é detectada às movimentações do paciente.</p>	<p><b>2. Muito úmida:</b> pele frequentemente, mas nem sempre molhada. A roupa da cama deve ser trocada pelo menos uma vez por turno.</p>	<p><b>3. Ocasionalmente úmida:</b> pele fica ocasionalmente molhada, requerendo uma troca extra de roupa de cama por dia.</p>	<p><b>4. Raramente úmida:</b> pele geralmente seca, a troca de roupa de cama é necessária somente nos intervalos de rotina.</p>	
<b>ATIVIDADE FÍSICA</b>	<p><b>1. Acamado:</b> mantém-se sempre no leito, confinado à cama.</p>	<p><b>2. Restrito à cadeira:</b> a habilidade de caminhar está severamente limitada ou nula. Não é capaz de sustentar o próprio peso e/ou precisa ser ajudado a se sentar.</p>	<p><b>3. Caminha ocasionalmente:</b> porém por distâncias bem curta, com ou sem ajuda. Passa a maior parte do tempo na cama.</p>	<p><b>4. Caminha frequentemente:</b> anda fora do quarto duas vezes por dia e dentro do quarto pelo menos uma vez a cada 2 horas, durante as horas que está acordado.</p>	
<b>MOBILIDADE:</b> capacidade de mudar e controlar a posição do corpo	<p><b>1. Completamente imóvel:</b> não faz nenhum movimento do corpo, nem mesmo pequenas mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda.</p>	<p><b>2. Muito limitado:</b> faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou extremidades, mas é incapaz de fazer mudanças frequentes ou significantes sozinho.</p>	<p><b>3. Levemente limitado:</b> faz mudanças frequentes, embora pequenas, mudanças na posição de corpo ou extremidades sem ajuda.</p>	<p><b>4. Nenhuma limitação:</b> faz importantes e frequentes mudanças de posição sem auxílio.</p>	
<b>NUTRIÇÃO:</b> padrão usual de consumo alimentar	<p><b>1. Muito pobre:</b> não come toda a refeição. Toma pouco líquido. Raramente come mais de 1/3 do alimento oferecido. Come 2 porções ou menos de proteína/dia. Não toma nenhum suplemento dietético.</p>	<p><b>2. Provavelmente inadequado:</b> raramente faz refeição completa e geralmente come cerca de metade do alimento oferecido. Ingestão de proteína inclui somente 3 porções/dia. De vez em quando toma suplemento alimentar.</p>	<p><b>3. Adequado:</b> come mais da metade da maioria das refeições. Ingere um total de 4 porções de proteína/dia. Ocasionalmente recusará uma refeição, mas geralmente aceitará um complemento oferecido.</p>	<p><b>4. Excelente:</b> come a maior parte de cada refeição. Nunca recusa refeição. Ingere 4 porções de proteína/dia. Ocasionalmente come entre as refeições. Não requer suplemento alimentar.</p>	
<b>FRICÇÃO E CISCALHAMENTO</b>	<p><b>1. Problema:</b> necessita assistência moderada ou assistência máxima para mover-se.</p>	<p><b>2. Potencial para o problema:</b> movimentar-se livremente ou necessita uma assistência mínima.</p>	<p><b>3. Nenhum problema aparente:</b> movimentar-se sozinho na cama ou cadeira e tem suficiente força muscular para erguer-se completamente durante o movimento</p>		
<b>TOTAL</b>					

(Paranhos, 1999)

## ANEXO 2 – ESCALA DE BRADEN Q

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO DE DESENVOLVER LESÕES DE PRESSÃO ESCALA DE BRADEN Q - PEDIATRIA					PONTOS
<b>MOBILIDADE:</b> <b>Capacidade de mudar e controlar a posição do corpo</b>	<b>1.Completamente Imóvel:</b> Não faz mudanças, nem mesmo pequenas, na posição do corpo ou extremidades sem ajuda	<b>2.Muito Limitado:</b> Faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou das extremidades, mas é incapaz de fazer mudanças completamente sozinho	<b>3.Levemente limitado:</b> Faz mudanças frequentes, embora pequenas, na posição do corpo ou extremidades sem ajuda	<b>4.Nenhuma Limitação:</b> Faz mudanças importantes e frequentes na posição do corpo, sem ajuda	
<b>ATIVIDADE:</b> Grau de atividade física	<b>1.Acamado:</b> Permanece no leito o tempo todo	<b>2.Restrito à cadeira</b> A capacidade de deambular está gravemente limitada ou inexistente. Não consegue sustentar o próprio peso e/ou precisa de ajuda para sentar-se numa cadeira de rodas.	<b>3.Deambula ocasionalmente</b> Deambula ocasionalmente durante o dia, porém por distâncias bem curtas com ou sem ajuda. Passa maior parte do turno no leito ou na cadeira.	<b>4.Todas as crianças que são jovens demais para deambular ou deambulam frequentemente</b> 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.	
<b>PERCEPÇÃO SENSORIAL:</b> <b>Capacidade de responder de maneira apropriada ao desconforto relacionado à pressão</b>	<b>1.Totalmente limitado</b> 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.	<b>2.Muito limitado</b> 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.	<b>3.Levemente limitado</b> Responde aos comandos verbais, mas nem sequer consegue comunicar desconforto ou a necessidade de mudar de posição, ou apresenta alguma disfunção sensorial em uma ou duas extremidades que se limita a capacidade de sentir dor.	<b>4.Nenhuma Limitação</b> Responde aos comandos verbais. Não apresenta déficit sensorial que limite a capacidade de sentir ou comunicar dor ou desconforto.	
<b>UMIDADE:</b> Grau de exposição da pele à umidade	<b>1.Constantemente úmida:</b> a pele fica constantemente úmida por suor, urina, etc. A umidade é percebida cada vez que o paciente é movimentado ou mudado de posição	<b>2. Frequentemente úmida:</b> a pele está frequentemente, mas nem sempre úmida. A roupa de cama precisa ser trocada pelo menos a cada oito horas.	<b>3. Ocasionalmente úmida:</b> a pele está ocasionalmente úmida, necessitando de troca de roupa de cama a cada doze horas.	<b>4. Raramente úmida:</b> a pele geralmente está seca, as trocas de fraldas são feitas de rotina e as roupas de cama necessitam ser trocadas apenas a cada 24 horas.	
<b>FRICÇÃO E CISALHAMENTO:</b> <b>Fricção ocorre quando a pele se move contra as estruturas de suporte. Cisalhamento ocorre quando a pele e a superfície óssea adjacente deslizam uma sobre a outra,</b>	<b>1.Problema importante:</b> a espasticidade, a contratatura, o prurido ou agitação levam a criança a debater-se no leito e há fricção quase constante.	<b>2. Problema:</b> necessita de ajuda moderada a máxima para se mover. É impossível se levantar completamente sem deslizar sobre os lençóis do leito ou cadeira, necessitando de reposicionamento frequente com o máximo de assistência.	<b>3. Problema potencial:</b> movimenta-se com dificuldade ou necessidade 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.	<b>4. Nenhum problema aparente:</b> 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.	

(Paranhos, 1999)

### **ANEXO 3 – OPERACIONALIZAÇÃO DA ESCALA DE BRADEN**

1. A Escala de Braden é constituída por seis subescalas:
  - a) A subescalas têm como objetivo a avaliação das seguintes dimensões: percepção sensorial, umidade da pele, atividade, mobilidade, nutrição, fricção e forças de deslizamento;
  - b) O valor atribuído a cada subescala varia entre 1 e 4 (o menor valor corresponde a um maior risco de desenvolvimento de lesão de pressão);
  - c) O valor obtido através do somatório dos valores atribuídos a cada subescala varia entre 06 a 23.
2. A Escala de Braden Q (pediátrica) é constituída pelas seis subescalas da Escala de Braden original e uma subescala de perfusão/oxigenação tecidual;
  - a) Tal como referido anteriormente, o valor atribuído a cada subescala varia entre 1 e 4 (o menor valor corresponde a um maior risco de desenvolvimento de lesão de pressão);
  - b) O valor obtido através do somatório dos valores atribuídos a cada subescala varia entre 07 e 28.
3. Paralelamente à aplicação da Escala de Braden ou Braden Q é avaliado o estado da pele através o instrumento de avaliação da pele (Anexo I e II).
4. Deve ser feita a avaliação do estado de pele:
  - a) As características e tipo de alterações relacionadas com a integridade cutânea devem ser avaliados com o instrumento da avaliação da pele.