



Protocolo Institucional

PROTOCOLO PARA PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO

Protocolo elaborado pela equipe do Núcleo de Segurança do Paciente

Santo Antônio da Patrulha, 03 de abril de 2025





SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CPAP	Pressão Positiva Contínua em Vias Aéreas
EPUAP	European Pressure Ulcer Advisory Pane
LPP	Lesão Por Pressão
MS	Ministério da Saúde
NPUAP	National Pressure Ulcer Advisory Pane
PPPIA	Pan Pacific Pressure Injury Alliance
PRT	Protocolo
RDC	Resolução de Diretoria Colegiada
TNO	Terapia Nutricional Oral





SUMÁRIO

1 DEFINIÇÃO	4
2 OBJETIVOS	4
3 JUSTIFICATIVAS	5
5 ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES	5
6 RECOMENDAÇÕES	8
7 AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE	18
8 INDICADORES	18
9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	19
10 APÊNDICES	22





1 DEFINIÇÃO

1.1 Lesão Por Pressão (LPP)

Lesão localizada na pele e/ou tecido subjacente, geralmente sobre uma proeminência óssea, resultante da pressão ou da combinação entre pressão e cisalhamento, causado pela fricção;

1.2 Cisalhamento

Deformação que sofre um corpo, quando sujeito a ação de forças cortantes;

1.3 Pressão

É a quantidade de força aplicada perpendicularmente numa superfície por unidade diária de aplicação. “O alívio da pressão é a principal estratégia utilizada na prevenção das lesões por pressão”;

1.4 Fricção

É criada pela força de duas superfícies que entram em atrito ao mover-se uma sobre a outra, provocando remoção das células epiteliais e causando abrasões e a formação de flictenas.

2 OBJETIVOS

O objetivo deste protocolo é definir estratégias para identificar e classificar os pacientes com risco de LPP, implementar medidas preventivas para aqueles em risco, padronizar o atendimento aos pacientes com risco potencial de desenvolver LPP e garantir a aplicação do tratamento adequado aos portadores de LPP durante o período de internação

3 JUSTIFICATIVA

A LPP é um evento adverso que se configura como uma das diversas complicações às quais pacientes hospitalizados estão suscetíveis, podendo levar à destruição parcial ou total dos tecidos. As LPP são definidas pelo National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) como um dano localizado na



pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionada ao uso de dispositivo hospitalar.

Uma das consequências mais comuns, resultantes de longa permanência em hospital, é o aparecimento de alterações de pele. A incidência aumenta proporcionalmente à combinação de fatores de risco, dentre eles, idade avançada e restrição ao leito. (Ministério da Saúde, 2013).

A Finalidade deste Protocolo é promover práticas seguras para prevenção de lesão por pressão (LPP) no âmbito hospitalar e seguir as recomendações das diretrizes para auxiliar os profissionais de saúde na tomada de decisão sobre os cuidados de saúde adequados a cada situação clínica específica na prevenção de LPP; implementar ações preventivas de acordo com a estratificação de risco para LPP; padronizar a assistência do paciente em risco potencial de desenvolver LPP e implementar o tratamento ao portador de LPP.

Segundo Girondi, et al. (2020) a fim de melhorar a segurança do paciente, as instituições devem atentar para o manejo correto do estado nutricional dos pacientes, hidratação da pele, controle do microclima e adoção de estratégias para minimização da pressão nas áreas de proeminências ósseas e inspeção diária da pele, como principais precauções para prevenção do surgimento de LPP.

Visto isso tivemos a colaboração da equipe de nutrição com relação às medidas nutricionais na prevenção e controle das lesões por pressão e a atuação do fisioterapeuta na prevenção das lesões. A elaboração deste protocolo baseia-se no Protocolo de Práticas Seguras para Prevenção de Lesão Por Pressão do Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária e Fundação Oswaldo Cruz MS/ANVISA/FIOCRUZ, 2013 e nas recomendações presentes no “Guia de consulta rápida: Prevenção e Tratamento de Lesões por Pressão” desenvolvido pelo National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), pelo European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) e pela Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA).





4 ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS e RESPONSABILIDADES

4.1 Enfermeiro

4.1.1 Identificar e classificar o paciente com risco para LPP através da aplicação da escala de Braden (Anexo A), no momento da admissão ou até no máximo em 24 horas após sua admissão, seguindo diariamente com a reavaliação do risco;

4.1.2. Reavaliar diariamente os pacientes com LPP instalada (grau I, II, III e IV), ou aqueles que apresentarem mudança de quadro clínico.

4.1.3. Realizar prescrição de ações preventivas para LPP nos casos identificados com riscos baixo, moderado e alto de acordo com este protocolo;

4.1.4. Registrar o risco de LPP do paciente (caso seja classificado como baixo, moderado ou alto), na placa de identificação à beira leito, se esta estiver disponível no serviço;

4.1.5. Prescrever a terapia para prevenção e/ou tratamento das LPP com período de troca; além da mudança de decúbito a cada 2 horas.

4.1.6. Realizar os curativos de maior complexidade;

4.1.7. Reavaliar a lesão em cada troca de curativo evoluindo no prontuário do paciente.

4.1.8- Avaliar a necessidade e instalação de colchão piramidal e /ou pneumático;

4.1.9. Registrar em evolução em prontuário, assim como realizar prescrição de curativo.

4.2 Técnico de enfermagem

4.2.1. Executar os curativos de pequeno e médio porte.



4.2.2. Registrar as características da LPP em suas anotações de enfermagem;

4.2.3. Realizar mudança de decúbito a cada 2 horas e registrar em prontuário;

4.2.4. Comunicar qualquer alteração ao enfermeiro responsável do setor.

4.3 Equipe de nutrição (Medidas nutricionais na prevenção e controle das lesões por pressão)

4.3.1. Realizar a Triagem Nutricional de todos os indivíduos em risco de desenvolver LPP ou com LPP já presente, usando instrumentos de avaliação nutricional válido, prático, fácil e rápido de usar;

4.3.2. Realizar avaliação nutricional completa, através de indicadores objetivos e subjetivos, nos pacientes em risco de desenvolver LPP ou com LPP já presente e que foram classificados em risco nutricional;

4.3.3. Estimar as necessidades nutricionais (calórica, proteica e hídrica) dos pacientes avaliados, seguindo as diretrizes sobre nutrição e hidratação relevantes e baseadas em evidências.

4.3.4. Monitorar e estimular a ingestão alimentar e hídrica dos pacientes em risco de desenvolver LPP ou com LPP já presente e que recebam plano individualizado de cuidados nutricionais;

4.3.5. Avaliar a necessidade de terapia nutricional oral hiperproteica e com nutrientes específicos para a cicatrização de feridas, naqueles pacientes que apresentem risco de desenvolver LPP e cujas necessidades nutricionais não estiverem sendo alcançadas;

4.3.6. Administrar nos pacientes em risco de desenvolver LPP ou com LPP já presente os suplementos nutricionais por via oral, com nutrientes específicos para a cicatrização de feridas nos intervalos das refeições regulares e monitorar a sua aceitação;



4.3.7. Utilizar TNO hiper proteica e/ou específica para cicatrização de feridas nos pacientes com LPP já presente, desde que não apresentem alguma contraindicação secundária ao quadro clínico;

4.3.8. Comunicar a equipe médica e de enfermagem, quais os pacientes em risco de desenvolver LPP ou com LPP já presente, que apresentam ingestão alimentar via oral menor que 2/3 de suas necessidades nutricionais estimadas e sugerir o uso de terapia nutricional enteral;

4.3.9. Reavaliar o estado nutricional de todos os pacientes em risco de desenvolver LPP ou com LPP já presente e classificados em risco nutricional, a cada 7 (sete) dias e rever necessidades de alterações de conduta dietoterápica.

4.4 Fisioterapia para adultos

4.4.1. Observar o estado geral do paciente, bem como a integridade física da pele;

4.4.2. Posicionar o paciente adequadamente no leito, redistribuindo a pressão em áreas suscetíveis utilizando materiais como travesseiros e coxins;

4.4.3. Mudar de decúbito junto a equipe da enfermagem;

4.4.4. Realizar exercícios ativos e passivos;

4.4.5. Incentivar o maior nível de mobilidade do paciente

4.4.6. Estimular a deambulação precoce sempre que a condição clínica do paciente permitir.

4.4.6- Realizar registro em prontuário diariamente.





5 RECOMENDAÇÕES -

PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO:

5.1 AVALIAÇÃO DE RISCO DE LESÃO POR PRESSÃO

A avaliação do risco para desenvolvimento de lesão por pressão deverá ser executada através da Escala de Braden para pacientes com mais de 5 anos e escala de Braden Q para crianças de 1 a 5 anos.

Procedimento Operacional da Avaliação e Reavaliação de Risco

A avaliação do risco para desenvolvimento de LPP deverá ser executada através da Escala de Braden para pacientes com mais de 5 anos (Anexo A) e escala de Braden Q (Anexo B) para crianças de 1 a 5 anos.

As escalas de Braden e Braden Q caracterizam o paciente sem risco, com risco moderado, elevado ou muito elevado para desenvolver LPP. A classificação do risco dá-se de maneira inversamente proporcional à pontuação, ou seja, quanto maior o número de pontos, menor será o risco para a ocorrência dessa lesão.

5.1.1 Inspeção diária da pele

Recomendação: Examinar a pele do paciente cuidadosamente para identificar a existência de LPP ou outras lesões preexistentes.

Durante a admissão ou a readmissão, examine a pele do paciente cuidadosamente para identificar alterações da integridade cutânea e lesões por pressão existentes. Para uma apropriada inspeção da pele, deve-se ter especial atenção às áreas corporais de maior risco para LPP, como as regiões anatômicas sacrais, calcâneo, ísquio, trocanter, occipital, escapular, maleolar e regiões corporais submetidas à pressão por dispositivos com a presença de cateteres, tubos e drenos.





PROCEDIMENTO:

1- A escala de Braden e/ou Braden Q deverá ser aplicada a todos os pacientes admitidos em internação clínica

2- A escala de Braden e/ou Braden Q deve ser registrada no sistema da instituição nas primeiras 24 horas após a admissão do paciente na unidade. Após esse período, a responsabilidade pela realização das escalas será do turno da noite.

3- Avaliar pontuação da escala:

Risco baixo (15 a 18 pontos)

- Cronograma de mudança de decúbito;
- Otimização da mobilização;
- Proteção do calcanhar;
- Manejo da umidade, nutrição, fricção e cisalhamento, bem como uso de superfícies de redistribuição de pressão.

Moderado (13 a 14 pontos)

- Continuar as intervenções do risco baixo;
- Mudança de decúbito com posicionamento a 30°.

Risco alto (10 a 12 pontos)

- Continuar as intervenções do risco moderado;
- Mudança de decúbito frequente;
- Utilização de coxins de espuma para facilitar a lateralização a 30°.

Muito alto (≤ 9 pontos)

- Continuar as intervenções do risco alto;
- Utilização de superfícies de apoio dinâmico com pequena perda de ar, se possível;
- Manejo da dor.

4- Em folha de beira leito, informar que paciente possui risco de lesão por pressão.

OBSERVAÇÃO:

Este Procedimento Operacional Padrão será aplicado em pacientes internados em unidade de **Saúde Mental** sempre que o paciente estiver acamado e/ou em contenção mecânica. Não será necessário aplicá-lo em pacientes que não apresentem essas condições.



5.2 Procedimento Operacional das medidas preventivas para higiene, hidratação e controle da umidade da pele.

5.2.1 Higienização e Hidratação da pele

- a) Limpar a pele quando estiver suja ou sempre que necessário. É recomendada a utilização de água e sabão neutro para reduzir a irritação e o ressecamento da pele;
- b) Usar hidratantes na pele seca e em áreas ressecadas, principalmente após banho, pelo menos 1 (uma) vez ao dia. A pele seca parece ser um fator de risco importante e independente no desenvolvimento de úlcera por pressão;
- c) Durante a hidratação da pele, não massagear áreas de proeminências ósseas ou áreas hiperemiadas. A aplicação de hidratante deve ser realizada com movimentos suaves e circulares;
- d) A massagem está contraindicada na presença de inflamação aguda e onde existe a possibilidade de haver vasos sanguíneos danificados ou pele frágil. A massagem não deve ser recomendada como uma estratégia de prevenção de úlcera por pressão.

Controle da Umidade: manutenção do paciente seco e com a pele hidratada

A pele úmida é mais vulnerável e propícia ao desenvolvimento de lesões cutâneas, tendendo a se romper mais facilmente. Deve-se minimizar a exposição cutânea à umidade decorrente de incontinência, transpiração ou exsudato de feridas.

5.2.2. Controlar a umidade através da determinação da causa.

Além da incontinência urinária e fecal, a equipe de enfermagem deve ter atenção a outras formas 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 e também deverá estar atenta para umidade decorrente de derramamento acidental de líquidos.

5.2.3. Otimização da nutrição e da hidratação

“A avaliação de pacientes com possível risco de desenvolvimento de LPP 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” (MS/ANVISA/FIOCRUZ, 2013).

“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 malnutridos podem apresentar uma probabilidade duas vezes maior de lesões cutâneas” (MS/ANVISA/FIOCRUZ, 2013)

“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. É recomendado que nutricionistas fossem consultados nos casos de pacientes com desnutrição a fim de avaliar e propor intervenções mais apropriadas” (MS/ANVISA/FIOCRUZ, 2013).

5.3 PROCEDIMENTO OPERACIONAL PARA NUTRIÇÃO

O Procedimento Operacional para Nutrição está citado conforme Protocolo do Ministério da Saúde /Anvisa /Fiocruz, 2013.

a) “Notificar todos os indivíduos em risco nutricional ou em risco para úlceras por pressão ao nutricionista a fim de instituir as medidas nutricionais específicas (avaliar a necessidade calórica, proteica, hídrica e demais nutrientes envolvidos no processo de cicatrização) para a prevenção de LPP”;

b) “Avaliar e comunicar o nutricionista e a equipe médica sobre a presença de sinais clínicos de desnutrição ou que podem predispor alterações no estado nutricional: edema, perda de peso, disfagia, inapetência, desidratação, entre outros. Na vigência de baixa aceitação alimentar (inferior a

60% das necessidades nutricionais num período de três dias), discutir com a EMTN a possibilidade de terapia nutricional enteral”;

c) “Avaliar junto ao nutricionista a necessidade de associar a dieta oferecida, o uso de suplementos nutricionais, com alto teor proteico, naqueles indivíduos em risco nutricional e de úlcera por pressão”;

d) A melhora no estado nutricional indica reposição tecidual sobre a proeminência óssea, contribuindo para a distribuição da pressão sobre uma ampla área tecidual, reduzindo o risco de oclusão do fluxo sanguíneo;

e) “O nutricionista deverá avaliar a necessidade de instituir as medidas específicas nutricionais para a prevenção de LPP”.

5.4. Minimizar a pressão

“A redistribuição da pressão, especialmente sobre as proeminências ósseas, é a preocupação principal. Pacientes com mobilidade limitada apresentam risco maior de desenvolvimento de LPP. 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” (MS/ANVISA/FIOCRUZ, 2013).

5.4. Procedimento Operacional para Minimizar a Pressão

5.4.1. Mudança de decúbito ou reposicionamento

A mudança de decúbito deve ser executada em pacientes com limitação de movimentos para reduzir a duração e a magnitude da pressão exercida sobre áreas vulneráveis do corpo (MS/ANVISA/FIOCRUZ, 2013):

a) Enfermeiro realiza avaliação e prescrição de enfermagem referente a necessidade de mudança de decúbito.

b) Fixar o relógio de mudança de decúbito, se disponível, e utilizar o Check List Mudança de Decúbito (Anexo A) nos prontuários dos pacientes classificados de risco leve a muito elevado de acordo com a escala de Braden

e Braden Q a fim de monitorar a posição adequada na mudança de decúbito a cada 2 (duas) horas;

c) Posicionar o paciente a cada 2 (duas) horas de tal forma que a pressão seja aliviada ou redistribuída. Evitar sujeitar a pele à pressão ou forças de torção (cisalhamento). Evitar posicionar o paciente diretamente sobre sondas, drenos e sobre proeminências ósseas com hiperemia não reativa. O rubor indica que o organismo ainda não se recuperou da carga anterior e exige um intervalo maior entre cargas repetidas;

d) Utilizar forro móvel ou dispositivo mecânico de elevação para mover pacientes acamados durante transferência e mudança de decúbito. Sua utilização deve ser adequada para evitar o risco de fricção ou forças de cisalhamento.

5.4.2. Materiais e equipamentos para redistribuição de pressão

a) Utilizar dispositivos de alívio (colchões piramidais ou pneumático, coxins, travesseiros e outros) para redistribuir a pressão em diferentes partes do corpo, nos pacientes classificados como de risco leve a elevado pela Escala de Braden

b) Utilizar colchão pneumático ou colchão piramidal em todos os pacientes classificados como de risco muito elevado (escore maior ou igual a 9 pontos na Escala de Braden).

Observação: Não é recomendável o uso de luvas cheias de água ou outros líquidos como dispositivo de alívio de pressão em razão do controle da umidade

5.5. Medidas preventivas para lesão por pressão conforme classificação de risco

“Os fatores de risco identificados na fase de avaliação fornecem informações para o desenvolvimento do plano de cuidados. Seguem as



recomendações das medidas preventivas conforme a classificação de risco” (MS/ANVISA/FIOCRUZ, 2013).

5.5.1 Sem risco (SR) maior ou igual a 19 pontos

5.5.2. Risco leve (15 a 18 pontos na Escala de Braden)

- a) Fixar o relógio de mudança de decúbito;
- b) Realizar controle da umidade, nutrição, fricção e cisalhamento.

5.5.3. Risco moderado (13 a 14 pontos na Escala de Braden)

- a) Manter as intervenções do risco leve;
- b) Realizar mudança de decúbito do paciente, com posicionamento a 30 graus, a cada 2 horas.

5.5.4. Risco alto e muito alto (menor ou igual a 12 pontos na Escala de Braden)

- a) Manter as intervenções do risco leve e moderado;
- b) Utilizar coxins de espuma para facilitar a lateralização a 30 graus;
- c) Utilizar superfícies de apoio dinâmico com pequena perda de ar, se possível, colchão pneumático;
- d) Realizar controle da dor;

5.6. Paciente Pediátrico

- a) Em Risco (ER): menor ou igual a 16 pontos na Escala de Braden Q
- b) Sem Risco (SR): maior que 16 pontos

5.7. Classificação das LPPs, conforme estadiamento

As LPPs são estadiadas através de um sistema de classificação universal, realizado pelo NPUAP (National Pressure Ulcer Advisory Panel), que avalia a profundidade e perda de tecido, classificando a lesão em





categoria/Grau I, II, III, IV, Não Classificável, Tissular Profunda e Lesão Por Pressão relacionada a dispositivo médico.

Quadro de Classificação das lesões por pressão:

ESTÁGIO	DEFINIÇÃO
Categoria/Grau I – Eritema não branqueável	Pele intacta com hiperemia de uma área localizada que não embranquece após descompressão no local, geralmente sobre proeminência óssea.
Categoria/Grau II – Perda parcial da espessura da pele	Perda parcial da pele, envolvendo a epiderme, derme ou ambas. Pode apresentar-se ainda como uma bolha intacta ou rompida.
Categoria/Grau III – Perda total da espessura da pele	Lesão total da pele, envolvendo a camada subcutânea, porém sem ultrapassar a fáscia muscular, osso ou tendão.
Categoria/Grau IV – Perda total da espessura dos tecidos	Perda total de tecido, com exposição óssea, de músculo ou tendão.
Não Classificável	Perda total da espessura dos tecidos, na qual a base da lesão está coberta por tecido desvitalizado/necrótico.
Tissular Profunda	Pele intacta ou não, com área vermelho escuro persistente não branqueável, descoloração marrom ou roxa ou separação da epiderme revelando um leito da ferida escuro ou com flictena de sangue. Presente dor e alteração de temperatura local.
Lesão por pressão relacionada a dispositivo médico (adulto e criança)	Resulta do uso de dispositivos criados e aplicados para fins diagnósticos e terapêuticos. A LPP resultante geralmente apresenta o padrão ou forma do dispositivo e deve ser categorizada usando o sistema de classificação de lesões por pressão.

Fonte: Sistema internacional de classificação, NPUAP, EPUAP 2016

Escala de Avaliação de feridas

Realizar no sistema institucional a escala de avaliação de feridas para pacientes com lesões teciduais já existentes. A escala deverá ser preenchida pelos enfermeiros a cada 24 horas, com o objetivo de monitorar a evolução das lesões e contribuir para os indicadores do núcleo de segurança do paciente.



Descrição dos possíveis tecidos e exsudato envolvidos nas LPPs.
(Segundo manual do Ministério da Saúde)

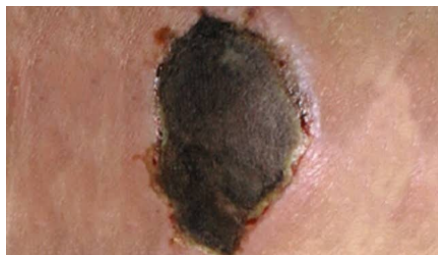
Granulação: é a formação de um tecido novo, que se apresenta com aspecto vermelho vivo, granular, brilhante e úmido, composto de capilares e colágenos;



Esfacelo: tecido desvitalizado, de consistência delgada, mucoide, macia e de coloração amarela, formada por bactérias, fibrina, elastina, fragmentos celulares e exsudato;



Necrose: tecido desvitalizado, tecido morto, desidratado/ressecado, podendo conter exsudato purulento e/ou material fibroso; Infecção: pode ser caracterizado pela presença de sinais clínicos de dor, rubor, calor e edema (sinais flogísticos) associados à presença de exsudato purulento ou seropurulento e a presença de odor;



Exsudato: líquido com alto teor de proteínas séricas (seroso) e leucócitos, resultante de danos aos tecidos e vasos.



5.8. Prevenção de Infecções

Realizar a Higienização das Mãos nos cinco momentos previstos, a saber: 1) antes do contato com o paciente; 2) antes da realização de procedimento asséptico; 3) após risco de exposição a fluidos corporais; 4) após contato com o paciente e 5) após contato com as áreas próximas ao paciente.

Não utilizar adornos no ambiente hospitalar.

Utilizar EPI 's adequados para a assistência ao paciente.

6. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

6.1. O colaborador deverá notificar de forma eletrônica todas as LPPs adquiridas no hospital, em instrumento digital de notificação de evento adverso, que está disponível na página de intranet institucional.

6.2. Devem ser notificados na página inicial da instituição na intranet, em Notificação de Evento Adverso todos os estágios da LPP (Estágios I, II, III e IV);

6.3 Realizar notificação no notivisa

6.4 Criar plano de ação para notificações de lesões de grau III e IV.

7. INDICADORES

7.1. Percentual (%) de pacientes submetidos a avaliação de risco para LPP na admissão;

7.2. Percentual (%) de pacientes de risco recebendo cuidado preventivo apropriado para LPP;

7.3. Percentual (%) de pacientes recebendo avaliação diária das LPPs;

7.4. Incidência de LPP.





8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde. **Nota Técnica GVIMS/GGTES Nº 03/2017**. Práticas seguras para prevenção de lesão por pressão em serviços de saúde. 2017.
2. ANDRADE, R. F.; FOLCHINI, N. F. Úlcera de pressão. 1998. 82 F. Monografia (graduação em Fisioterapia) Universidade Católica Dom Bosco- UCDB, Campo Grande (MS).
3. ANTUNES, J.C.P. et al. Tecnología secundaria en el tratamiento del recién nacido prematuro (cuidados de enfermería en el uso del cpap nasal). Enferm glob. 2010
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em XX de 2014.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Portaria nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html. Acesso em XX de 2014.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº. 2.095, de 24 de setembro de 2013. Aprova os Protocolos Básicos de





Segurança do Paciente. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095_24_09_2013.html. Acesso em XX de 2014.

7. BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Fundação Oswaldo Cruz. Anexo 02: Protocolo para prevenção de úlcera por pressão. 2013. Disponível em: . Acesso em: 16 nov. 2018.
8. BRASIL. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente, Instituto Nacional Fernandes Figueira (IFF), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Ministério da Saúde (MS). Cuidados com o CPAP NASAL, 2018.
9. CAMPEDELLI, M. C. GAIDZINSKI, R. R. Escara: Problema na hospitalização. 1 ed. São Paulo: Ática, 1991.
10. DEALEY, C. Cuidando de feridas: um guia para enfermeiras. 2. Ed. São Paulo: Atheneu Editora, 2001.
11. FISCHER C., et al. Nasal trauma due to continuous positive airway pressure in neonates. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2010 Nov;95(6):F447-51.
12. GONÇALVES, C. R. SAY, G. K. RENNO, M. C. A. Ação do laser de baixa intensidade no tratamento de úlceras cutâneas. Rev. de fisioter. Univ. Cruz Alta, v. 2, n. 3, p. 11- 15, dez, 2000.
13. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Australia; 2014.
14. SILVESTRE, Juliana Terezinha; HOLSBACH, Denise Rodrigues. Atuação fisioterapêutica na úlcera de pressão: uma revisão de literatura. 2012 Revista Fafibe On-Line — ano V — n.5 — nov. 2012 — ISSN 1808-6993. unifafibe.com.br/revistafafibeonline — Centro Universitário UNIFAFIBE — Bebedouro-SP.
15. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. Resolução COREN-AL. Regulamentação da atuação do Auxiliar e Técnico de Enfermagem para realização de curativos de pequeno e médio porte. Disponível em: http://al.corens.portalcofen.gov.br/wp-content/uploads/2019/06/PARECE-RT%C3%89CNICO-N%C2%BA-001_2019-PAD-N-741_2018-e-N-776_2018. Acesso em 18 de outubro de 2021.





9 APÊNDICES

Anexo A

Escala de Braden resumida

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

Figura 2: Escala de Braden (Fatores de risco para Lesão por Pressão) – versão resumida.
Fonte: Paranhos (1999).





Anexo B

Escala de Braden Q (29 dias à 5 anos) resumida

Pontos	1	2	3	4
Percepção Sensorial	Totalmente limitado	Muito limitado	Levemente limitado	Nenhuma limitação
Umidade	Completamente molhado	Muito molhado	Ocasionalmente molhado	Raramente molhado
Grau de Atividade	Acamado	Restrito à cadeira	Deambula ocasionalmente (maior parte leito ou cadeira)	Todas as crianças que são jovens demais para deambular ou deambulam frequentemente (pelo menos 2x ao dia)
Mobilidade	Totalmente imóvel	Bastante limitado	Levemente limitado	Não apresenta limitações
Nutrição	Muito pobre	Provavelmente inadequada	Adequada	Excelente
Fricção e Cisalhamento	Problema importante	Problema	Problema potencial	Nenhum problema
Perfusão tissular e oxigenação	Extremamente comprometida: hipotenso (PAM > 50 mmHg; < 40 mmHg em recém-nascido) ou o paciente não tolera as mudanças	Comprometida: Apresenta saturação de oxigênio <95% ou a hemoglobina <10 mg/dl ou o tempo de enchimento capilar >2 segundos. O pH sérico < 7,40.	Adequada: normotenso. Apresenta saturação de oxigênio <95% ou a hemoglobina <10 mg/dl ou o tempo de enchimento capilar > 2 segundos. O pH sérico é normal	Excelente: normotenso. Apresenta saturação de oxigênio > 95%, a hemoglobina norma e o tempo de enchimento capilar < 2 segundos.
Risco muito alto		6 a 9 pontos		
Risco alto		10 a 12 pontos		
Risco moderado		13 a 14 pontos		
Risco leve		15 a 18 pontos		
Sem risco		19 a 28 pontos		

Quadro 1: Escala de Braden-Q (Fatores de risco para Lesão por Pressão) – versão para crianças.
Fonte: Paranhos (1999).

Fonte: Paranhos, 1999





Anexo C

Braden completa

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO DE DESENVOLVER LESÕES DE PRESSÃO ESCALA DE BRADEN - ADAPTADA					PONTOS
PERCEPÇÃO SENSORIAL: habilidade de responder à pressão relacionada ao desconforto	1. Completamente limitado: não reage, não responde a estímulo doloroso (não geme, não se segura a nada, não se esquia) devido a nível de consciência ou a sedação ou a capacidade limitada de sentir dor na maior parte do corpo.	2. Muito limitado: 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.	3. Levemente limitado: 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.	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 é exposta à umidade	1. Constantemente úmida: pele mantida quase constantemente por transpiração, urina. Umidade é detectada às movimentações do paciente.	2. Muito úmida: pele frequentemente, mas nem sempre molhada. A roupa da cama deve ser trocada pelo menos uma vez por turno.	3. Ocasionalmente úmida: pele fica ocasionalmente molhada, requerendo uma troca extra de roupa de cama por dia.	4. Raramente úmida: pele geralmente seca, a troca de roupa de cama é necessária somente nos intervalos de rotina.	
ATIVIDADE FÍSICA	1. Acamado: mantém-se sempre no leito, confinado à cama.	2. Restrito à cadeira: 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.	3. Caminha ocasionalmente: porém por distâncias bem curta, com ou sem ajuda. Passa a maior parte do tempo na cama.	4. Caminha frequentemente: 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.	
MOBIIDADE: capacidade de mudar e controlar a posição do corpo	1. Completamente imóvel: não faz nenhum movimento do corpo, nem mesmo pequenas mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda.	2. Muito limitado: faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou extremidades, mas é incapaz de fazer mudanças frequentes ou significantes sozinho.	3. Levemente limitado: faz mudanças frequentes, embora pequenas, mudanças na posição de corpo ou extremidades sem ajuda.	4. Nenhuma limitação: faz importantes e frequentes mudanças de posição sem auxílio.	
NUTRIÇÃO: padrão usual de consumo alimentar	1. Muito pobre: 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.	2. Provavelmente inadequado: 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.	3. Adequado: come mais da metade da maioria das refeições. Ingerir um total de 4 porções de proteína/dia. Ocasionalmente recusará uma refeição, mas geralmente aceitará um complemento oferecido.	4. Excelente: come a maior parte de cada refeição. Nunca recusa refeição. Ingerir 4 porções de proteína/dia. Ocasionalmente come entre as refeições. Não requer suplemento alimentar.	
FRICÇÃO E CISCALHAMENTO	1. Problema: necessita assistência moderada ou assistência máxima para mover-se.	2. Potencial para o problema: movimenta-se livremente ou necessita uma assistência mínima.	3. Nenhum problema aparente: movimenta-se sozinho na cama ou cadeira e tem suficiente força muscular para erguer-se completamente durante o movimento.		
TOTAL DE PONTOS					

Fonte: Paranhos, 1999





Anexo D

Braden Q completa

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO DE DESENVOLVER LESÕES DE PRESSÃO ESCALA DE BRADEN Q - ADAPTADA					PONTOS
MOBIIDADE: Capacidade de mudar e controlar a posição do corpo	1.Completamente Imóvel: Não faz mudanças, nem mesmo pequenas, na posição do corpo ou extremidades sem ajuda.	2.Muito Limitado: Faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou das extremidades, mas é incapaz de fazer mudanças completamente sozinho.	3.Levemente limitado: Faz mudanças frequentes, embora pequenas, na posição do corpo ou extremidades sem ajuda	4.Nenhuma Limitação: Faz mudanças importantes e frequentes na posição do corpo, sem ajuda.	
ATIVIDADE: Grau de atividade física	1.Acamaço: 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 numa cadeira de rodas.	3.Deambula ocasionalmente: Deambula ocasionalmente durante o dia, porém por distâncias bem curtas com ou sem ajuda. Passa maior parte do turno no leito ou na cadeira.	4.Todas as crianças que são 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.	
PERCEÇÃO SENSORIAL: Capacidade de responder de maneira apropriada ao desconforto relacionado à pressão.	1.Totalmente limitado: Não responde ao estímulo doloroso (não geme, não se encolhe ou se agarra), devido à diminuição do nível de consciência, ou sedação ou limitação da capacidade de sentir dor na maior parte da superfície corporal.	2- Muito limitado: 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 limitado: 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.	4.Nenhuma Limitação: Responde aos comandos verbais. Não apresenta déficit sensorial que limite a capacidade de sentir ou comunicar dor ou desconforto.	
UMIDADE: Grau de exposição da pele à umidade	1.Constantemente úmida: a pele fica constantemente úmida por suor, urina, etc. A umidade é percebida cada vez que o paciente é movimentado ou mudado de posição.	2. Frequentemente úmida: a pele está frequentemente, mas nem sempre úmida. A roupa de cama precisa ser trocada pelo menos a cada oito horas.	3. Ocasionalmente úmida: a pele está ocasionalmente úmida, necessitando de troca de roupa de cama a cada doze horas.	4. Raramente úmida: a pele geralmente está seca, as trocas de fraldas são feitas de rotina e as roupas de cama necessitam serem trocadas apenas a cada 24 horas.	
FRICÇÃO E CISCALHAMENTO: Fricção ocorre quando a pele se move contra as estruturas de suporte. Ciscalhamento ocorre quando a pele e a superfície óssea adjacente deslizam uma sobre a outra.	1.Problema importante: a espasticidade, a contratura, o prurido ou agitação levam a criança a debater-se no leito e há fricção quase constante.	2. Problema: necessita de ajuda moderada a máxima para se mover. É impossível se levantar completamente sem deslizar sobre os lençóis do leito ou cadeira, necessitando de reposicionamento frequente com o máximo de assistência.	3. Problema potencial: 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.	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.	
TOTAL DE PONTOS					

Fonte: Paranhos, 1999



ANEXO E

CHECK LIST MUDANÇA DE DECÚBITO

DATA:

	Profissional		Profissional		Profissional		Profissional		Profissional		Profissional
06h (DLE)		08h (DLD)		10h (DD)		12h (DLE)		14h (DLD)		16h (DD)	
18h (DLE)		20h (DLD)		22h (DD)		00h (DLE)		02h (DLD)		04h (DD)	

DATA:

	Profissional		Profissional		Profissional		Profissional		Profissional		Profissional
06h (DLE)		08h (DLD)		10h (DD)		12h (DLE)		14h (DLD)		16h (DD)	
18h (DLE)		20h (DLD)		22h (DD)		00h (DLE)		02h (DLD)		04h (DD)	

DATA:

	Profissional		Profissional		Profissional		Profissional		Profissional		Profissional
06h (DLE)		08h (DLD)		10h (DD)		12h (DLE)		14h (DLD)		16h (DD)	
18h (DLE)		20h (DLD)		22h (DD)		00h (DLE)		02h (DLD)		04h (DD)	



ELABORAÇÃO E APROVAÇÃO

Elaborado e Revisado por:

Enfª. Gabriela Gomes
Enfermeira Núcleo de Segurança do Paciente
Hospital Santo Antônio da Patrulha-HSAP

Aprovado por:

Enfª. Bruna Gil Vicente
Responsável técnica Enfermagem
Hospital Santo Antônio da Patrulha-HSAP

