



Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 1/7	
Título do Documento	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO	Emissão: 01/07/2025	Próxima revisão: 01/07/2025
		Versão: 2	

1. CONCEITO: Lesão por pressão é um dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionada ao uso de dispositivo medico ou a outro artefato.

1.1 Responsáveis pela execução

Toda a equipe assistencial.

1.2 Finalidades

- Identificar e classificar os clientes com risco para LPP;
- Implementar ações preventivas nos clientes com risco para LPP;
- Identificar precocemente LPP em estágios iniciais.
- Realizar medidas de gestão da lesão, em caso de aparecimento de LPP;

1.3 Indicações

- Clientes hospitalizados adultos identificados com riscos para o desenvolvimento de LPP (scores nas escalas Braden ≤ 18 pontos);
- Destinado a adultos hospitalizados, que já encontram-se com lesão por pressão;

2. MATERIAIS

- Computador para realização do SCORE de BRADEN;
- Colchão piramidal;
- Coxins;
- Insumos para curativos;
- Creme barreira;

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 2/7	
Título do Documento	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO	Emissão: 01/07/2025	Próxima revisão: 01/07/2027
		Versão: 2	

3. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

1. Avaliar a pele do paciente, durante a admissão, banho, e troca de fraldas diariamente;
2. Durante admissão e durante aparecimento de novas lesões, realizar preenchimento do historico de pele no sistema MV.
3. Identificar e classificar o perfil de risco do cliente hospitalizado, na unidade para subsidiar os indicadores e as intervenções (antes e durante a internação).
4. Mudança de decubito a cada 3 horas, para setores de internação, e a cada 2 horas para unidade de tratamento intensivo (UTI);
5. Utilização de Coxins para elevação de proeminência ósseas, bem como melhor reposicionamento do paciente, e descompressão de demais áreas de risco;
6. Divulgar a incidência de LPP e reavaliar as ações de prevenção, mensalmente.
7. Supervisionar o cumprimento das ações e promover capacitação contínua a equipe de enfermagem.
8. Registrar tipo de lesão, local e estadiamento, bem como, as ações de intervenção e de monitoramento.
9. Notificar as LPP's para a segurança do paciente através do QR code;
10. Notificar as LPPs desenvolvidas na instituição no NOTIVISA;

4. INTERVENÇÕES/OBSERVAÇÕES

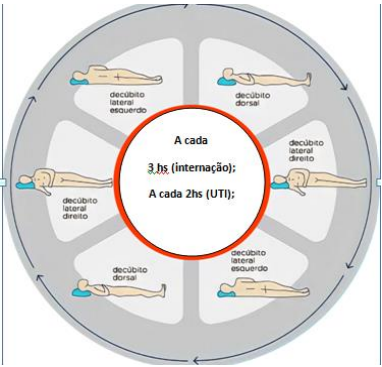
1. Intervenções – Clientes com baixo risco para LPP (15 a 18 pontos)

✓ **Implementar protocolo assistencial para prevenção e tratamento de lesão por pressão.**

<ul style="list-style-type: none"> - Auxiliar a mudança de decúbito; - Estimular movimentação no leito; - Estimular movimentos ativos; 	<ul style="list-style-type: none"> • Com alternância de posições de 3/3 horas; • Com exercícios com variação de movimentos. Orientá-lo a fazer os movimentos regularmente; • Realizando descompressão das áreas de risco;
Proporcionar posição confortável ao cliente	• em colchão hospitalar, com alinhamento postural e distribuição do peso.
Manter cabeceira elevada	• à 30º (considerando a altura do travesseiro), em posição semi-Fowler
Proteger a pele das proeminências ósseas S/N;	<ul style="list-style-type: none"> • de calcâneos, elevando-os acima da superfície da cama, com auxílio de um acolchoado sob a região posterior da perna, mantendo os joelhos levemente flexionados. • não utilizar almofadas tipo argola

Realizar banho de leito - Realizar higiene corporal no chuveiro	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizando sabonete hipoalergênico e água morna, sem massagear a pele sobre proeminências ósseas, 1 vez/dia.
Hidratar a pele	<ul style="list-style-type: none"> • sobre as proeminências ósseas com hidratante corporal à base de ácidos graxos essenciais (AGE), sem massagear. Reaplicá-lo a cada 6 horas (aprazamento ajustado as necessidades do cliente) • suspender o uso do produto, se o cliente apresentar sudorese intensa ou reações alérgicas. Comunicar e registrar.
- Implementar cuidados com eliminação urinária. - Realizar a higienização perineal após cada evacuação. - Aplicar barreiras de proteção com cremes e/ou absorventes de umidade	<ul style="list-style-type: none"> • Higienizar a pele com água e sabonete hipoalergênico. Secar e aplicar o (creme/fluido protetor cutâneo) nas regiões genital, inguinal e perianal. • Nas regiões genital, inguinal e perianal, após a higienização. Suspender o uso do (produto), se reações alérgicas. Comunicar e registrar.
Controlar a umidade da pele	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar e tratar os diferentes processos que podem originar excesso de umidade na pele: incontinência, sudorese excessiva, drenagens e exsudatos de feridas; • Realizar, após cada eliminação urinária ou fecal ou diante da presença da umidade na pele
Verificar o peso do paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicar ao nutricionista/médico, presença de perda de peso. • Colaborar no plano terapêutico do Nutricionista para estimativa de peso (quando não possível utilizar balanças).
Auxiliar o paciente a sentar na cadeira	<ul style="list-style-type: none"> • Sobre dispositivo almofadado e com os pés apoiados sobre uma banquetela, durante 2 horas, 2 a 3 vezes/dia. Retornar o cliente ao leito, em casos de hipotensão e outras inconformidades. • Orientar o cliente a suspender a região glútea, usando os braços da cadeira, pelo tempo que suportar, a cada 15 minutos. • Colaborar no plano terapêutico do fisioterapeuta.

Monitorar fontes de pressão e fricção da pele.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar se os lençóis da cama estão bem esticados, sem dobras ou costuras em contato com a pele. • Não deixar extensões de drenos/cateteres e outros sob o cliente.
Implementar cuidados com dieta por bomba de infusão.	<ul style="list-style-type: none"> • Seguir rigorosamente a vazão e horário prescritos.
Estimular ingestão hídrica.	<ul style="list-style-type: none"> • Quantificar a ingestão hídrica no formulário de controles. • Inspeccionar sinais associados de desidratação (boca seca; olhos fundos; constipação/diarreia; pele/mucosas desidratadas e outros).
Inspeccionar a pele em busca de pontos hiperemiados	<ul style="list-style-type: none"> • Edema, dor, tumefação (rigidez) e/ou bolhas, sobre as proeminências ósseas, a cada 6 horas (aprazamento ajustado as necessidades do cliente). Comunicar e registrar não conformidades.
Aferir sinais vitais	<ul style="list-style-type: none"> • De acordo com a rotina do setor ou necessidade para avaliação hemodinâmica. Comunicar e registrar não conformidades.
Avaliar a dor utilizando escala de intensidade (Registrar a dor como 5º sinal vital)	<ul style="list-style-type: none"> • Numérica • De fâcies • Comportamental
<ul style="list-style-type: none"> - Interagir com o paciente. - Tranquilizar paciente. - Sentar e conversar com o paciente 	<ul style="list-style-type: none"> • Registrar o resultado da intervenção. • Colaborar com o plano terapêutico do psicólogo.
<ul style="list-style-type: none"> - Orientar o paciente/familiar sobre formas de adaptar-se as suas limitações - Estimular o autocuidado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Os cuidados de prevenção de LPP e mudanças de hábitos no domicílio, mediante entrega do folder de cuidados pós alta. • Colaborar no plano terapêutico do Assistente Social.
<ul style="list-style-type: none"> - Implementar cuidados com sonda nasoentérica. - Alternar local da passagem da sonda gástrica. - Implementar cuidados com a contenção mecânica. - Implementar cuidados com a traqueostomia. - Implementar cuidados com sondagem vesical de demora. - Implementar cuidados com dreno. 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar o posicionamento e presença de trações do (cateter/drenos/fixadores). • Observar a integridade da pele/mucosa e relatar não conformidades ao enfermeiro. • Alternar os locais de fixação do dispositivo. • Remover fitas adesivas com cuidado. • Proteger a pele com espuma fenestrada ou curativos específicos (ambos indicados para estomias, drenos,

	cateteres e sondas).
2. Clientes com Moderado Risco para LPP (escore de 13 a 14 pontos) ✓ Implementar protocolo assistencial para prevenção e tratamento de lesão por pressão incluindo as intervenções para clientes com baixo risco para LPP.	
Realizar mudança de decúbito  Ribeiro ET AL, 2022.	<ul style="list-style-type: none"> • Lateral direito, dorsal, lateral esquerdo, de 3 em 3 horas ou conforme necessidade no caso de menor intervalo, ou no caso das UTI's; • Lateral inclinado a 30°, com dispositivos acolchoados (travesseiro ou trapézio de espuma de poliuretano e outros) entre as proeminências ósseas, com suporte para o braço e costas; • Comunicar e registrar intolerâncias de posição e no aprazamento determinado.
3. Clientes com Alto e Muito Alto Risco para LPP (escore de ≤ 12) ✓ Implementar protocolo assistencial para prevenção e tratamento de lesão por pressão incluindo as intervenções para clientes com baixo e moderado risco para LPP	
- Promover segurança e conforto - Proporcionar posição confortável ao cliente	<ul style="list-style-type: none"> • Com colchões pneumáticos com fluxo alternado de ar.
Investigar com o paciente fatores que aliviam/pioram a dor como: posicionamento, aplicação de calor ou frio, repouso ou movimento, durante respiração profunda ou tosse.	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicar ao enfermeiro não conformidades e registrar na evolução.
Avaliar a necessidade de administrar analgesia	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar intensidade de dor, conforme prescrição e registrar. • Após a execução do banho no leito, curativos, mudança de decúbito e outros Reavaliar a dor de 30 minutos a 1 hora após manejo Registrar o resultado no formulário de sinais vitais.

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 6/7	
Título do Documento	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO	Emissão: 01/07/2025	Próxima revisão: 01/07/2027
		Versão: 2	

4. ILUSTRAÇÕES / ANEXOS

Acessoria de pele - Histórico de paciente portador de lesão de pele			
Paciente: JOSEFA CANDIDO ALVES		Atendimento: 1101021	
Ferida 1:	Ferida 2:	Ferida 3:	Ferida 4:
Incidência: NÃO	Prevalência: NÃO		
Notificação de evento: SIM	Quando: 23/02/2023		
Etiologia: UP			
Localização anatômica: Obs.: Sinalizar ao lado.	<input checked="" type="checkbox"/> Sacral	<input type="checkbox"/> Interglúteo	<input type="checkbox"/> Outros:
	<input type="checkbox"/> Trocânter:	<input type="checkbox"/> Direito	<input type="checkbox"/> Esquerdo
	<input type="checkbox"/> Calcâneo:	<input type="checkbox"/> Direito	<input type="checkbox"/> Esquerdo
	<input type="checkbox"/> Glúteo:	<input type="checkbox"/> Direito	<input type="checkbox"/> Esquerdo
	<input type="checkbox"/> Ombro:	<input type="checkbox"/> Direito	<input type="checkbox"/> Esquerdo
	<input type="checkbox"/> Maleolo:	<input type="checkbox"/> Direito	<input type="checkbox"/> Esquerdo
	<input type="checkbox"/> Pavilhão auricular:	<input type="checkbox"/> Direito	<input type="checkbox"/> Esquerdo
	<input type="checkbox"/> Membro superior:	<input type="checkbox"/> Direito	<input type="checkbox"/> Esquerdo
	<input type="checkbox"/> Membro inferior:	<input type="checkbox"/> Direito	<input type="checkbox"/> Esquerdo
Categoria/Grau:	<input type="checkbox"/> I	<input checked="" type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> III
	<input type="checkbox"/> Indeterminado	<input type="checkbox"/> Outro, qual?	
Tecido perilesional:	<input type="checkbox"/> Intacta	<input type="checkbox"/> Dermite	<input type="checkbox"/> Marceradas
	<input type="checkbox"/> Prurido	<input type="checkbox"/> Edema	<input type="checkbox"/> Outro, qual?
Condução:	realizar curativo e mudança de decúbito		Tempo para troca / Troca prevista para: / /
Evolução:			
Exposição:	<input type="checkbox"/> Tendão	<input type="checkbox"/> Óssea	<input type="checkbox"/> Fásia
	<input type="checkbox"/> Músculos	<input type="checkbox"/> Outro, qual?	
Tipo de exsudato:	<input type="checkbox"/> Seroso	<input type="checkbox"/> Sanguinolento	<input type="checkbox"/> Serosanguinolento
	<input type="checkbox"/> Linfático	<input type="checkbox"/> Outro, qual?	<input type="checkbox"/> Purulento
Quantidade do exsudato:	<input type="checkbox"/> Nenhum	<input type="checkbox"/> Baixo, drenagem envolve <25% da cobertura	
	<input type="checkbox"/> Moderado, drenagem envolve >25% para < 75 de cobertura	<input type="checkbox"/> Alto, drenagem envolve > 75% da cobertura	
Odor:	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Presente e fisiológico - normal	<input type="checkbox"/> Presente e fétido
Características das bordas:	<input type="checkbox"/> Aderidas	<input type="checkbox"/> Não aderidas	<input type="checkbox"/> Invertidas
	<input type="checkbox"/> Tensionadas por suturas	<input type="checkbox"/> Marceradas	<input type="checkbox"/> Hiperqueratose
	<input type="checkbox"/> Fibrótica	<input type="checkbox"/> Descamação	<input type="checkbox"/> Outro, qual?

ESTÁGIOS DA LESÃO POR PRESSÃO



Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 7/7	
Título do Documento	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO	Emissão: 01/07/2025	Próxima revisão: 01/07/2027
		Versão: 2	

6. REFERÊNCIAS

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolo para prevenção de úlcera por pressão. Ministério da Saúde/ Anvisa/ Fiocruz- Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: file:///C:/Users/seguranca.paciente/Downloads/PROTOCOLO%20ULCERA%20POR%20PRESS%C3%83O.pdf

Ribeiro, W.A.; dos Santos, L.C.A; Dias, L.L.C; Fassarella, B.P.A; Alves, A.L.N; Neves, K.C; do Amaral, F.S. Fatores de riscos para lesão por pressão x Estratégias de prevenção: Interfaces do cuidado de enfermagem no âmbito hospitalar. Revista Pró-UniverSUS. 2022 Jan./Jun.; 13 (1): 02-06. Disponível em: file:///C:/Users/seguranca.paciente/Downloads/3174+RPU+V13N1+PL.pdf

dos Santos Silva, J. M., dos Santos Gôveia, L., & dos Santos, T. S. (2022). Idosos internados em unidade de terapia intensiva: o enfermeiro frente à prevenção de lesão por pressão. *Research, Society and Development*, 11(12), e566111234951-e566111234951.

Mendonça, P. K., Loureiro, M. D. R., Frota, O. P., & Souza, A. S. D. (2018). Prevenção de lesão por pressão: ações prescritas por enfermeiros de centros de terapia intensiva. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 27.

Gomes, R. K. G., de Moraes, M. H. M., de Freitas Maniva, S. J. C., & Holanda, R. E. (2018). Prevenção de lesão por pressão: segurança do paciente na assistência à saúde pela equipe de enfermagem. *Revista Expressão Católica Saúde*, 3(1), 71-77.

Machado, L. C. L. R., de Lima Fontes, F. L., de Sousa, J. E. R. B., Neta, A. D. S. S., Alencar, E. J. C., da Costa, A. C. R. R., ... & Prudêncio, L. D. (2019). Fatores de risco e prevenção de lesão por pressão: aplicabilidade da Escala de Braden. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, (21), e635-e635.

Versão 1 - Elaboração Nayanne Ingrid Farias Mota Guerra	Data: 01/07/2025
Revisão Giulianna Carla Validação Claudio Emmanuel Registro, análise e revisão final Giulianna Carla Claudio Emmanuel Aprovação Claudio Emmanuel Sonia Delgado	Data: 01/07/2025