



INSTITUTO WALFREDO GUEDES PEREIRA

Protocolo Institucional

PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO

2025

Av. João Machado Nº 1234 . Centro
João Pessoa . Paraíba
CEP: 58013 522
T. 83 2107 9500
www.hsvp-iwgp.com.br
iwgp90@hotmail.com

CNPJ: 09124165000140

1. INTRODUÇÃO

A Lesão por pressão (LPP) em pacientes hospitalizados é um grande problema de saúde. Sua incidência aumenta proporcionalmente à combinação de fatores de riscos, dentre eles, idade avançada e restrição ao leito.

Pode acarretar desconforto físico para o paciente, aumento de custos no tratamento, necessidade de cuidados intensivos de enfermagem, internação hospitalar prolongada, aumento do risco para o desenvolvimento de complicações adicionais, necessidade de cirurgia corretiva e aumento na taxa de mortalidade.

Conhecer e entender as causas das lesões por pressão e os fatores de risco para o seu desenvolvimento, permite a toda equipe de saúde implementar ações efetivas de prevenção e tratamento.

2. OBJETIVO

Atender a meta internacional de Reduzir o Risco de lesão por pressão respaldada pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).

Implementar medidas sistematizadas na prevenção e notificação de lesões por pressão de forma multidisciplinar vislumbrando a melhoria do cuidado.

3. ABRANGÊNCIA

Promover a prevenção de ocorrência de lesão por pressão em pacientes internados nos setores do Hospital São Vicente de Paulo.

4. CONCEITO

4.1 LESÃO POR PRESSÃO:

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 médico ou a outro artefato. A lesão pode se apresentar em pele íntegra ou como úlcera aberta e pode ser dolorosa. A lesão ocorre como resultado da pressão intensa e/ou prolongada em combinação com o cisalhamento. A tolerância do tecido mole a pressão e ao cisalhamento pode também ser afetada pelo micro clima, nutrição, perfusão, comorbidades e pela sua condição (NPUAP, 2016).

4.2 CISALHAMENTO:

Deformação que sofre um corpo quando sujeito à ação de forças cortantes.

4.3 ESTADIAMENTO DE LPP:

Classificação da LPP, que auxilia na descrição clínica da profundidade observável de destruição tecidual.

5. CLASSIFICAÇÃO DAS LESÕES POR PRESSÃO

O sistema de classificação atualizado inclui as seguintes definições:

5.1 Lesão por Pressão Estagio 1: Pele integra com eritema que não embranquece; Pele intacta com rubor não branqueável numa área localizada, normalmente sobre uma proeminência óssea. Em pele de pigmentação escura pode não ser visível o branqueamento; a sua cor pode ser diferente da pele da área circundante. A área pode estar dolorosa, dura, mole, mais quente ou mais fria comparativamente ao tecido adjacente.

5.2 Lesão por Pressão Estagio 2: Perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme;

Perda parcial da espessura da derme que se apresenta como uma ferida superficial (rasa) com leito vermelho-rosa sem tecido desvitalizado. Pode também apresentar-se como flitena fechada ou aberta preenchida por líquido seroso. Apresenta-se como uma úlcera brilhante ou seca, sem tecido desvitalizado ou equimose.

5.3 Lesão por Pressão Estagio 3: Perda da pele em sua espessura total;

Perda total da espessura dos tecidos. O tecido adiposo subcutâneo pode ser visível, mas os ossos, tendões ou músculos não estão expostos. Pode estar presente algum tecido desvitalizado, mas não oculta à profundidade dos tecidos lesados. Podem ser cavitárias e fistuladas. Tanto o osso como o tendão não são visíveis nem diretamente palpáveis.

5.4 Lesão por pressão Estagio 4: Perda da pele em sua espessura total e perda tissular;

Perda total da espessura dos tecidos com exposição óssea, dos tendões ou dos músculos. Em algumas partes do leito da ferida, pode aparecer tecido desvitalizado (úmido) ou necrose (seca). Freqüentemente são cavitárias e fistuladas. Uma úlcera de Categoria/Grau IV pode atingir o músculo e/ou as estruturas de suporte (ou seja, fáscia, tendão ou cápsula articular), tornando possível a osteomielite.

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

Perda total da espessura dos tecidos, na qual a base da úlcera está coberta por tecido desvitalizado (amarelo, acastanhado, cinzentos, verde ou castanho) e/ou necrótico (amarelo escuro, castanho ou preto) no leito da ferida. Até que seja removido tecido desvitalizado e/ou necrótico suficiente para expor a base da ferida, a verdadeira profundidade e, por conseguinte, a verdadeira Categoria/Grau, não podem ser determinados.

5.6 Lesão por Pressão Tissular Profunda: descoloração vermelho escura, marrom ou púrpura, persistente e que não embranquece (NPUAP, 2016).

Área vermelha escura ou púrpura localizada em pele intacta e descolorada ou flectena preenchida com sangue, provocadas por danos no tecido mole subjacente resultantes de pressão e/ou cisalhamento. A área pode estar rodeada por tecido doloroso, firme, mole, úmido, mais quente ou mais frio comparativamente ao tecido adjacente.

A lesão dos tecidos profundos pode ser difícil de identificar em indivíduos com tons de pele escuros.

A ferida pode evoluir ficando coberta por uma fina camada de tecido necrótico.

6. FATORES DE RISCO PARA LPP

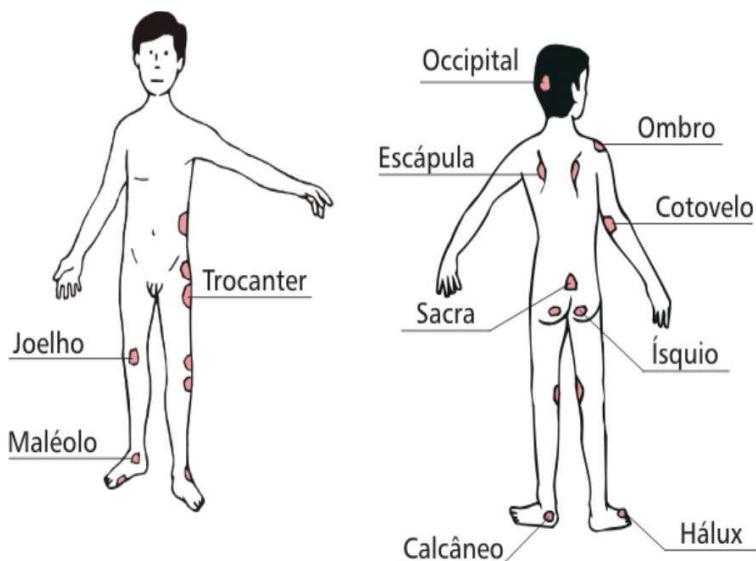
6.1 Fatores extrínsecos:

- ✓ Tempo de Internação
- ✓ Pressão
- ✓ Fricção
- ✓ Umidade
- ✓ Deficiência na mudança de decúbito

6.2 Fatores intrínsecos:

- ✓ Estado nutricional e peso
- ✓ Idade
- ✓ Tipo de pele
- ✓ Patologias crônicas
- ✓ Uso de Medicamentos

7. PRINCIPAIS LOCAIS PARA O APARECIMENTO DE LPP



8. ETAPAS DE PREVENÇÃO DE LPP

8.1. Avaliação de úlcera por pressão na admissão de todos os pacientes:

A avaliação de risco deve contemplar os seguintes fatores: mobilidade; incontinência; déficit sensitivo e estado nutricional (incluindo desidratação). A escala de Braden é a ferramenta mais amplamente utilizada dentre as várias disponíveis.

8.2. Reavaliação diária de risco de desenvolvimento da LPP de todos os pacientes internados:

Todo paciente deverá ser avaliado sistematicamente na admissão. Essa avaliação deve levar em consideração as fragilidades, vulnerabilidades e fatores de risco para o desenvolvimento de alterações de pele.

8.3. Inspeção diária da pele:

Inspeção diária de toda a superfície cutânea, da cabeça aos pés. Em virtude da rápida mudança de fatores de risco em pacientes agudamente enfermos, a inspeção diária da pele é fundamental. Orientar a família a participar desse processo é de suma importância.

8.4. Manejo da Umidade:

Atenção para minimizar a exposição cutânea à umidade decorrente de incontinência, transpiração ou exsudato de feridas.

8.5. Otimização da nutrição e da 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.

8.6. Minimizar a pressão:

A preocupação principal é a redistribuição da pressão, especialmente sobre as proeminências ósseas.

9. AÇÕES DE PREVENÇÃO

9.1 Inspeção diária da pele:

- ✓ Manter a pele limpa e seca;
- ✓ Recomenda-se a utilização de água morna e sabão neutro para reduzir a irritação e o ressecamento da pele;
- ✓ Utilizar um produto de limpeza da pele com um ph equilibrado;
- ✓ Considerar a utilização de emolientes para hidratar a pele seca, a fim de reduzir o risco de dano da pele;
- ✓ Durante a hidratação da pele, não massagear áreas de proeminências ósseas ou áreas hiperemias. A aplicação de hidratante deve ser realizada com movimentos suaves e circulares;

- ✓ 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 deverá ser recomendada como uma estratégia de prevenção de úlceras por pressão.

9.2 Manejo da umidade:

- ✓ Proteger a pele da exposição à umidade excessiva através do uso de produtos barreira de forma a reduzir o risco de danos de pressão;
- ✓ Desenvolver e implementar um plano individualizado de tratamento da incontinência;
- ✓ Limpar a pele imediatamente após os episódios de incontinência;
- ✓ A utilização de fraldas e absorventes é recomendada quando as fontes de umidade não puderem ser controladas.

9.3 Otimização da nutrição e hidratação:

- ✓ Avaliar a adequação da ingestão total de nutrientes (ou seja, alimentos, líquidos, suplementos orais e nutrição entérica/parentérica);
- ✓ Edema e menor fluxo sanguíneo cutâneo geralmente acompanham os déficits nutricionais e hídricos, resultando em lesões isquêmicas que contribuem para as lesões na pele.
- ✓ Avaliar e comunicar a equipe multidisciplinar 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 cinco a sete dias), discutir com a equipe a possibilidade de sondagem.
- ✓ Encaminhar os indivíduos identificados como estando em risco de desnutrição ou com úlceras por pressão para um nutricionista ou uma equipa nutricional multidisciplinar com vista a uma avaliação nutricional completa.

9.4 Mudança de Decúbito:

- ✓ Orientar paciente (sempre que possível) e/ou familiares quanto a importância da mudança de decúbito para prevenção de LPP's, e registrar em prontuário a conduta ou recusa.
- ✓ Reposicionar o paciente de tal forma que a pressão seja aliviada ou redistribuída.
- ✓ Evitar posicionar o paciente diretamente sobre sondas, drenos e sobre proeminências ósseas.
- ✓ Realizar mudança de decúbito espontaneamente ou a cada 2 horas na ausência de contraindicação relacionadas à condição geral, clínica e/ou hemodinâmica do paciente.
- ✓ O reposicionamento deve ser feito usando 30° na posição de semi-fowler e uma inclinação de 30° para posições laterais (alternadamente lado direito, dorsal e lado esquerdo), se o paciente tolerar estas posições e a sua condição clínica permitir.
- ✓ Evitar posições como Fowler acima dos 30°, a posição de deitado de lado a 90°, ou a posição de semi-deitado.
- ✓ 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 úlcera.

9.5Materiais e equipamentos para redistribuição de pressão:

- ✓ Utilizar colchões de espuma altamente específica em vez de colchões hospitalares padrão, em todos os indivíduos de risco para desenvolver UPP;
- ✓ Usar uma superfície de apoio ativo (sobreposição ou colchão) para os pacientes com maior risco de desenvolvimento de úlceras por pressão, quando o reposicionamento manual frequente não é possível;
- ✓ Utilizar uma almofada ou travesseiro abaixo das pernas (região dos gêmeos) para elevar os calcâneos e mantê-los flutuantes.
- ✓ Os dispositivos de prevenção de UPP nos calcâneos devem elevá-los de tal forma que o peso da perna seja distribuído ao longo da sua parte posterior, sem colocar pressão sobre o tendão de Aquiles.
- ✓ Utilizar um assento de redistribuição de pressão para os pacientes com mobilidade reduzida e que apresentam risco de desenvolvimento de úlceras por pressão quando estes estiverem sentados em uma cadeira. Almofadas de ar e espuma redistribuem melhor a pressão, já as almofadas de gel e de pele de carneiro causam maior pressão.

9.6Cuidados com o leito:

- ✓ Manter lençóis sempre limpos, secos e bem esticados.
- ✓ Atentar para lençóis com dobras e com corpos estranhos, tais como restos alimentares, drenos, pode irritar a pele do paciente, favorecendo a formação das úlceras por pressão.
- ✓ A equipe de enfermagem deve usar forro móvel ou dispositivo mecânico de elevação para mover pacientes acamados durante transferência e mudança de decúbito.

10. ESCALA DE BRADEN

A escala de Braden é um instrumento de avaliação de risco para o desenvolvimento de lesão por pressão. É a ferramenta mais amplamente utilizada dentre as várias disponíveis, sendo realizada no Sistema MV. Ela caracterizará o paciente em risco baixo, risco moderado, risco alto e risco muito alto para desenvolver LPP. A classificação do risco se dá inversamente proporcional à pontuação, ou seja, quanto maior o número de pontos menor é a classificação de risco para a ocorrência dessa lesão.

Esta escala deverá ser aplicada em cada internação e ser reavaliada diariamente até a alta do usuário.



Percepção Sensorial: capacidade de reagir significativamente à pressão relacionada ao desconforto.	1-Totalmente limitado: não reage a estímulos dolorosos, devido ao nível de consciência diminuído ou devido a sedação, ou capacidade limitada de sentir dor na maior parte do corpo.	2-Muito limitado: Somente reage a estímulos dolorosos. Não é capaz de comunicar o 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 ao comando verbal, mas nem sempre é capaz de comunicar o desconforto ou expressar necessidade de ser mudado de posição ou tem um certo grau de deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	4-Nenhuma Limitação: Responde aos comandos verbais. Não tem déficit sensorial que limitaria a capacidade de sentir ou verbalizar dor ou desconforto.
Umidade: Nível ao qual a pele é exposta á umidade	1-Completamente molhada: a pele é mantida molhada quase constantemente por transpiração, urina, etc. A umidade é detectada ás movimentações do paciente.	2- Muito molhada: A pele está freqüentemente, mas nem sempre molhada. A roupa de cama deve ser trocada pelo menos uma vez por turno.	3-Ocasionalmente molhada: Apele fica ocasionalmente molhada requerendo uma troca extra de roupa de cama.	4-Raramente molhada: A pele geralmente está seca, a troca de roupa de cama é necessária somente nos intervalos de rotina.
Atividade: Grau de atividade física.	1-Acamado: Confinado a cama	2-Confinado á cadeira: A capacidade de andar está severamente limitada ou nula. Não é capaz de sustentar o próprio peso e/ou precisa ser ajudado a se sentar.	3-Anda Ocasionalmente: Anda ocasionalmente durante o dia, embora distâncias muito curtas, com ou sem ajuda., passa a maior parte de cada turno na cama ou cadeira.	4-Anda freqüentemente: Anda fora do quarto pelo menos 2 vezes por dia e dentro do quarto pelo menos uma vez a cada 2 horas durante as horas em que está acordado.
Mobilidade: Capacidade de mudar e controlar a posição do corpo	1-Totalmente imóvel: Não faz nem mesmo pequenas mudanças na posição do corpo ou extremidade sem ajuda.	2- Bastante limitado: Faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou extremidades, mas é incapaz de fazer mudanças freqüentes ou significantes sozinho.	3- Levemente limitado: Faz freqüentes, embora pequenas mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda.	4- Não apresenta Limitação: Faz importantes e freqüentes mudanças de posição sem auxílio.
Nutrição: padrão usual de consumo alimentar	1-Muito Pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 do alimento oferecido. Ingere pouco líquido. Não aceita suplemento alimentar líquido. Ou é mantido em jejum e/ou em dieta líquida por mais de 5 dias.	2-Provavelmente inadequado: Raramente come uma refeição completa e geralmente come cerca da metade do alimento oferecido. Ocassionalmente aceitará um suplemento alimentar. Ou recebe abaixo da quantidade satisfatória de dieta líquida ou alimentação por sonda.	3-Adequado: Come mais da metade da maioria das refeições. Ocassionalmente recusará uma refeição, mas geralmente aceitará um complemento oferecido. Ou é alimentado por sonda ou regime de Nutrição Parenteral Total.	4-Excelente: Come a maior parte de cada refeição. Nunca recusa uma refeição. Ocassionalmente come entre as refeições. Não requer suplemento alimentar.
Fricção e cisalhamento	1-Problema: Requer assistência moderada a máxima para se mover. É impossível levantá-lo ou erguê-lo completamente sem que haja atrito com o lençol. Freqüentemente	2-Problema em Potencial: Move-se, mas sem vigor ou requer mínima assistência. Durante o movimento provavelmente ocorre um certo atrito da pele com o lençol, cadeira ou	3-Nenhum Problema: Move-se sozinho na cama ou cadeira e tem suficiente força muscular para erguer-se completamente durante o movimento. Sempre mantém boa posição na	

	escorrega na cama ou cadeira.	outros. Ocasionalmente escorrega.	cama ou na cadeira.	
--	-------------------------------	-----------------------------------	---------------------	--

11. MEDIDAS PREVENTIVAS PARA LPP CONFORME CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

11.1 Risco baixo (15 a 18 pontos na escala de Braden):

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

11.2 Risco moderado (13 a 14 pontos na escala de Braden):

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

11.3 Risco alto (10 a 12 pontos na escala de Braden):

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

11.4 Risco muito alto (≤9 pontos na escala de Braden):

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

12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

BRASIL. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde - Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde.** 1ª ed. 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Anexo 02: PROTOCOLO PARA PREVENÇÃO DE ÚLCERA POR PRESSÃO. Ministério da Saúde/ Anvisa/ Fiocruz;2013.

PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE ÚLCERA POR PRESSÃO IPSEMG. www.ipsemg.mg.gov.br/ipsemg/.protocolo_prevencao_ulcera. Acesso: em: Dez. de 2018.

NPUAP - National Pressure Ulcer Advisory Panel. Pressure Injury Stages. [Internet] 2016; Staging Consensus Conference that was held April. Disponível em: <http://www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/npuap-pressure-injury-stages/>.

BRASIL. Ministerio da Saude. Programa Nacional de Seguranca do Paciente: protocolo para prevencao de ulcera por pressao. PROQUALIS. Maio de 2013. Acesso Dez. de 2018. Disponivel: http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Mai/06/protocolos_CP_n6_2013.pdf

Elaborado por:	Revisado por:	Reconhecido por:
Ingrid Anny Pessoa de Andrade Sobreira CCIH/ Núcleo de Segurança do Paciente	Nayanne Ingrid Farias Mota Guerra Núcleo de segurança do paciente	Giulianna Carla Marçal Lourenço Coordenadoras de Enfermagem Sônia da Silva Delgado Diretora Assistencial
	Data: 31/08/2025	Data: 31/08/2025