

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

**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 (escores 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	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	Página 2/7	
Título do Documento	<b>PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO</b>	Emissão: 01/07/2025 Versão: 2	Próxima revisão: 01/07/2027

### 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 histórico 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 proeminências 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)	✓ <b>Implementar protocolo assistencial para prevenção e tratamento de lesão por pressão.</b>
- Auxiliar a mudança de decúbito; - Estimular movimentação no leito; - Estimular movimentos ativos;	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Com alternância de posições de 3/3 horas;</li> <li>• Com exercícios com variação de movimentos. Orientá-lo a fazer os movimentos regularmente;</li> <li>• Realizando descompressão das áreas de risco;</li> </ul>
Proporcionar posição confortável ao cliente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• em colchão hospitalar, com alinhamento postural e distribuição do peso.</li> </ul>
Manter cabeceira elevada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• à 30º (considerando a altura do travesseiro), em posição semi-Fowler</li> </ul>
Proteger a pele das proeminências ósseas S/N;	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• não utilizar almofadas tipo argola</li> </ul>

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

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

	cateteres e sondas).
2. Clientes com Moderado Risco para LPP (escore de 13 a 14 pontos)	<p>✓ <b>Implementar protocolo assistencial para prevenção e tratamento de lesão por pressão incluindo as intervenções para clientes com baixo risco para LPP.</b></p>
Realizar mudança de decúbito	<p>• Lateral direito, dorsal, lateral esquerdo, de 3 em 3 horas ou conforme necessidade no caso de menor intervalo, ou no caso das UTI's;</p> <p>• 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;</p> <p>• Comunicar e registrar intolerâncias de posição e no aprazamento determinado.</p>
3. Clientes com Alto e Muito Alto Risco para LPP (escore de ≤ 12)	<p>✓ <b>Implementar protocolo assistencial para prevenção e tratamento de lesão por pressão incluindo as intervenções para clientes com baixo e moderado risco para LPP</b></p>
- Promover segurança e conforto - Proporcionar posição confortável ao cliente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Com colchões pneumáticos com fluxo alternado de ar.</li> </ul>
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"> <li>• Comunicar ao enfermeiro não conformidades e registrar na evolução.</li> </ul>
Avaliar a necessidade de administrar analgesia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar intensidade de dor, conforme prescrição e registrar.</li> <li>• 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.</li> </ul>

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

#### 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 anatômicas:**  
Obs.: Sinalizar ao lado.

<input checked="" type="checkbox"/> Sacral	<input type="checkbox"/> Intergluteo	<input type="checkbox"/> Outros:
<input type="checkbox"/> Trocânteri	<input type="checkbox"/> Direito	<input type="checkbox"/> Esquerdo
<input type="checkbox"/> Calcaneo	<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"/> Direito	<input type="checkbox"/> Membro superior:
	<input type="checkbox"/> Esquerdo	<input type="checkbox"/> Direito
	<input type="checkbox"/> Esquerdo	<input type="checkbox"/> Esquerdo
	<input type="checkbox"/> Direito	<input type="checkbox"/> Membro inferior:
	<input type="checkbox"/> Direito	<input type="checkbox"/> Direito
	<input type="checkbox"/> Esquerdo	<input type="checkbox"/> Esquerdo

Categoria/Grau:  I  II  III  Indeterminado  Outro, qual?

Tecido perilesional:  Intacta  Dermatite  Marceradas  Eritema  Descamação  
 Prurido  Edema  Outro, qual? \_\_\_\_\_

Conduta: realizar curativo e mudança de decubito Tempo para troca / Troca prevista para: / /

Evolução:

Exposição:  Tendão  Óssea  Fásia  Músculos  Outro, qual?  
 Linfático  Outro, qual? \_\_\_\_\_

Quantidade do desxudato:  Nenhum  Baixo, drenagem envolve <25% da cobertura  
 Moderado, drenagem envolve >25% para <75% da cobertura  Alto, drenagem envolve > 75% da cobertura

Odor:  Ausente  Presente e fisiológico - normal  Presente e fétido

Características das bordas:  Aderidas  Não aderidas  Invertidas  Fibrótica  Deiscencia  
 Tensionadas por suturas  Marceradas  Hiperqueratose  Outro, qual?

#### ESTÁGIOS DA LESÃO POR PRESSÃO



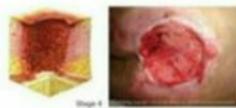
**Estágio I:** pele intacta com vermelhidão não branqueável de uma área localizada, usualmente sobre uma proeminência óssea.



**Estágio II:** perda parcial da espessura da pele, envolvendo epiderme, derme ou ambas. A úlcera é superficial e se apresenta clinicamente como uma abrasão, bolha ou cratera rasa.



**Estágio III:** perda da espessura total do tecido. A gordura subcutânea pode estar visível, mas não há exposição de ossos, tendões ou músculos.



**Estágio IV:** perda da espessura total do tecido com exposição de ossos, tendões ou músculos.



**Não pode ser classificada:** aquela com perda total de tecido e cujas bases estão cobertas por esfacelo e/ou escara (marrom, preta ou acajado) no leito da ferida.

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

<b>6. REFERÊNCIAS</b>	
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/segurança.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/segurança.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. <i>Research, Society and Development</i> , 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. <i>Texto &amp; Contexto-Enfermagem</i> , 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. <i>Revista Expressão Católica Saúde</i> , 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. <i>Revista Eletrônica Acervo Saúde</i> , (21), e635-e635.	

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