



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL – GDF  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE – SES  
SUPERINTENDENCIA REGIONAL DE SAÚDE SUL - SRSSU

## Protocolo de Segurança do Paciente



Núcleo de Qualidade e  
Segurança do Paciente

---

HOSPITAL REGIONAL DO GAMA

## Protocolo de Lesão Por Pressão

### Meta 06



Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente  
Gerência de Risco – GERIS – HRG



**Número do Documento:**

06.2016

**Responsável pela Elaboração em 24.05.2016:**

Rayanne Cristina Araújo Balbino

Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente HRG

**Revisores:**

<b>Responsável</b>	Suely Ferreira da Silva
<b>Cargo</b>	R2 de Enfermagem em Centro Cirúrgico
<b>Matrícula</b>	1674681-3
<b>Data</b>	25.08.2017

<b>Responsável</b>	Rodrigo de C. Ribeiro
<b>Cargo</b>	Enfermeiro- NGINT/HRG
<b>Matrícula</b>	1440885-6
<b>Data</b>	31.07.2019

<b>Responsável</b>	Daniella Guedes Santana Lima Pereira
<b>Cargo</b>	Enfermeira- NQSP/HRG
<b>Matrícula</b>	1682748-1
<b>Data</b>	19.07.2018

<b>Responsável</b>	Daniel Sued Campos Barbosa
<b>Cargo</b>	Estagiário NQSP-HRG
<b>Matrícula</b>	IB42677
<b>Data</b>	09.01.2020

**Responsáveis pela Aprovação:**

1. Diretoria do Hospital Regional do Gama
2. Gerência de Enfermagem



## 1. OBJETIVOS

- Realizar avaliação de risco de todos os pacientes antes e durante a internação.
- Realizar a avaliação criteriosa da pele pelos menos uma vez por dia, especialmente nas áreas de proeminências ósseas (joelhos, cotovelos e calcanhares).
- Padronizar medidas de cuidado para manutenção da integridade da pele dos pacientes restrito ao leito.
- Manter a higiene corporal do paciente durante toda a internação.
- Estabelecer princípios para intervenções e tratamento de lesão por pressão.
- Orientar aos cuidadores do paciente (familiares/acompanhantes), para prevenção e tratamento das lesões por pressão.
- Padronizar medidas de avaliação de risco de desenvolvimento de lesão por pressão.
- Estabelecer indicadores de processo e resultado para lesão por pressão.

## 2. JUSTIFICATIVA

Uma das consequências mais comuns, resultante de longa permanência em hospitais, é o desenvolvimento de alterações de pele. A incidência aumenta proporcionalmente à combinação de fatores de riscos, dentre eles, idade avançada e restrição ao leito.

A Lesão por Pressão (LPP) tem sido alvo de grande preocupação para os serviços de saúde, pois a sua ocorrência causa impacto tanto para os pacientes e seus familiares, quanto para o próprio sistema de saúde, com o prolongamento de internações, riscos de infecção e outros agravos evitáveis.

A manutenção da integridade da pele dos pacientes restritos ao leito tem por base o conhecimento e a aplicação de medidas de cuidado relativamente simples. A maioria das recomendações para avaliação da pele e as medidas preventivas podem ser utilizadas de maneira universal, ou seja, tem validade tanto para a prevenção de Lesão por pressão (LPP) como para quaisquer outras lesões da pele.

As lesões por pressão causam danos consideráveis aos pacientes, dificultando o processo de recuperação funcional, frequentemente causando dor e levando ao desenvolvimento de infecções graves, também têm sido associadas a internações prolongadas, sepse e até mesmo mortalidade, apesar da maioria das lesões por pressão ser evitável. Por suas consequências e implicações, tanto para o paciente como para as instituições, a prevenção das LPPs associadas ao cuidado em saúde é uma das Metas Nacionais de Segurança do Paciente estabelecidas pela *Joint Commission*.



### 3. ABRANGÊNCIA

As recomendações para a prevenção devem ser aplicadas a todos os pacientes internados com vulnerabilidade e em todos os grupos etários.

As intervenções devem ser adotadas por todos os profissionais deste hospital envolvidos no cuidado de pacientes, que estejam em risco de desenvolver lesões por pressão.

### 4. COMPETÊNCIA

Diretoria do Hospital Regional do Gama, Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente e Gerência de enfermagem.

### 5. DEFINIÇÃO

As lesões por pressão (LPPs) são lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente, geralmente sobre uma proeminência óssea, resultante da pressão ou da combinação entre pressão e cisalhamento - deformação que sofre um corpo quando sujeito à ação de forças cortantes, causado pela fricção.

Constituem um dos principais eventos adversos encontrados em serviços e instituições de atenção à saúde. Para os pacientes, trazem dor e sofrimento, podem contribuir, em associação com outras causas, para a morte, para as instituições, implicam o aumento de custos e do tempo de internação.

A *European Pressure Ulcer Advisory Panel* (EPUAP) e a *American National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP) classificam as LP em cinco estágios:

- Estágio I: Pele intacta com eritema não branqueável. A área pode estar dolorida, endurecida, mole, mais quente ou mais fria comparativamente ao tecido adjacente.



- Estágio II: Perda parcial de tecido, envolvendo epiderme e derme. Pode também apresentar-se como flictena fechada ou aberta, preenchida por líquido seroso ou serohemático. É uma ferida



superficial (rasa) com leito vermelho – rosa sem esfacelo. Apresenta-se ainda, como uma lesão brilhante ou seca, sem crosta ou equimose.



- Estágio III: Perda total da epiderme e derme. O tecido subcutâneo pode estar visível, sem exposição de ossos, tendões ou músculos. A profundidade de uma lesão de estágio III varia de acordo com a localização anatômica.



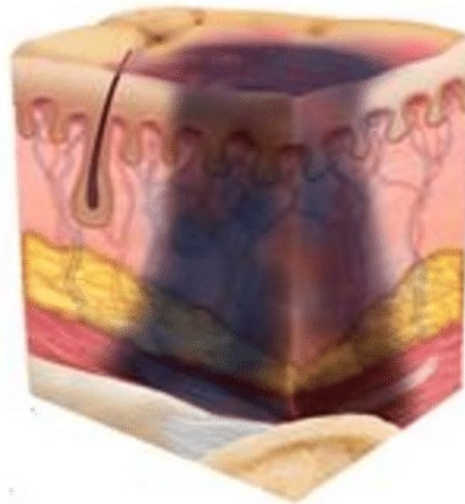
- Estágio IV: Perda total da epiderme, derme e tecido subcutâneo com exposição de ossos, tendões e/ou músculos. O tecido desvitalizado (fibrina úmida) e/ou tecido necrótico podem estar presentes. Frequentemente são cavitárias e fistulizadas.



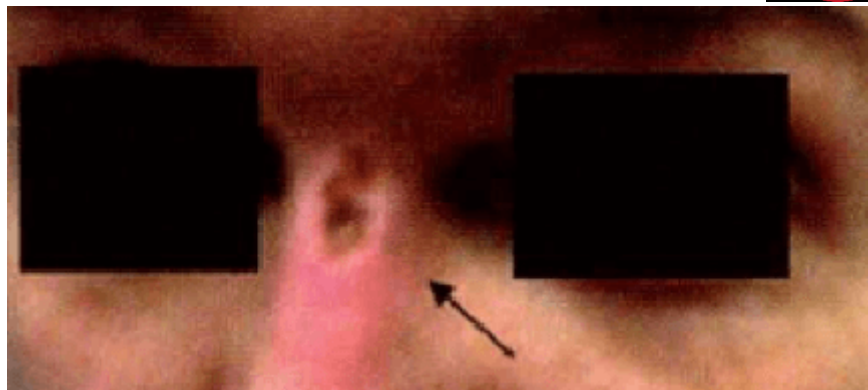
- Lesão por Pressão Não Classificável: Perda da pele em sua espessura total e perda tissular na qual a extensão do dano não pode ser confirmada porque está encoberta pelo esfacelo ou escara. Ao ser removido (esfacelo), Lesão por pressão em estágio 3 ou Estágio 4 ficará aparente.



- Lesão por Pressão Tissular Profunda: 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.



- Lesão por Pressão Relacionada a Dispositivo Médico: essa terminologia descreve a etiologia da lesão. 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.



- 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.

## 6. FATORES DE RISCO, PREVENÇÃO E AVALIAÇÃO DE RISCO DE DESENVOLVIMENTO DE LPP

Fatores intrínsecos	Fatores extrínsecos	Fatores de exacerbação
<ul style="list-style-type: none"><li>- Mobilidade reduzida ou imobilidade</li><li>- Deficiência sensorial</li><li>- Doença grave</li><li>- Alteração do nível de consciência</li><li>- Extremos de idade (&gt; 65 anos e &lt; 5 anos de idade)</li><li>- História prévia de UP</li><li>- Doença vascular</li><li>- Doença crônica grave ou doença terminal</li><li>- Desnutrição e desidratação</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Pressão</li><li>- Cisalhamento</li><li>- Fricção</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Medicamentos</li><li>- Umidade da pele</li></ul>

Em suas diretrizes internacionais de prevenção de lesão por pressão, a NPUAP e EPUAP recomendam o uso de uma abordagem estruturada para avaliação e identificação de indivíduos em risco de desenvolver lesão por pressão. Utilizando-se de uma das ferramentas de avaliação de risco, a Escala de Braden, para prever o risco de Lesão por Pressão.

A escala de Braden foi desenvolvida por Barbara Braden e Nancy Bergstrom em 1987 e permite aos enfermeiros registrarem o nível de risco de uma pessoa desenvolver lesão por pressão pela análise de seis critérios em níveis de estratificação que variam de 1 a 4 pontos, exceto o fricção e cisalhamento





1. Percepção Sensorial - capacidade de responder de forma significativa a um desconforto relacionado com pressão (1-4)
2. Umidade - grau em que a pele é exposta à umidade (1-4)
3. Atividade - grau de atividade física (1-4)
4. Mobilidade - capacidade de mudar e controlar a posição do corpo (1-4)
5. Nutrição - padrão habitual de consumo de alimentos (1-4)
6. Fricção e Cisalhamento - Qualidade de assistência necessária para se mover, grau de deslizamento em camas ou cadeiras (1-3)

A somatória da pontuação pode variar de 6 a 23. Quanto menor a pontuação, maior é o risco de desenvolver lesão por pressão. Nessa escala os pacientes classificados da seguinte forma: risco muito alto (escores iguais ou menores a 9), risco alto (escores de 10 a 12 pontos), risco moderado (escores de 13 a 14 pontos), baixo risco (escores de 15 a 18 pontos) e sem risco (escores de 19 a 23 pontos). A escala de Braden deve ser usada em conjunto com o julgamento de enfermagem.

### ESCALA DE BRADEN\* (versão adaptada e validada para o Brasil)

Nome do paciente: _____	Nome do avaliador: _____	Data da avaliação: _____				
<b>PERCEPÇÃO SENSORIAL</b> Capacidade de reagir significativamente à pressão relacionada ao desconforto.	<b>1. Totalmente limitado:</b> Não reage (não geme, não se segura a nada, não se esquivia) a estímulo doloroso, devido ao nível de consciência diminuído ou devido à sedação ou capacidade limitada de sentir dor na maior parte do corpo.	<b>2. Muito limitado:</b> Somente reage a estímulo doloroso. 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 de metade do corpo.	<b>3. Levemente limitado:</b> Responde a 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.	<b>4. Nenhuma limitação:</b> Responde a comandos verbais. Não tem déficit sensorial que limitaria a capacidade de sentir ou verbalizar dor ou desconforto.		
<b>UMIDADE</b> Nível ao qual a pele é exposta a umidade.	<b>1. Completamente molhada:</b> A pele é mantida molhada quase constantemente por transpiração, urina, etc. Umidade é detectada às movimentações do paciente.	<b>2. Muito molhada:</b> A pele está frequentemente, mas nem sempre molhada. A roupa de cama deve ser trocada pelo menos uma vez por turno.	<b>3. Ocasionalmente molhada:</b> A pele fica ocasionalmente molhada requerendo uma troca extra de roupa de cama por dia.	<b>4. Raramente molhada:</b> A pele geralmente está seca, a troca de roupa de cama é necessária somente nos intervalos de rotina.		
<b>ATIVIDADE</b> Grau de atividade física.	<b>1. Acamado:</b> Confinado a cama.	<b>2. Confinado a cadeira:</b> A capacidade de andar está severamente limitada ou nula. Não é capaz de sustentar o próprio peso e/ou precisa	<b>3. Anda ocasionalmente:</b> Anda ocasionalmente durante o dia, embora distâncias muito curtas, com ou sem ajuda. Passa a maior	<b>4. Anda frequentemente:</b> Anda fora do quarto pelo menos 2 vezes por dia e dentro do quarto pelo menos uma vez a cada 2 horas durante as		





GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL – GDF  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE – SES  
SUPERINTENDENCIA REGIONAL DE SAÚDE SUL - SRSSU



		ser ajudado a se sentar.	parte de cada turno na cama ou cadeira.	horas em que está acordado.		
<b>MOBILIDADE</b> Capacidade de mudar e controlar a posição do corpo.	<b>1. Totalmente imóvel:</b> Não faz nem mesmo pequenas mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda.	<b>2. Bastante limitado:</b> Faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou extremidades mas é incapaz de fazer mudanças frequentes ou significantes sozinho.	<b>3. Levemente limitado:</b> Faz frequentes, embora pequenas, mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda.	<b>4. Não apresenta limitações:</b> Faz importantes e frequentes mudanças sem auxílio.		
<b>NUTRIÇÃO</b> Padrão usual de consumo alimentar.	<b>1. Muito pobre:</b> Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 do alimento oferecido. Come 2 porções ou menos de proteína (carne ou laticínios) por dia. Ingere pouco líquido. Não aceita suplemento alimentar líquido. Ou é mantido em jejum e/ou mantido com dieta líquida ou IVs por mais de cinco dias.	<b>2. Provavelmente inadequado:</b> Raramente come uma refeição completa. Geralmente come cerca de metade do alimento oferecido. Ingestão de proteína inclui somente 3 porções de carne ou laticínios por dia. Ocasionalmente aceitará um suplemento alimentar ou recebe abaixo da quantidade satisfatória de dieta líquida ou alimentação por sonda.	<b>3. Adequado:</b> Come mais da metade da maioria das refeições. Come um total de 4 porções de alimento rico em proteína (carne e laticínios) todo dia. Ocasionalmente recusará uma refeição, mas geralmente aceitará um complemento oferecido. Ou é alimentado por sonda ou regime de nutrição parenteral total, o qual provavelmente satisfaz a maior parte das necessidades nutricionais.	<b>4. Excelente:</b> Come a maior parte de cada refeição. Nunca recusa uma refeição. Geralmente ingere um total de 4 ou mais porções de carne e laticínios. Ocasionalmente come entre as refeições. Não requer suplemento alimentar.		
<b>FRICÇÃO E CISALHAMENTO</b>	<b>1. Problema:</b> Requer assistência moderada a máxima para se mover. É impossível levantá-lo ou erguê-lo completamente sem que haja atrito da pele com o lençol. Frequentemente escorrega na cama ou cadeira, necessitando frequentes ajustes de posição com o máximo de assistência. Espasticidade, contratura ou agitação leva a quase constante fricção.	<b>2. Problema em potencial:</b> Move-se mas, sem vigor ou requer mínima assistência. Durante o movimento provavelmente ocorre um certo atrito da pele com o lençol, cadeira ou outros. Na maior parte do tempo mantém posição relativamente boa na cama ou na cadeira mas ocasionalmente escorrega.	<b>3. Nenhum problema:</b> Move-se sozinho na cama ou cadeira e tem suficiente força muscular para erguer-se completamente durante o movimento. Sempre mantém boa posição na cama ou cadeira.			
<b>PONTUAÇÃO O TOTAL</b>						

\*Copyright© Braden, Bergstrom 1988. Adaptada e validada para o Brasil por Paranhos, Santos 1999. Disponível em: <http://www.bradenscale.com/translations.htm>.

Paranhos WY, Santos VLCG. Avaliação de risco para úlceras de pressão por meio da Escala de Braden, na língua portuguesa. Rev Esc Enferm USP. 1999; 33 (nº esp): 191-206. Disponível em: <http://143.107.173.8/reeusp/upload/pdf/799.pdf>.

Risco muito alto	6 a 9	Baixo risco	15 a 18
Risco alto	10 a 12	Sem risco	19 a 23
Risco moderado	13 a 14		



#### Recomendações Gerais para Avaliação Estruturada do Risco:

1. A avaliação do risco deve ser repetida tantas vezes quanto necessário tendo em conta o nível de acuidade do doente.
2. Efetuar uma reavaliação em caso de alterações significativas na condição de saúde do doente.
3. Documentar todas as avaliações do risco.
4. Desenvolver e implementar um plano de prevenção baseado no risco para os indivíduos identificados como em risco de desenvolver lesão por pressão.

#### 7. ESTRATÉGIA DE PREVENÇÃO DE LPP

1. Desenvolver, implementar e monitorar um protocolo institucional de avaliação de risco (mobilidade, incontinência, déficit sensitivo e estado nutricional), prevenção e tratamento de LPP.
2. Desenvolver programas de educação permanente para as equipas multiprofissionais, com vistas à avaliação do risco com reavaliação diária (levando em consideração fragilidades, vulnerabilidades e fatores de risco) e prevenção de LPP.
3. Utilizar uma escala de avaliação para identificação de pacientes com risco para o desenvolvimento de LP. A escala mais utilizada é a Escala de Braden, que existe em duas versões validadas para a língua portuguesa: a escala de Braden para adultos e a escala de Braden Q para aplicação em crianças com mais de 5 anos.
4. Utilizar o horário do banho para avaliar diariamente as condições da pele do paciente, deve ser limpa e seca em horários regulares.
5. Proteger a pele do paciente do excesso de umidade, ressecamento, fricção e cisalhamento e pressão exercida por dispositivos (cateteres, sondas, drenos etc.).
6. Usar emolientes para hidratar a pele seca, a fim de reduzir o risco de dano, conforme protocolo institucional.
7. Não utilizar massagem para prevenção de úlceras por pressão, principalmente em presença de inflamação aguda.
8. Manter os lençóis secos e sem saliências (dobras nos tecidos, migalhas, pequenos objetos etc.).
9. Utilizar colchões adequados (de espuma), de acordo com o protocolo institucional, para o paciente acamado.
10. Proteger áreas corporais de risco, principalmente as proeminências ósseas, conforme protocolo institucional.



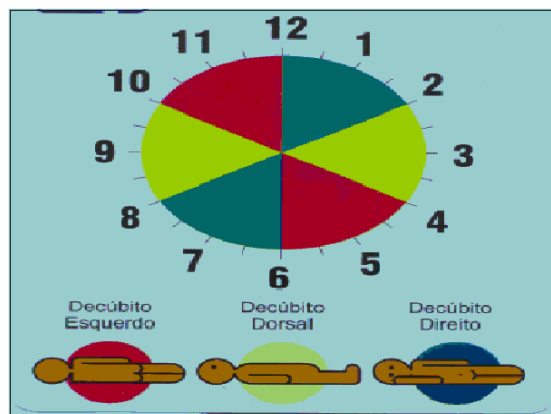
11. Estabelecer sequência do reposicionamento do paciente em um protocolo institucional, lembrando que pacientes de alto risco para o desenvolvimento devem ser reposicionados a cada duas horas, para redistribuir e minimizar a pressão nas proeminências ósseas.
12. Individualizar o reposicionamento, afixando uma escala de horários e posições próxima ao leito do paciente. À medida de o possível fazer esse planejamento junto com o paciente/acompanhante.
13. Utilizar recursos para realizar a transferência/mobilização/reposicionamento do paciente (elevador, trapézio, rolamento, lençol etc.), evitando fricção e cisalhamento da pele.
14. Lembrar que o decúbito elevado acima de 30 graus favorece e fricção e/ou o cisalhamento da pele.
15. Alternar sempre que possível os períodos e na poltrona.
16. Estimular e avaliar a aceitação da dieta por via oral para reduzir probabilidade de lesões cutâneas devido ao estado nutricional do paciente.
17. Monitorar a administração da nutrição enteral e/ou parenteral quanto ao tempo e volume, de modo a reduzir as interrupções.

**MEDIDAS DE PREVENÇÃO SEGUNDO SCORE DA ESCALA DE BRADEN**

RISCO BRANDO	RISCO MODERADO	RISCO SEVERO
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Colchão piramidal</li><li>▪ Sabonete neutro</li><li>▪ Hidratar a pele</li><li>▪ Mudança de decúbito</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Colchão piramidal / gel</li><li>▪ Sabonete neutro</li><li>▪ Hidratar a pele</li><li>▪ Protetores</li><li>▪ Mudança de decúbito de 2/2 horas ou de 1/1 hora dependendo do caso</li><li>▪ Manter cabeça elevada à 30º</li><li>▪ Avaliação nutricional</li><li>▪ Reabilitação</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Colchão de ar</li><li>▪ Sabonete neutro</li><li>▪ Hidratar a pele</li><li>▪ Protetores</li><li>▪ Posicionadores</li><li>▪ Mudança de decúbito de 2/2 horas ou de 1/1 hora dependendo do caso</li><li>▪ Manter cabeça elevada à 30º</li><li>▪ Avaliação nutricional</li><li>▪ Reabilitação</li></ul>
<b>ORIENTAÇÕES GERAIS</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Inspeccionar a pele uma vez ao dia com atenção especial para proeminências ósseas.</li><li>- Orientar quanto ao banho e higiene íntima.</li><li>- Evitar uso de água quente.</li><li>- Utilizar agentes de limpeza suaves.</li><li>- Evitar fricção da pele durante o banho e mudanças de decúbito.</li><li>- Evitar massagear proeminências ósseas.</li><li>- Manter a pele livre de fezes, urina e suor.</li><li>- Evitar posicionar o paciente diretamente sobre trocânter.</li><li>- Reposicionar o paciente a cada meia hora quando sentado em cadeiras ou cadeiras de roda.</li><li>- Envolver a família/cuidador na prevenção e tratamento da ferida.</li><li>- Orientar o uso de lençol móvel para reposicionar o paciente.</li><li>- Em decúbito lateral, não posicionar diretamente sobre o trocânter, apoiando no glúteo.</li><li>- Em cadeira de rodas utilizar almofadas de espuma no assento.</li><li>- De acordo com a escala de BRADEN se score de 16 a 11 pontos, garantir avaliação freqüente da equipe de enfermagem.</li></ul>		

Fonte: AHCPR – Agency for Health Care Policy and Research, 1992

**Mudança de Decúbito:** A redistribuição da pressão, especialmente sobre as proeminências ósseas, é a principal estratégia para prevenção da LPP seja utilizando superfícies estáticas ou dinâmicas. 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 superfície de redistribuição de pressão.



## 8. TRATAMENTO

Utilizar o Sistema Internacional de Classificação NPUAP/EPUAP das Lesões por Pressão para classificar e documentar o nível de perda tecidual.

Para o tratamento ideal das lesões por pressão existem alguns princípios fundamentais:

1. Patologia de base da úlcera por pressão deve ser tratada, se possível.
2. A pressão deve ser aliviada ou reduzida por medidas adequadas para evitar mais danos teciduais.
3. A nutrição é importante para a cicatrização das lesões por pressão:
4. Fornecer calorias suficientes;
5. Fornecer quantidade adequada de proteínas;
6. Fornecer e incentivar a ingestão diária adequada de líquidos para a hidratação;
7. Fornecer vitaminas e minerais adequados;
8. O cuidado da lesão deve ser otimizado:
  - Se houver necrose ou esfacelos, considerar o desbridamento para remover o tecido desvitalizado no leito da ferida, selecionando o método de desbridamento mais adequado para a condição do indivíduo, o desbridamento instrumental, mecânico, autolítico ou químico;
  - Limpe a lesão por pressão e pele ao redor e remova detritos em cada mudança de curativo para minimizar a contaminação;
  - Use coberturas apropriadas para a manutenção da umidade;
  - Avaliar as lesões por pressão observando sinais de infecção e retardo no processo cicatricial;
  - Considerar a utilização dos valores iniciais e das séries fotográficas para acompanhar a cicatrização da lesão por pressão ao longo do tempo;



- Avaliar o impacto da dor relacionada com a lesão por pressão na qualidade de vida do indivíduo.

## 9. ESTRATÉGIAS DE MONITORAMENTO E INDICADORES

O Ministério da Saúde sugere 3 indicadores de processo e um indicador de resultado para a prevenção da LPP.

Indicador de processo:

1. Percentual (%) de pacientes submetidos a avaliação de risco para LPP na admissão;
2. Percentual (%) de pacientes de risco recebendo cuidado preventivo apropriado para LPP;
3. Percentual (%) de pacientes recebendo avaliação diária para risco de LPP.

Indicador de resultado:

1. Incidência de LPP.

## 10. NOTIFICAÇÃO

A abertura da notificação de evento adverso para LPP, deverá ocorrer todas as vezes que uma lesão ou nova lesão for identificada no paciente. Para os pacientes admitidos neste hospital provenientes de outra instituição de saúde e que ao chegarem já possuírem LPP, é recomendado que seja notificada ao NQSP e registrada no prontuário no ato da admissão do paciente.



## 11. REFERÊNCIAS

- Paranhos WY, Santos VLCCG. Avaliação de risco para úlceras de pressão por meio da Escala de Braden, na língua portuguesa. Rev Esc Enfermagem USP, 1999;33 (n. esp):191-206
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Anexo 02: PROTOCOLO PARA PREVENÇÃO DE ÚLCERA POR PRESSÃO. Ministério da Saúde/ Anvisa/ Fiocruz. Data de Publicação: 09/07/2013
- European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009. [Acesso em 20 de ago de 2012]. Disponível em: <http://www.npuap.org>; <http://www.epuap.org>
- NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (NPUAP). Pressure Injury Stages; Staging Consensus Conference That was held April, 2016.
- PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE LESÃO DE PELE – HRSM – 2017.
- <https://mail.google.com/mail/u/1/#inbox/164e74d4094cb6d3?projector=1&messagePartId=0>.