



Secretaria de Estado de Saúde
Governo do Distrito Federal
HOSPITAL REGIONAL DO GAMA

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

Título			Nº DOC
Prevenção de Lesão por Pressão			POP.NQSP.006
Data da 1ª versão	Data desta versão	Versão número	Próxima revisão
19/02/2025	19/02/2025	1ª versão	19/02/2027

1. OBJETIVO

Os incidentes relacionados à assistência à saúde, especialmente os Eventos Adversos (EA), constituem um problema de saúde pública, necessitando de respostas efetivas e imediatas para sua redução.

A Lesão por Pressão (LP), quando ocorrida após a admissão do usuário no serviço de saúde, é reconhecida como um EA potencialmente evitável e também considerada como um marcador da qualidade da atenção à saúde tornando-se um grande desafio aos gestores e profissionais

Faz-se necessário construir uma cultura de segurança do paciente, em que profissionais e serviços compartilhem práticas, valores, percepções atitudes que irão concentrar para o empenho com intuito em diminuir o risco de eventos indesejáveis (Kohn, 2000).

A ocorrência da lesão vai variar de acordo com a intensidade, duração e tolerância da pele e de estruturas subjacentes para suportá-la. Quando a pressão sanguínea diminui (desidratação, enfermidade cardiovascular, sepse) pode ocorrer uma compressão capilar exagerada que impede o suprimento de fluxo sanguíneo ocorrendo a isquemia, hipóxia, acidose tissular, edema e necrose celular.

A prevenção de LP tem um escopo multifatorial envolvendo profissionais de diversas categorias e áreas distintas. Para a operacionalização e adoção de novas práticas, torna-se necessária a consolidação de uma cultura organizacional que valorize a prevenção e promova o trabalho em equipe.

A finalidade deste documento é de reduzir a ocorrência de incidentes, eventos adversos e a mortalidade relacionadas as LP no Hospital Regional do Gama (HRG), orientar os profissionais em serviço de saúde na promoção das práticas de segurança para a prevenção de LP, reforçar as informações e ações referentes à vigilância, monitoramento e notificações de EA relacionados à LP.

2. ABRANGÊNCIA

Essa rotina se aplica em todos os ambientes do HRG onde haja 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.

3. RESPONSÁVEL

Equipe multiprofissional do HRG.



Secretaria de Estado de Saúde
Governo do Distrito Federal
HOSPITAL REGIONAL DO GAMA

4. MATERIAIS E RECURSOS

- Relógio de parede de reposição de decúbito;
- Colchões de espuma específicas ou pneumático;
- Escala de Braden;
- Identificação de risco na placa de identificação do leito;
- Dispositivos de proteção para a pele;

5. ETAPAS DO PROCESSO

5.1. Definições

O conceito, a nomenclatura e a descrição dos estágios da lesão por pressão foram modificados pela *National Pressure Ulcer Advisory Panel* em 2016 e validados para o português com aval das sociedades de especialistas da Associação Brasileira de Estomaterapia (SOBEST) e da Sociedade Brasileira de Enfermagem em Dermatologia (SOBENDE) (ANVISA, 2017).

Segundo esta última atualização realizada pela National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP, 2016) lesão por pressão é um dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionado a um dispositivo médico ou outro artefato. A lesão pode se apresentar como pele intacta ou úlcera aberta bem como ser dolorosa, resultado de pressão intensa e/ou prolongada em combinação com o cisalhamento. Cisalhamento (Figura 1), por sua vez, é causado pela interação da gravidade com a fricção, exercendo forças paralelas na pele. É o que ocorre quando a cabeceira da cama é elevada acima de 30°, na qual o esqueleto tende a escorregar, obedecendo a força da gravidade, mas a pele permanece no lugar (ROGENSKI, 2014).

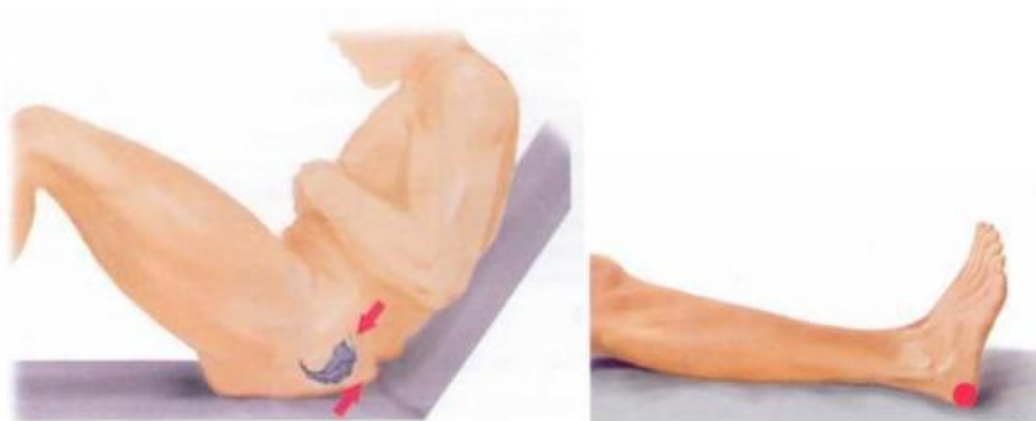


Figura 1 - Demonstra a força de cisalhamento presente na região coccígea quando o paciente escorrega no leito. E a outra figura demonstra a força de cisalhamento presente no calcâneo quando o paciente escorrega no leito.



Secretaria de Estado de Saúde
Governo do Distrito Federal
HOSPITAL REGIONAL DO GAMA

A fricção é criada pela força de duas superfícies, movendo-se uma sobre a outra, provocando a remoção das células epiteliais e causando abrasões e lesões semelhantes a queimaduras de segundo grau. Exemplo disso é o fato de arrastar o paciente no leito ao invés de levantar (ROGENSKI, 2014).

A tolerância do tecido à pressão e à isquemia depende da natureza do próprio tecido e é influenciada pelas estruturas de suporte, como vasos sanguíneos, colágeno e fluido intersticial. O tecido muscular é mais sensível à pressão que a pele.

A tolerância do tecido à pressão também pode ser afetada pelo microclima, nutrição, perfusão, comorbidades e condição do tecido mole.

A lesão por pressão apresenta um sistema de classificação bem definido, de acordo com a extensão do dano tissular, conforme demonstrado no quadro 1:

Quadro 1 – Classificação das lesões por pressão, segundo a NPUAP.

Lesão por Pressão	Definição
Estágio 1	Pele íntegra com eritema que não embranquece
Estágio 2	Perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme
Estágio 3	Perda da pele em sua espessura total
Estágio 4	Perda da pele em sua espessura total e perda tissular
Não classificável	Perda da pele em sua espessura total e perda tissular não visível
Tissular Profunda	Coloração vermelho escura, marrom ou púrpura, persistente e que não embranquece

Fonte: (NPUAP, 2016)

Foram inseridas, ainda, duas classificações adicionais:

Lesão por Pressão	Definição
Relacionadas a dispositivos médicos	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.
Em membranas mucosas	Encontrada quando há histórico de uso de dispositivos médicos no local do dano. Devido à anatomia do tecido, essas lesões não podem ser categorizadas.

Fonte: (NPUAP, 2016)

5.2. Estadiamento de LP

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

Lesão por pressão estágio 1: Pele íntegra com área localizada de eritema que não embranquece e que pode parecer diferente em pele de cor escura. Presença de eritema que embranquece ou mudanças na sensibilidade, temperatura ou consistência (endurecimento) podem preceder as mudanças visuais.



Secretaria de Estado de Saúde
Governo do Distrito Federal
HOSPITAL REGIONAL DO GAMA

Mudanças na cor não incluem descoloração púrpura ou castanha; essas podem indicar dano tissular profundo (Figura 2).

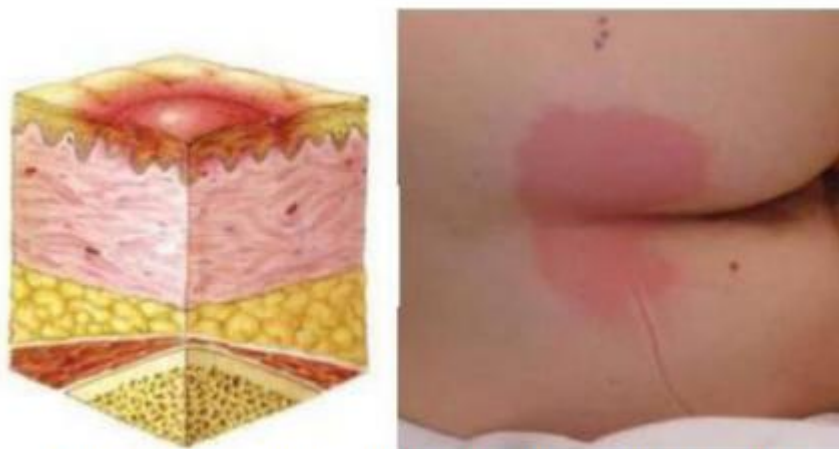


Figura 2: Lesão por Pressão Estágio 1. **Fonte:** NPUAP, 2016.

Lesão por pressão estágio 2: Perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme. O leito da ferida é viável, de coloração rosa ou vermelha, úmido e pode também apresentar-se como uma bolha intacta (preenchida com exsudato seroso) ou rompida. O tecido adiposo e tecidos profundos não são visíveis. Tecido de granulação, esfacelo e escara não estão presentes. Essas lesões geralmente resultam de microclima inadequado e cisalhamento da pele na região da pélvis e no calcâneo. Esse estágio não deve ser usado para descrever as lesões de pele associadas à umidade, incluindo a dermatite associada à incontinência (DAI), a dermatite intertriginosa, a lesão de pele associada a adesivos médicos ou as feridas traumáticas como as lesões por fricção, queimaduras e abrasões (Figura 3).



Figura 3: Lesão por Pressão Estágio 2. **Fonte:** NPUAP, 2016.

Lesão por pressão estágio 3: Perda da pele em sua espessura total na qual a gordura é visível e, frequentemente, tecido de granulação e epíbole (lesão com bordas enroladas) estão presentes. Esfacelo e



Secretaria de Estado de Saúde
Governo do Distrito Federal
HOSPITAL REGIONAL DO GAMA

/ou escara pode estar visível. A profundidade do dano tissular varia conforme a localização anatômica; áreas com adiposidade significativa podem desenvolver lesões profundas. Podem ocorrer descolamento e túneis. Não há exposição de fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem e/ou osso. Quando o esfacelo ou escara prejudica a identificação da extensão da perda tissular, deve-se classificá-la como Lesão por Pressão Não Classificável (Figura 4).

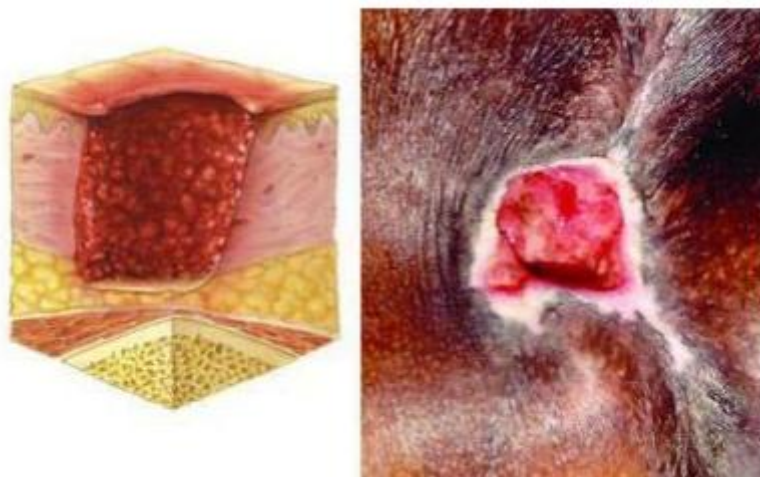


Figura 4: Lesão por Pressão Estágio 3. Fonte: NPUAP, 2016.

Lesão por pressão estágio 4: Perda da pele em sua espessura total e perda tissular com exposição ou palpação direta da fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem ou osso. Esfacelo e /ou escara pode estar visível. Epíbole (lesão com bordas enroladas), descolamento e/ou túneis ocorrem frequentemente. A profundidade varia conforme a localização anatômica. Quando o esfacelo ou escara prejudica a identificação da extensão da perda tissular, deve-se classificá-la como Lesão por Pressão Não Classificável (Figura 5).

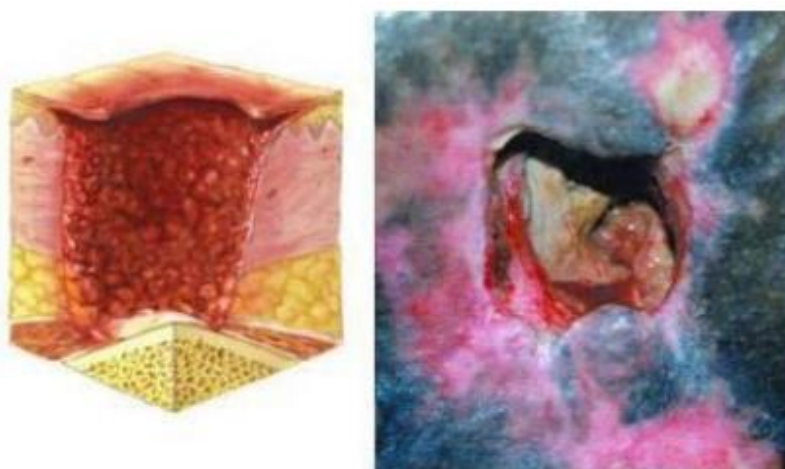


Figura 5: Lesão por Pressão Estágio 4. Fonte: NPUAP, 2016.



Secretaria de Estado de Saúde
Governo do Distrito Federal
HOSPITAL REGIONAL DO GAMA

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 ou escara), Lesão por Pressão em Estágio 3 ou Estágio 4 ficará aparente (Figura 6).

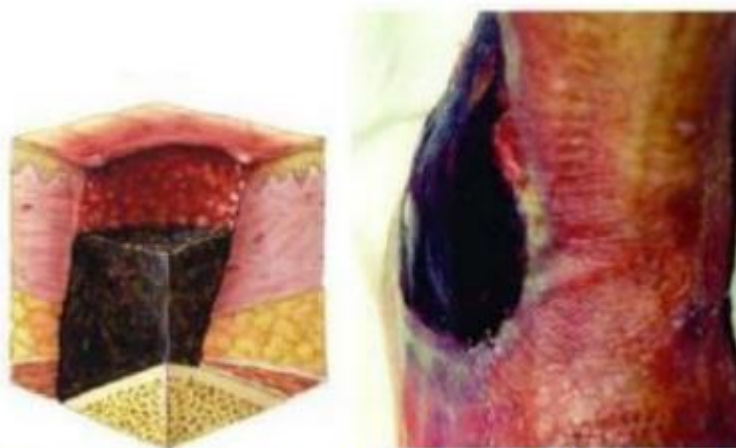


Figura 6: Lesão por Pressão Não Classificável. **Fonte:** NPUAP, 2016.

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 (Figura 7).



Figura 7: Lesão por Pressão Tissular Profunda. **Fonte:** NPUAP, 2016.



Secretaria de Estado de Saúde
Governo do Distrito Federal
HOSPITAL REGIONAL DO GAMA

5.2.1. Definições Adicionais

- **Lesão por Pressão Relacionada a Dispositivos Médicos:** Essa terminologia descreve a etiologia da lesão e 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:** encontrada quando há histórico de uso de dispositivos médicos no local do dano. Devido à anatomia do tecido, essas lesões não podem ser categorizadas.

5.2.2. Diagnóstico diferencial

Importante diferenciar as lesões provocadas por pressão e as lesões decorrentes de umidade, muito comuns na prática assistencial. A diferenciação é fundamental, pois as medidas preventivas e os cuidados são diferenciados. A dermatite associada à incontinência (DAI) é definida como lesões de pele ocasionadas por umidade frequente em pacientes com incontinência anal e/ou urinária. O contato prologando com urina e fezes aumenta a incidência desse tipo de lesão, que se caracteriza por inflamação da pele com aspecto inicial de hiperemia, podendo evoluir para ruptura da pele, denominada ulceração (COOPER, 2002).

Outra situação importante refere-se à diferenciação entre lesão por pressão e lesão causada por adesivos. A **lesão causada por adesivos** é uma lesão por fricção que provoca um traumatismo tecidual causado pela remoção de fitas adesivas, curativos e outros adesivos de uso clínico. Trata-se também de um evento adverso prevenível e não deve ser considerada “normal” pelos profissionais de saúde. Quando ocorrida pode aumentar a dor, o tamanho da ferida e atrasar o processo de cicatrização, aumentando assim os custos com saúde e reduzindo a qualidade de vida dos pacientes, especialmente em idosos (DOMANSKY, 2012).

5.3. Lesão por pressão associadas ao posicionamento prona

A mudança de Posicionamento em Pronação (PP) foi proposta em virtude da distribuição heterogênea da lesão pulmonar nos usuários com Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo (SDRA). Este método é considerado relativamente simples e tem demonstrado melhorar a troca de gases e a oxigenação. Estudos recentes também indicaram uma redução na mortalidade desses pacientes ao utilizar essa técnica, tornando-a uma parte importante da estratégia ventilatória. Diversos mecanismos têm sido propostos para explicar esses efeitos, incluindo a melhoria da ventilação em áreas específicas do pulmão, uma maior uniformidade nas relações entre ventilação e perfusão, aumento do volume pulmonar e recrutamento de alvéolos devido à pressão exercida pelo diafragma na posição pronada.

São diversas as áreas sujeitas à LP durante a pronação (figura 8), e além dessas lesões podem ocorrer também edema facial (principalmente nas pálpebras e lábios) e lesões mucosas (úlceras de córnea ou língua).



Secretaria de Estado de Saúde
Governo do Distrito Federal
HOSPITAL REGIONAL DO GAMA

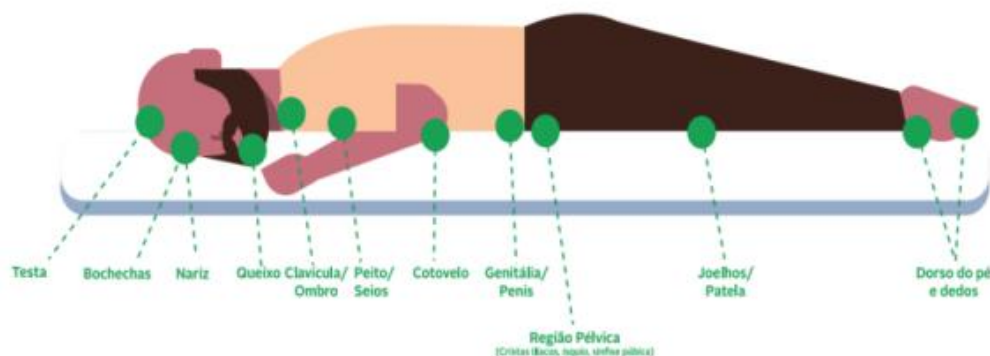


Figura 8: Áreas de pressão durante a pronação. **Fonte:** Guia rápido para a prevenção de lesões por pressão associadas ao posicionamento prona. Convatec.

5.4. Condutas preventivas

A maioria dos casos de LP pode ser evitada com o conhecimento dos fatores associados ao seu processo de formação e, para tanto, faz-se necessário a identificação dos usuários em risco e da implementação de estratégias específicas de prevenção confiáveis direcionando as intervenções para uma assistência segura (CREMASCO et al., 2009). As seis etapas essenciais de prevenção de LP, segundo a ANVISA (2013) são:

- **Etapa 1:** Avaliação de lesão por pressão na admissão de todos os pacientes

A avaliação de admissão dos pacientes apresenta dois componentes:

- A avaliação do risco de desenvolvimento de LP e;
- A avaliação da pele para detectar a existência de LP ou lesões de pele já instaladas.

Identificar rapidamente pacientes em risco de desenvolver lesões por pressão usando uma ferramenta validada possibilita a aplicação imediata de medidas preventivas. A avaliação de risco deve abranger os seguintes aspectos:

- Mobilidade;
- Incontinência;
- Déficit sensitivo e;
- Estado nutricional (incluindo desidratação).

A escala de Braden (anexo I) é a validada no Brasil e deve ser adotada na SES. Em casos de pacientes pediátricos, deve-se utilizar, a escala de Braden-Q (anexo II), em neonatais a escala de NSRAS (anexo III) e sendo a escala de ELPO (anexo IV) a destinada a pacientes em centro cirúrgico.

- **Etapa 2:** Reavaliação diária de risco de desenvolvimento de LP de todos os pacientes internados



Secretaria de Estado de Saúde
Governo do Distrito Federal
HOSPITAL REGIONAL DO GAMA

A complexidade e a gravidade dos pacientes hospitalizados resultam na necessidade de **reavaliação diária do potencial e do risco de desenvolvimento de LP**. O processo de reavaliação diária permite aos profissionais de saúde ajustar sua estratégia de prevenção conforme as necessidades do paciente. O grau de risco, permite que os profissionais implantem estratégias individualizadas para os pacientes.

- **Etapa 3:** Inspeção diária da pele

Pacientes que estão em risco de desenvolver LP, conforme etapas 1 e 2, requerem uma verificação diária de toda a superfície da pele, desde a cabeça até os pés. Esses pacientes podem apresentar deterioração da saúde da pele em um curto período de tempo. Devido à rápida variação nos fatores de risco em pacientes gravemente doentes, a inspeção diária da pele é crucial. É importante dar atenção especial às áreas mais propensas ao desenvolvimento de LP, como as regiões anatômicas sacral, ísquio, calcâneo, occipital, trocanter, escapular, maleolar e regiões corporais submetidas à pressão por dispositivos médicos como cateteres, tubos e drenos.

A inspeção cutânea deverá ser registrada no prontuário do paciente.

- As LP identificadas deverão ser registradas e descritas com localização, estadiamento, tamanho, tecido, exsudato.
- Em situações de piora da LP, o caso deverá ser discutido com a equipe multiprofissional.
- Todas as LP identificadas deverão ser notificadas ao Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP).

- **Etapa 4:** Manejo da umidade, manutenção do paciente seco e com a pele hidratada

Pele úmida é mais vulnerável, é mais suscetível a lesões cutâneas e tem maior probabilidade de se romper facilmente. Portanto, é importante manter a pele limpa, sempre que apresentar sujidade e em intervalos regulares.

- **Higienização e hidratação da pele:** limpar a pele sempre que apresentar sujidade ou necessário com água morna e sabão neutro para reduzir a irritação e o ressecamento da pele e evitar o excesso de fricção da pele. Aplicar hidratante com movimentos suaves e circulares após o banho, evitando massagear áreas de proeminências ósseas ou hiperemiadas. Evitar produtos com álcool.

Manejo da umidade: proteger a pele da exposição à umidade excessiva com a utilização de produtos de barreira (pomada de óxido de zinco). Aplicar após o banho/higienização ou conforme necessidade.

- **Proteção da pele:** considerar a aplicação de curativos de espuma ou hidrocolóide extrafino nas proeminências ósseas para prevenir LP em zonas anatômicas frequentemente submetidas a fricção e cisalhamento, em especial a região sacral e elevação do calcanhar. O uso desses produtos NÃO deve substituir todos os outros cuidados necessários.

- **Etapa 5:** Otimização da nutrição e da hidratação



Secretaria de Estado de Saúde
Governo do Distrito Federal
HOSPITAL REGIONAL DO GAMA

A avaliação de pacientes com possível risco de desenvolvimento de LP deve incluir a revisão de fatores nutricionais e de hidratação. Pacientes com deficiências nutricionais ou desidratação podem apresentar perda de massa muscular e de peso, tornando os ossos mais salientes e a deambulação mais difícil.

Edema e menor fluxo sanguíneo cutâneo frequentemente estão associados a déficits nutricionais e hídricos, o que pode resultar em lesões isquêmicas que contribuem para as lesões na pele.

Pacientes malnutridos podem apresentar uma probabilidade duas vezes maior de lesões cutâneas.

A ingestão adequada de líquidos, proteínas e calorias é crucial para manter um estado nutricional saudável, e suplementos nutricionais podem ser necessários se a ingestão alimentar for insuficiente. Recomenda-se que os usuários desnutridos e desidratados devem ser avaliados pela equipe de saúde com intervenções apropriadas.

- **Etapas 6: Minimizar a pressão.**

A principal preocupação é redistribuir a pressão, especialmente sobre as proeminências ósseas. Pacientes com mobilidade reduzida estão em maior risco de desenvolver LP. É crucial fazer todos os esforços para redistribuir a pressão na pele, através do **reposicionamento a cada (02) duas horas** (Anexo I – Relógio de mudança de decúbito) e o pelo uso de **superfícies que redistribuam a pressão**.

O objetivo do reposicionamento a cada 2 horas é redistribuir a pressão e garantir a circulação nas áreas do corpo com risco de desenvolvimento de LP. Duas horas em uma única posição é o máximo de tempo recomendado para pacientes com capacidade circulatória normal e **não deve ultrapassar esse prazo**. O reposicionamento no leito deverá ser registrado no prontuário do paciente.

O reposicionamento de pacientes em risco consiste em alternar ou aliviar a pressão em áreas vulneráveis, diminuindo assim o risco de desenvolver LP. Travesseiros e coxins são materiais e recursos facilmente disponíveis que podem ser usados para ajudar a redistribuir a pressão. Quando empregados corretamente, esses materiais podem ampliar a área de suporte do peso.

Durante o reposicionamento, é importante ter cuidado para evitar fricção na pele, especialmente porque a pele de pacientes em risco de LP é mais propensa a se romper durante esse processo. Deve-se ainda verificar se nada foi esquecido sob o corpo do paciente, para evitar danos teciduais.

Superfícies de apoio específicas, como colchões, camas e almofadas, redistribuem a pressão que o corpo do paciente exerce sobre a pele e os tecidos subcutâneos. Quando a mobilidade do paciente está comprometida e a pressão não é redistribuída adequadamente nessa interface, isso pode prejudicar a circulação e levar ao desenvolvimento de lesões.

Pacientes cirúrgicos submetidos à anestesia por período prolongado geralmente apresentam risco aumentado de desenvolvimento de LP, portanto, todos estes pacientes (no momento pré, intra e pós-operatório) devem receber avaliação de risco da pele.

Os profissionais de saúde devem avaliar os pacientes no pré-operatório, que passarão por procedimentos cirúrgicos prolongados e realizarem a colocação de placa de hidro colóide na região sacra e



Secretaria de Estado de Saúde
Governo do Distrito Federal
HOSPITAL REGIONAL DO GAMA

trocanteres; no intraoperatório, deverão realizar mudança de decúbito ou descompressão, sempre que possível e no pós-operatório aplicar a escala de Braden.

5.4.1. Mudança de decúbito ou reposicionamento

- A mudança de decúbito deve ser executada para reduzir a duração e a magnitude da pressão exercida sobre áreas vulneráveis do corpo.
- A frequência da mudança de decúbito será influenciada por variáveis relacionadas ao indivíduo (tolerância tecidual, nível de atividade e mobilidade, condição clínica global, objetivo do tratamento, condição individual da pele, dor e pelas superfícies de redistribuição de pressão em uso.
- Avaliar a pele e o conforto individuais. Se o indivíduo não responde ao regime de posicionamentos conforme o esperado, reconsiderar a frequência e método dos posicionamentos.
- A mudança de decúbito mantém o conforto, a dignidade e a capacitação funcional do indivíduo.
- Reposicionar o paciente 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.
- 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 posturas que aumentem a pressão, tais como o Fowler acima dos 30°, a posição de deitado de lado a 90°, ou a posição de semideitado.
- Se o paciente estiver sentado na cama, evitar elevar a cabeceira em ângulo superior a 30°, evitando a centralização e o aumento da pressão no sacro e no cóccix.
- Quando sentado, se os pés do paciente não chegam ao chão, coloque-os sobre um banquinho ou apoio para os pés, o que impede que o paciente deslize para fora da cadeira. A altura do apoio para os pés deve ser escolhida de forma a fletir ligeiramente a bacia para frente, posicionando as coxas numa inclinação ligeiramente inferior à posição horizontal.
- Deve-se restringir o tempo que o indivíduo passa sentado na cadeira sem alívio de pressão. Quando um indivíduo está sentado numa cadeira, o peso do corpo faz com que as tuberosidades isquiáticas fiquem sujeitas a um aumento de pressão. Quanto menor a área, maior a pressão que ela recebe. Consequentemente, sem alívio da pressão, a LP surgirá muito rapidamente.

5.4.2. Medidas preventivas para fricção e cisalhamento



Secretaria de Estado de Saúde
Governo do Distrito Federal
HOSPITAL REGIONAL DO GAMA

- Elevar a cabeceira da cama até no máximo 30º e evitar pressão direta nos trocanteres quando em posição lateral, limitando o tempo de cabeceira elevada, pois o corpo do paciente tende a escorregar, ocasionando fricção e cisalhamento.
- A equipe de enfermagem deve usar 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. Deve-se verificar se nada foi esquecido sob o corpo do paciente, para evitar dano tecidual.
- Utilizar quadro de avisos próximo ao leito para estimular o paciente a movimentar-se na cama, quando necessário.
- Avaliar a necessidade do uso de materiais de curativos para proteger proeminências ósseas, a fim de evitar o desenvolvimento de úlcera por pressão por fricção. Apesar da evidência de redução de cisalhamento no posicionamento da cabeceira até 30º, para os pacientes em ventilação mecânica e traqueostomizados com ventilação não invasiva, é recomendado decúbito acima de 30º para a prevenção de Pneumonia Associada à Ventilação – PAV.

5.4.3. Materiais e equipamentos para redistribuição de pressão

- Utilizar colchões associado a superfície piramidal em todos os indivíduos de risco para desenvolver LP.
- A seleção de uma superfície de apoio adequada deve levar em consideração fatores como o nível individual de mobilidade na cama, o conforto, a necessidade de controle do microclima, bem como o local e as circunstâncias da prestação de cuidados.
- Não utilizar colchões ou sobreposições de colchões de células pequenas de alternância de pressão com o diâmetro inferior a 10 cm.
- Use uma superfície de apoio ativo (colchão pneumático) para os indivíduos com maior risco de desenvolvimento de LP, quando o reposicionamento manual frequente não é possível.
- Uso de superfícies de apoio para a prevenção de LP nos calcâneos.
- Os calcâneos devem ser mantidos afastados da superfície da cama (livres de pressão). Utilizar uma almofada ou travesseiro abaixo das pernas na altura da panturrilha para elevá-los e mantê-los flutuantes, evitando pressão sobre o tendão de Aquiles. O joelho deve ter ligeira flexão.
- Utilizar um assento de redistribuição de pressão para os usuários 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, de pele de carneiro sintéticas e dispositivos recortados em forma de anel causam maior pressão.

A hiperextensão do joelho pode causar obstrução da veia poplítea, que pode predispor a uma Trombose Venosa Profunda – TVP.



Secretaria de Estado de Saúde
Governo do Distrito Federal
HOSPITAL REGIONAL DO GAMA

Medidas Preventivas para Lesão por Pressão			
Risco Leve (15 a 18 pontos na escala de Braden)	Risco Moderado (13 a 14 pontos na escala de Braden)	Risco Alto (10 a 12 pontos na escala de Braden)	Risco Muito Alto (≤ 9 pontos na escala de Braden)
<ul style="list-style-type: none">- Orientação para reposicionamento no leito;- Otimização da mobilização;- Proteção do calcanhar;- Manejo da umidade, nutrição, fricção e cisalhamento, bem como uso de superfícies de redistribuição de pressão	<ul style="list-style-type: none">- Continuar as intervenções do risco baixo;- Mudança de decúbito com posicionamento a 30°.	<ul style="list-style-type: none">- Continuar as intervenções do risco moderado;- Reposicionamento no leito a cada 2 horas;- Utilização de coxins de espuma para facilitar a lateralização a 30°.	<ul style="list-style-type: none">- Continuar as intervenções do risco alto;- Utilização de superfícies de apoio dinâmico com pequena perda de ar, se possível;- Manejo da dor.

MS/ANVISA/FIOCRUZ, 2013

5.5. Avaliação de risco pela escala de Braden

A **Escala de Braden** (Anexo II – Escala de Braden) é a mais utilizada no Brasil para medir o risco que o usuário dos serviços de saúde tem de apresentar uma LP. É constituída de seis variáveis para avaliação em seis subescalas: Percepção Sensorial, Umidade, Atividade, Mobilidade, Nutrição, Fricção e força de Cisalhamento.

Cada subescala é pontuada de 1 a 4, exceto a variável Fricção e Cisalhamento, que pontua de 1 a 3. O escore total pode variar de 6 a 23 pontos, sendo os usuários classificados da seguinte forma: risco muito alto (escores iguais ou menores a 9 pontos), 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).

Para a população **pediátrica** é utilizada a escala de **Braden Q**, aplicada a crianças com idade compreendida entre os 21 dias de vida e os 18 anos (Anexo III - Escala Braden Q). No entanto, a população **neonatal** (dos 0 aos 21 dias) fica muito desprotegida no que se refere a utilização de instrumentos para a avaliação do risco de lesão por pressão, e assim a **NSRAS**, Escala de Observação do Risco de Lesão da Pele em Neonatos (Anexo IV - Escala NSRAS), é direcionada para a complexidade dos cuidados com a pele, em neonatologia. É uma população que exige profissionais bem preparados para a identificação rápida dos problemas e para a realização eficaz das intervenções de enfermagem relacionado com a pele, a avaliação do risco de lesão e a identificação de produtos tóxicos que, ao serem utilizadas diretamente na pele do recém-nascido que podem provocar descamação e/ou queimaduras da pele (MARTINS e CURADO, 2017).

A **NSRAS** é constituída por seis itens: condição física geral (idade gestacional), estado mental, mobilidade, atividade, nutrição e umidade, cada um deles com um formato de medida ordinal com quatro



Secretaria de Estado de Saúde
Governo do Distrito Federal
HOSPITAL REGIONAL DO GAMA

pontos (1 a 4). Os scores dos itens variam entre 6 e 24 pontos, sendo o score mais baixo representativo de baixo risco de lesão da pele e o score mais alto representativo de risco elevado de lesão da pele.

Então a escala de Braden proporciona uma avaliação criteriosa para o direcionamento de intervenções de aspectos preventivos para detecção precoce (SOUSA et al., 2006).

A avaliação de risco para esse tipo de lesão deverá ser realizada o mais precocemente, sendo recomendável dentro das primeiras 8 horas após a admissão do usuário na unidade. Além disso, essa **avaliação deve ser realizada diariamente, com o devido registro em prontuário e na placa de identificação do paciente** (Anexo V), garantindo o acompanhamento contínuo e a implementação de medidas preventivas adequadas.

5.6. Escala de avaliação de risco para o desenvolvimento de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico (elpo)

A **ELPO**, (Anexo VI), é um instrumento válido e confiável para a avaliação de risco para desenvolvimento de lesões, decorrentes do posicionamento cirúrgico, em usuários adultos. Sua aplicação pode auxiliar a tomada de decisão no cuidado ao usuário, durante o posicionamento cirúrgico, promover a melhoria da assistência, bem como incentivar o desenvolvimento de protocolos de cuidados direcionados para o posicionamento cirúrgico do usuário dos serviços de saúde (LOPES et al., 2016). Recomenda-se que a ELPO seja aplicada ao posicionar o usuário na mesa operatória.

Segundo Lopes e colaboradores (2016), o escore da ELPO varia de 7 a 35 e quanto maior o escore, maior o risco de o usuário desenvolver complicações decorrentes do posicionamento cirúrgico. A nota de corte proposta estatisticamente com indicação de situação de maior risco é o escore acima de 19.

6. ORIENTAÇÕES AOS PACIENTES

Pacientes conscientes e orientados, acamados ou com mobilidade prejudicada, devem ser incentivados a manterem-se ativos, realizando mudança de decúbito sempre que possível, alternando a postura a cada duas horas no leito ou a cada uma hora quando sentado.

Uma alimentação equilibrada, rica em proteínas, vitaminas e com uma boa ingestão de líquidos, auxilia na saúde da pele e na cicatrização de possíveis lesões. É importante evitar roupas e lençóis enrugados, pois o atrito pode aumentar o risco de feridas. A observação diária da pele é fundamental para identificar sinais precoces de lesão, como vermelhidão persistente, inchaço ou dor em áreas de maior pressão, como calcanhares, quadris e cotovelos. Além disso, é importante monitorar constantemente a posição dos dispositivos de saúde, garantindo que estejam corretamente ajustados para evitar tração e prevenir lesões associadas ao seu uso.

Pacientes e acompanhantes devem ser orientados que em caso observem qualquer sinal de lesão, é essencial informar imediatamente a equipe de saúde para que as medidas adequadas sejam tomadas. Não se deve esfregar ou massagear a região afetada, pois isso pode agravar o quadro. Seguir as orientações



Secretaria de Estado de Saúde
Governo do Distrito Federal
HOSPITAL REGIONAL DO GAMA

é fundamental para um tratamento eficaz. A prevenção é o melhor cuidado, e qualquer dúvida pode ser esclarecida com a equipe de enfermagem.

7. RISCOS RELACIONADOS E AÇÕES PREVENTIVAS

Todos os pacientes acamados ou em uso de dispositivos de saúde apresentam risco para o desenvolvimento de LP. Por isso, a Escala de Braden deve ser aplicada rotineiramente em todos os pacientes internados, permitindo a estratificação do risco e a implementação de medidas preventivas eficazes. A identificação precoce possibilita a adoção de ações como mudanças frequentes de decúbito, cuidados rigorosos com a pele e outras recomendações descritas neste documento, reduzindo a incidência dessas lesões e promovendo maior segurança e qualidade na assistência.

Todos os incidentes envolvendo LP devem ser **notificados** pelos pacientes e/ou profissionais de saúde por meio do IPESS disponível na intranet, na área de trabalho dos computadores do hospital e por meio do link <https://www.ipess.saude.df.gov.br/#/signup>.

8. INDICADOR

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

Indicador de processo:

- Percentual (%) de pacientes submetidos a avaliação de risco para LP na admissão;
- Percentual (%) de pacientes de risco recebendo cuidado preventivo apropriado para LP;
- Percentual (%) de pacientes recebendo avaliação diária para risco de LP.

Indicador de resultado:

- Incidência de LP.

9. REFERÊNCIAS

Associação Brasileira de Estomatologia - SOBEST. CLASSIFICAÇÃO DAS LESÕES POR PRESSÃO - CONSENSO NPUAP 2016 - ADAPTADA CULTURALMENTE PARA O BRASIL. Disponível em: https://sobest.com.br/wp-content/uploads/2020/10/CONSENSONPUAP-2016_traducao-SOBEST-SOBENDE.pdf.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília: ANVISA, 2013.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES Nº 03/2017 Práticas seguras para prevenção de Lesão por Pressão em serviços de. Saúde.



Secretaria de Estado de Saúde
Governo do Distrito Federal
HOSPITAL REGIONAL DO GAMA

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária- ANVISA. Anexo 02: Protocolo para prevenção de úlcera por pressão, 2013.

Brasília. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Segurança do Paciente. Guia Rápido de Prevenção e Tratamento de Lesão por Pressão, 2020.

COOPER P. Incontinence-induced pressure ulcers. Nurs Res Care [Internet]. 2002. [cited 2015 May 20]:4(5):216- 21. Available from: <http://www.magonlinelibrary.com/doi/pdf/10.12968/nrec.2002.4.5.10385>

DOMANSKY, R. C. BORGES, E.L. Manual para prevenção de lesões de pele: recomendações baseadas em evidências, Rio de Janeiro, Editora Rubio, 2012.

Kohn, LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. To err is human: building a safer health system. Washinton, DC (US): National Academy Press, 2000.

LOPES, C.M.M., HAAS, V.J., DANTAS, R.A.S., OLIVEIRA ,C.G., GALVÃO ,C.M. Escala de avaliação de risco para lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016.

MARTINS, C.O.A; CURADO, M.A.S. Escala de Observação do Risco de Lesão da Pele em Neonatos: validação estatística com recém-nascidos Revista de Enfermagem Referência Série IV - n.º 13 - ABR./MAI./JUN. 2017.

NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/Anvisa n o 05/2023 (1º Versão atualizada da NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES Nº 03/2017) Práticas de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Prevenção de Lesão por Pressão.

Paranhos WY, Santos VLCG. Avaliação de risco para úlcera de pressão por meio da escala de Braden, na língua portuguesa. Rev EscEnf, USP. 1999;33(Esp.):191-206.

Protocolo de Atenção à Saúde Segurança do Paciente: prevenção de Lesão por Pressão (LP). Área (s): Gerência de Serviços de Enfermagem na Atenção Hospitalar e nas Urgências/DIENF/COASIS/SAIS, RTD em Estomaterapia da DIENF e Núcleos de Qualidade e Segurança do Paciente dos Hospitais e da Casa de Parto da SES/DF. Portaria SES-DF Nº 27 de 15/01/2019, publicada no DODF Nº 17 de 24/01/2019.

ROGENSKI N.M.B. Úlceras por pressão: definição, fatores de risco, epidemiologia e classificação. Editora Atheneu. São Paulo, 2014.

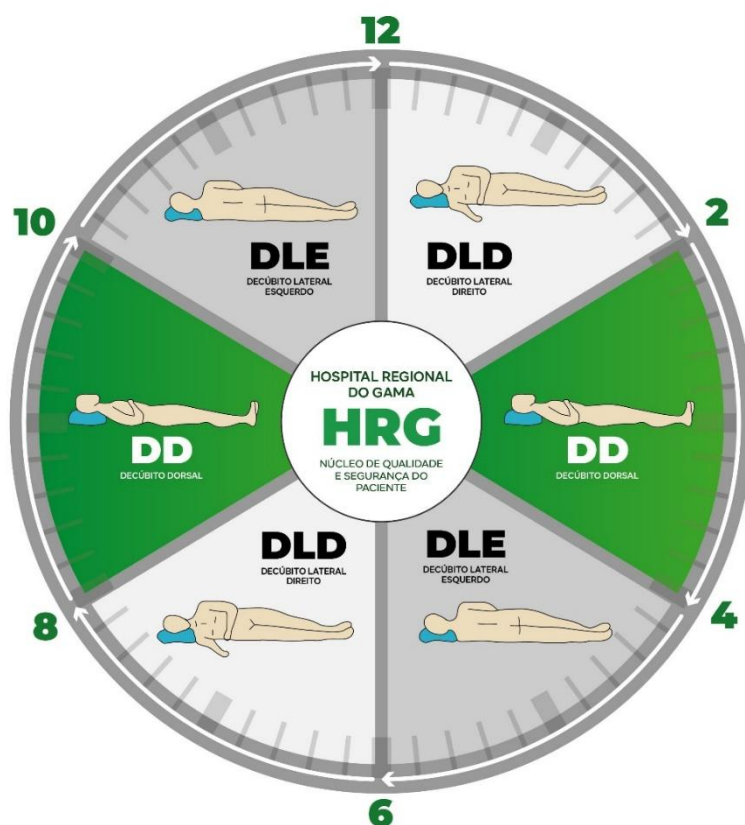


Secretaria de Estado de Saúde
Governo do Distrito Federal
HOSPITAL REGIONAL DO GAMA

VASCONCELOS, Josilene de Melo Buriti; CALIRI, Maria Helena Larcher. Ações de enfermagem antes e após um protocolo de prevenção de lesões por pressão em terapia intensiva. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, e20170001, 2017.

10. ANEXOS

Anexo I: Relógio de mudança de decúbito



Anexo II: Escala de Braden



Secretaria de Estado de Saúde
Governo do Distrito Federal
HOSPITAL REGIONAL DO GAMA

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 III: Escala de Braden Q

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: hipotensão (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 normal 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).



Secretaria de Estado de Saúde
Governo do Distrito Federal
HOSPITAL REGIONAL DO GAMA

Anexo IV: Escala de NSRAS

Escala de Observação do Risco de Lesão da Pele em Neonatos (NSRAS)					PONTUAÇÃO
Condição física geral	4. Idade Gestacional < 28 semanas.	3. Idade gestacional > 28 semanas, mas < 33 semanas.	2. Idade gestacional > 33 semanas, mas < 38 semanas.	1. Idade gestacional > 38 semanas.	
Estado mental	4. <i>Completamente limitado.</i> Não responde a estímulos dolorosos, devido à redução do nível de consciência ou sedação ou ao desenvolvimento motor esperado para a idade gestacional (não se estremece, agarra ou geme, não há aumento da pressão arterial ou da frequência cardíaca).	3. <i>Muito limitado.</i> Responde apenas a estímulos dolorosos (estremece, agarra, geme, aumento da pressão arterial e frequência cardíaca).	2. <i>Ligeiramente limitado.</i> Letárgico/Hipotônico	1. <i>Nenhuma limitação.</i> Desperto e Ativo.	
Mobilidade	4. <i>Completamente imóvel.</i> Não faz qualquer alteração ligeira de posição do corpo ou das extremidades sem ajuda (com ou sem sedação).	3. <i>Muito limitada.</i> Capaz de fazer ligeiras alterações ocasionais do corpo ou das extremidades, mas incapaz de fazer alterações frequentes de forma independente.	2. <i>Ligeiramente limitada.</i> Capaz de fazer alterações frequentes, embora ligeiras, de posição do corpo ou extremidades de forma independente.	1. <i>Nenhuma limitação.</i> Capaz de fazer alterações frequentes e significativas de posição sem ajuda (por exemplo, virar a cabeça).	
Atividade	4. <i>Completamente limitado à incubadora.</i> Está confinado à incubadora aquecida com umidade sem poder sair dela.	3. <i>Limitado à incubadora.</i> Está confinado à incubadora só saindo dela excepcional.	2. <i>Ligeiramente limitada.</i> Numa incubadora, mas pode ir ao colo, canguru, etc.	1. <i>Nenhuma limitação.</i> Num berço aberto.	
Nutrição	1. <i>Muito pobre.</i> Jejum e / ou com líquidos intravenosa (nutrição parenteral ou terapia de soro).	3. <i>Inadequada.</i> Não recebe a quantidade ideal de dieta líquida para as necessidades (fórmula / leite materno) tendo de ser suplementada com fluidos endovenosos.	2. <i>Adequada.</i> Alimentação por sonda gástrica que permite satisfazer as necessidades nutricionais para o crescimento.	1. <i>Excelente.</i> mamadeira/amamentação em todas as refeições que satisfazem as necessidades nutricionais para o crescimento.	
Umidade	4. <i>Constantemente úmida.</i> A pele está úmida sempre que a criança é manipulada ou posicionada.	3. <i>Úmida.</i> A pele está frequentemente úmida. Os lençóis têm que ser trocados pelo menos uma vez de 8/8 horas, devido a frequentes dejeções semilíquidas e/ ou vômitos.	2. <i>Ocasionalmente úmida.</i> A pele está ocasionalmente úmida. Requer uma troca de lençóis extra aproximadamente uma vez por dia, devido a algumas dejeções e/ou vômitos.	1. <i>Raramente úmida.</i> A pele está geralmente seca, os lençóis apenas requerem serem mudadas a cada 24 horas.	
TOTAL					
Risco ALTO < 13 pontos Risco MODERADO 13- 17 pontos Risco BAIXO > 17 pontos					Classificação:

Fonte: MARTINS e CURADO, 2017.

Anexo V: Modelo Placa de Identificação do Paciente

Hospital Regional do Gama - DF

SETOR: CLÍNICA MÉDICA **LEITO:** _____

NOME: _____

DIAGNÓSTICO: _____

DATA DE NASC.: ____/____/____ DATA DE ADMISSÃO: ____/____/____ SEX: _____

☐ RISCO DE QUEDA

☐ RISCO DE LPP

☐ RISCO DE TEV

☒ ALERGIA

☐ ISOLAMENTO

Hospital Regional do Gama - DF

SETOR: PRONTO SOCORRRO ADULTO **LEITO:** _____

NOME: _____

Nº SES: _____

DATA DE NASC.: ____/____/____ DATA DE ADMISSÃO: ____/____/____ PROCEDÊNCIA: _____

☐ RISCO DE QUEDA

☐ RISCO DE LPP

☐ RISCO DE TEV

☒ ALERGIA

☐ RISCO DE SUFICAÇÃO

☐ PRECIPITAÇÃO



Secretaria de Estado de Saúde
Governo do Distrito Federal
HOSPITAL REGIONAL DO GAMA

Hospital Regional do Gama - DF

SETOR: CENTRO OBSTÉTRICO **PASSAGEM:** _____

NOME: _____

Nº SES: _____


TIPO DE PARTO: (☐) NORMAL (☐) CESARIANA (☐) Fórceps


ANESTESIA: _____


DATA DE NASC: _____


DATA DE ADMISSÃO: _____


PROCEDÊNCIA: _____


RISCO DE QUEDA


RISCO DE LPP


RISCO DE TV


ALERGIA


ISOLAMENTO

Hospital Regional do Gama - DF

SETOR: CENTRO CIRÚRGICO **PASSAGEM:** _____

NOME: _____

Nº SES: _____


CIRURGIA: _____


ANESTESIA: _____


DATA DE NASC: _____


DATA DE ADMISSÃO: _____


PROCEDÊNCIA: (ENFEITO): _____


RISCO DE QUEDA


RISCO DE LPP


RISCO DE TV


ALERGIA


ISOLAMENTO

Anexo VI: Escala de ELPO

Itens \ Escore	5	4	3	2	1
Tipo de posição cirúrgica	Litotômica	Prona	Trendelemburg	Lateral	Supina
Tempo de cirurgia	acima de 6h	acima de 4h até 6h	acima de 2h e até 4h	acima de 1h até 2h	até 1h
Tipo de anestesia	geral+regional	geral	regional	sedação	local
Superfície de suporte	sem uso de superfície de suporte ou suportes rígidos sem acolchoamento ou perneiras estreitas	colchão da mesa cirúrgica de espuma (convencional)+coxins feitos de campos de algodão	colchão da mesa cirúrgica de espuma (convencional)+coxins de espuma	colchão da mesa cirúrgica de espuma (convencional)+coxins de viscoelástico	colchão da mesa cirúrgica de viscoelástico+coxins de viscoelástico
Posição dos membros	elevação dos joelhos >90° e abertura dos membros inferiores >90° ou abertura dos membros superiores >90°	elevação dos joelhos >90° ou abertura dos membros inferiores >90°	elevação dos joelhos <90° e abertura dos membros inferiores <90° ou pescoço sem alinhamento externo	abertura <90° dos membros superiores	posição anatômica
Comorbidades	úlceras por pressão ou neuropatia previamente diagnosticada ou trombose venosa profunda	obesidade ou desnutrição	diabetes mellitus	doença vascular	sem comorbidades
Idade do paciente	>80 anos	entre 70 e 79 anos	entre 60 e 69 anos	entre 40 e 59 anos	entre 18 e 39 anos



Secretaria de Estado de Saúde
Governo do Distrito Federal
HOSPITAL REGIONAL DO GAMA

11. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	19/02/2025	Elaboração do POP de Prevenção de Lesão por Pressão

Elaboração: Ana Karoliny Couto Nascimento – Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente Hudson de Jesus Ribeiro – Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente Márcia Cavalcante da Silva – Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente Maria Clara Borges Rangel – Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente	Data: 19/02/2025
Aprovação: Ruber Paulo de Oliveira Gomes – Diretor do Hospital Regional do Gama	Data: 28/02/2025