

PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO

SECRETARIA DA SAÚDE  UBERABA GOVERNO MUNICIPAL	PROTOCOLO	Código: PRO.NSP. 006 Pag.: 2/18	
		Data de emissão: 27/01/2025	
		Revisão: 00	Data rev.: 27/01/2027
PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO			

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	3
2. OBJETIVO.....	4
3. ABRANGÊNCIA.....	4
4. JUSTIFICATIVA.....	4
5. DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO.....	4
5.1 Classificação da lesão por pressão.....	5
5.2 Medidas preventivas de desenvolvimento de LP.....	9
5.3 Medidas preventivas para lesão por pressão conforme classificação de risco.....	14
6. CUIDADOS ESPECIAIS.....	14
6.1 Fatores predisponentes para LP.....	14
6.2 Orientações para registro no prontuário dos pacientes.....	16
7. DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, FLUXOGRAMAS E ANEXOS.....	17
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	18

SECRETARIA DA SAÚDE  UBERABA GOVERNO MUNICIPAL	PROTOCOLO	Código: PRO.NSP. 006 Pag.: 3/18	
		Data de emissão: 27/01/2025	
		Revisão: 00	Data rev.: 27/01/2027
PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO			

1. INTRODUÇÃO

Em abril de 2016, o National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), organização norte-americana, sem fins lucrativos, dedicada à prevenção e ao tratamento de lesões por pressão, anunciou a mudança na terminologia Úlcera por Pressão para Lesão por Pressão. Tal documento já foi traduzido e validado para o português por membros da Associação Brasileira de Estomatoterapia (SOBEST) e da Associação Brasileira de Enfermagem em Dermatologia (SOBENDE) (SOBEST, 2016).

A lesão por pressão (LP) é caracterizada como um dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente, sobre uma proeminência óssea ou relacionada ao uso de dispositivo médico ou de outro artefato. A lesão pode se apresentar em pele íntegra ou como úlcera aberta e pode ser dolorosa, cujo desenvolvimento é resultado da pressão intensa e/ou prolongada em combinação com o cisalhamento. A tolerância do tecido mole à pressão e ao cisalhamento pode também ser afetada pelo microclima, nutrição, perfusão e comorbidades (NPUAP, 2016).

Literatura recente destaca que a prevenção da LP requer a realização de atividades por todos os indivíduos que formam a equipe, numa abordagem interdisciplinar, para desenvolver e implementar o plano de cuidados. Para operacionalização dessa visão, tornam-se necessários: uma cultura organizacional que valorize a prevenção, estratégias que promovam o trabalho em equipe e a comunicação e indivíduos com "expertise" sobre a temática. Apesar da maioria das úlceras por pressão ser evitável, estima-se que aproximadamente 600 mil pacientes em hospitais dos EUA evoluam a óbito a cada ano em decorrência de complicações secundárias à UPP. O custo total estimado do tratamento de UPP nos EUA é de 11 bilhões de dólares por ano. A úlcera por pressão é uma lesão na pele e/ou tecido subjacente, decorrente da pressão e forças de tensão, cuja incidência no Brasil é dimensionada entre 19,1% a 39,8%. Estas ocorrem, independente dos ambientes de cuidado, sendo que as taxas internacionais de prevalência indicam variações entre 3,5% a 41,0% e incidência entre 10,2 e 26,7%. (RENE) Em relação à resolução das úlceras por pressão, temos que cerca de 50,0% se apresentam com comprometimento tecidual classificado em categoria II e 95,0% em categorias III e IV, que não cicatrizam em tempo inferior a oito semanas. Os pacientes, muitas vezes, necessitam de internação prolongada e intermitente, o que aumenta os custos, envolve maior tempo de assistência direta da equipe de saúde e elevação das taxas de infecção hospitalar. (RENE) No Hospital Regional a incidência de LPP no CTI foi de 40,53% no me de Maio de 2017, conforme dados da gerência de segurança assistencial de GR que monitora este indicador e informa à população hospitalar. Este protocolo foi desenvolvido no anseio de vários objetivos, dentre eles destacam-se: promover estratégias assistenciais para manutenção da integridade da pele; prevenir a ocorrência de lesão por pressão e outras lesões na pele; atender o protocolo de prevenção de lesão por pressão, respaldada pelo Ministério da Saúde/ANVISA

SECRETARIA DA SAÚDE  UBERABA GOVERNO MUNICIPAL	PROTOCOLO	Código: PRO.NSP. 006 Pag.: 4/18	
		Data de emissão: 27/01/2025	
		Revisão: 00	Data rev.: 27/01/2027
PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO			

2. OBJETIVO

Promover a prevenção da ocorrência de lesão por pressão (LP) e outras lesões da pele em conformidade com as normas preconizadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa e Ministério da Saúde.

3. ABRANGÊNCIA

Todos os usuários atendidos nos serviços de saúde da Diretoria de Atenção à Saúde, vínculos à Secretaria Municipal de Saúde, bem como aqueles atendidos em domicílio.

4. JUSTIFICATIVA

As lesões por pressão (LP) acometem pacientes internados ou em cuidados domiciliares, acamados e/ou com restrição de movimentos. É uma das consequências mais comuns das internações de longa permanência, e, também, um indicador negativo de qualidade do serviço prestado, sendo um dos principais eventos adversos observados.

Além do desconforto para os pacientes, as LPs geram um aumento do custo financeiro do tratamento, ao prolongar o período de internação hospitalar pela necessidade de insumos específicos, como curativos, coberturas, soluções e até mesmo cirurgias.

A LP causa repercussões físicas e emocionais ao paciente, uma vez que são fonte de dor, desconforto e sofrimento. Aumentam o risco de desenvolvimento de outras complicações e influenciam na morbidade e na mortalidade do paciente constituindo, assim, um sério problema de saúde, pois podem trazer várias implicações na vida dos familiares e da instituição em que se encontra o paciente.

As LPs desenvolvem-se num período de 24 horas até cinco dias, o que exige dos profissionais de saúde estarem familiarizados com os principais fatores de risco, intrínsecos e extrínsecos, para a formação da LP e instituir o mais rápido, estratégias de prevenção.

Frente a relevância do tema, justifica-se este protocolo pela necessidade de prevenir a LP, por meio da aplicação de ferramentas que permitam identificar precocemente as circunstâncias ou ações que influenciam ou poderiam desencadear a formação deste incidente, e desta forma planejar a assistência ao paciente conforme a sua necessidade e, assim, o profissional de saúde terá subsídios para definir estratégias adequadas para prevenir a sua ocorrência, tornando a assistência segura e livre de danos.

5. DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO

A avaliação do risco de LP deve ser realizada no momento da admissão do paciente no serviço de saúde e sempre que necessário, principalmente, nas visitas domiciliares para os pacientes acamados e que possuem fatores de risco por meio da Escala de Braden. Na admissão deve-se também avaliar a pele do

SECRETARIA DA SAÚDE  UBERABA GOVERNO MUNICIPAL	PROTOCOLO	Código: PRO.NSP. 006 Pag.: 5/18	
		Data de emissão: 27/01/2025	
		Revisão: 00	Data rev.: 27/01/2027
PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO			

paciente em busca de LP e/ou lesões de pele já existentes, no sentido céfalo-caudal, com enfoque nas áreas com maior risco de LP, como as proeminências ósseas, assim como, os fatores que podem contribuir para o surgimento de lesões de pele.

A avaliação de risco deve contemplar fatores como, mobilidade, incontinência, déficit sensitivo e estado nutricional, incluindo a desidratação.

A Escala de Braden (EB) 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 06 variáveis para avaliação em 06 subescalas: percepção/sensorial, umidade, atividade, mobilidade, nutrição, fricção/cisalhamento. Cada subescala é pontuada de 1 a 4, exceto a variável fricção/cisalhamento, cuja medida varia de 01 a 03. 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).

A reavaliação de risco deve ser realizada em intervalos regulares e em qualquer alteração no estado clínico do paciente, permitindo assim, que os profissionais de saúde ajuste a estratégia de prevenção conforme as necessidades do paciente.

Os cuidadores e/ou familiares de usuários acamados devem ser orientados a avaliar, diariamente, a integridade da pele, da cabeça aos pés (cor, textura, umidade), principalmente, as áreas do corpo com maior risco de LP, como as proeminências ósseas (Ex.: cotovelo, calcaneares e região sacral).

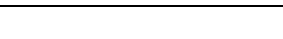
5.1 Classificação da lesão por pressão (LP)

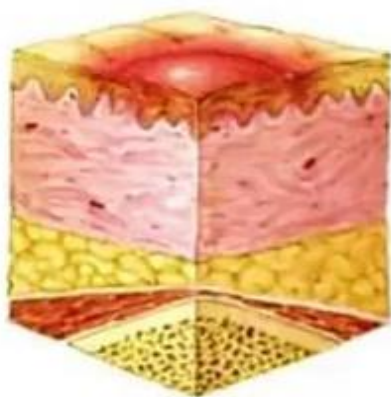
A LP pode ser classificada em:

a) Estágio I: Eritema não branqueável

Pele intacta, com rubor não branqueável, numa área localizada, normalmente, sobre uma proeminência óssea conforme imagem abaixo. O estágio I pode ser difícil de identificar em indivíduos com tons de pele escuros, visto que, nestes o branqueamento pode não ser visível, a sua cor, porém, pode ser diferente da pele ao redor.

A área pode estar dolorida, endurecida, mole, mais quente ou mais fria comparativamente ao tecido adjacente. Este estágio pode ser indicativo de pessoas “em risco.”

	PROTOCOLO	Código: PRO.NSP. 006	Pag.: 6/18
		Data de emissão: 27/01/2025	
		Revisão: 00	Data rev.: 27/01/2027
PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO			

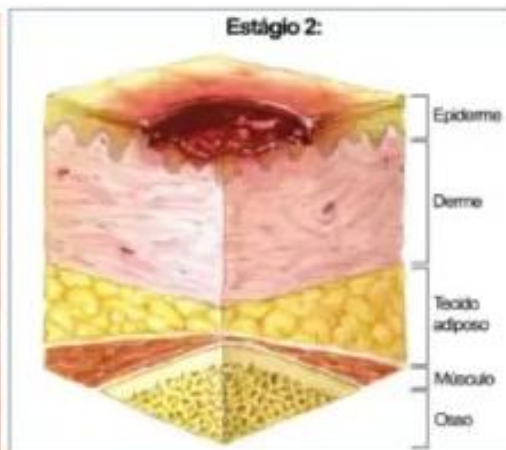


Fonte: NPIAP (2019, p. 198).

Figura 1 - Ilustração da camada da pele acometida por lesão de pele por pressão em estágio I (eritema não branqueável) e manifestação clínica em região sacral.

b) Estágio II: perda parcial da espessura da pele

Perda parcial da espessura da derme, que se apresenta como uma ferida superficial (rasa) com leito vermelho (rosa sem esfacelo) conforme imagem abaixo. Pode também se apresentar como flictena fechada ou aberta, preenchida por líquido seroso ou sero-hemático. Apresenta-se ainda, como uma úlcera brilhante ou seca, sem crosta ou equimose.



Fonte: NPIAP (2019, p. 198).

Figura 2 - Ilustração da camada da pele acometida por lesão de pele por pressão em estágio II (perda parcial da estrutura da pele - epiderme) e manifestação clínica em região sacral.

	PROTOCOLO	Código: PRO.NSP. 006	Pag.: 7/18
		Data de emissão: 27/01/2025	
		Revisão: 00	Data rev.: 27/01/2027

PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO

c) Estágio III: Perda total da espessura da pele

Perda total da espessura tecidual. Neste caso, o tecido adiposo subcutâneo pode ser visível, mas não estão expostos os ossos, tendões ou músculos conforme imagem abaixo. Pode estar presente algum tecido desvitalizado (fibrina úmida), mas este não oculta a profundidade da perda tecidual. Pode incluir lesão cavitária e encapsulamento. A profundidade de uma úlcera de estágio III varia de acordo com a localização anatômica.



Fonte: NPIAP (2019, p. 198)

Figura 3 - Ilustração da camada da pele acometida por lesão de pele por pressão em estágio III (perda total da espessura da pele - epiderme e derme) e manifestação clínica em região sacral.

d) Estágio IV: Perda total da espessura dos tecidos

Perda total da espessura dos tecidos com exposição dos ossos, tendões ou músculos conforme imagem abaixo. Neste caso, o tecido desvitalizado (fibrina úmida) e/ou tecido necrótico podem estar presentes. A profundidade de uma úlcera por pressão de estágio IV varia com a localização anatômica. Frequentemente são cavitadas e fistulizadas. A osteomielite e a osteíte são prováveis de acontecer.



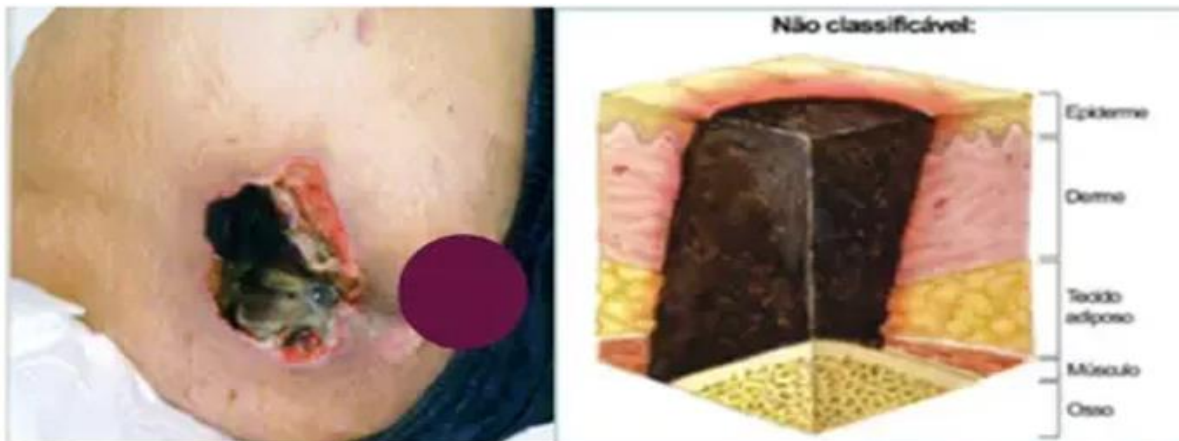
Fonte: NPIAP (2019, p. 198)

Figura 4 - Ilustração da camada da pele acometida por lesão de pele por pressão em estágio IV (perda total da espessura dos tecidos - epiderme, derme, hipoderme) e manifestação clínica em região sacral.

	PROTOCOLO	Código: PRO.NSP. 006		Pag.: 8/18
		Data de emissão: 27/01/2025		
		Revisão: 00	Data rev.: 27/01/2027	
PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO				

e) Lesão por pressão não estadiável

Perda total da espessura da pele ou dos tecidos, na qual a profundidade atual da lesão está bloqueada pela presença de tecido necrótico (amarelo, acastanhado, cinzento, verde ou castanho) e/ou escara (tecido necrótico amarelo escuro, castanho ou preto) no leito da ferida conforme imagem abaixo.



Fonte: NPIAP (2019, p. 198)

Figura 5 - Ilustração da camada da pele acometida por lesão de pele por pressão não estadiável e manifestação clínica em região sacral.

Observação: Uma escara estável (seca, aderente, intacta e sem eritema ou flutuação) conforme imagem abaixo nos calcâneos serve como curativo biológico natural e não deve ser removida.



Fonte: NPIAP (2019, p. 198)

Figura 6 - Calcâneo com desenvolvimento de escara estável.

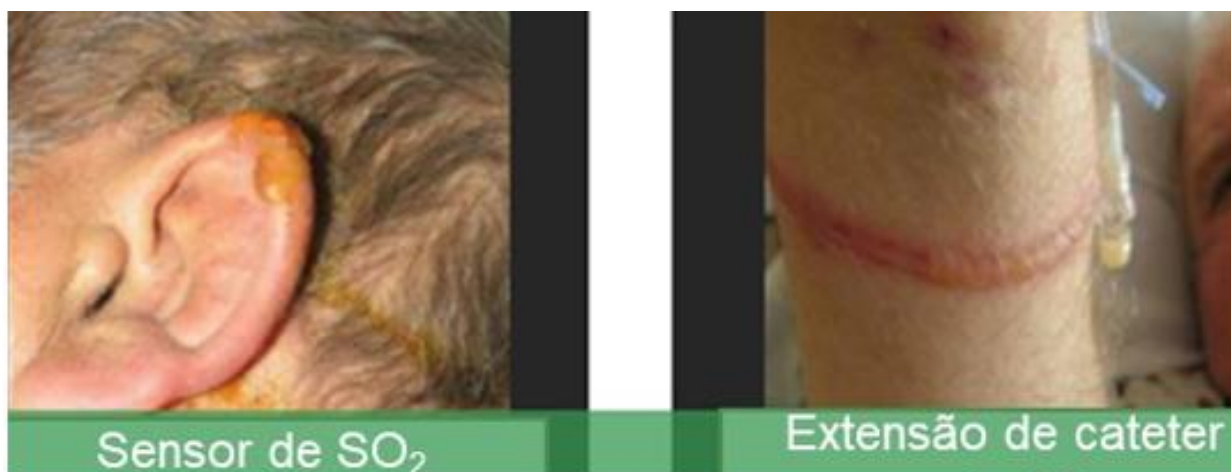
SECRETARIA DA SAÚDE  UBERABA GOVERNO MUNICIPAL	PROTOCOLO	Código: PRO.NSP. 006 Pag.: 9/18	
		Data de emissão: 27/01/2025	
		Revisão: 00	Data rev.: 27/01/2027
PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO			

f) Lesão tissular profunda

Pele intacta ou não intacta com área vermelho-escura persistente não branqueável, descoloração marrom ou roxa ou separação da epiderme revelando um leito da lesão escuro ou com flictena de sangue. Presente dor e alteração de temperatura local.

g) Lesão por pressão relacionada a dispositivo médico

Resulta do uso de dispositivos criados e aplicados para fins diagnósticos e terapêuticos. A LP resultante geralmente apresenta o padrão ou forma do dispositivo conforme imagens abaixo.



Fonte: <http://eerp.usp.br/feridascrônicas/recursoeducacionalp32.html>. Acesso em 30/09/2024.

Figura 7 - Lesões de pele relacionadas ao uso de dispositivos médicos.

5.2 Medidas preventivas de desenvolvimento de LP

A incidência de LP aumenta, proporcionalmente, à combinação de fatores de riscos, dentre eles, idade avançada e restrição ao leito. A manutenção da integridade da pele dos pacientes acamados 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, possuem validade tanto para a prevenção de LP como para quaisquer outras lesões da pele.

A LP pode ser evitada com o conhecimento dos fatores associados ao seu processo de formação e avaliação diária da pele. Sendo assim, as principais medidas preventivas para o desenvolvimento de LP são:

SECRETARIA DA SAÚDE  UBERABA GOVERNO MUNICIPAL	PROTOCOLO	Código: PRO.NSP. 006 Pag.: 10/18	
		Data de emissão: 27/01/2025	
		Revisão: 00	Data rev.: 27/01/2027
PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO			

a) Manejo da umidade: manutenção do paciente seco e com a pele hidratada

A pele úmida é mais vulnerável e propícia ao desenvolvimento de lesões cutâneas. A pele deve ser limpa, sempre que apresentar sujidade e em intervalos regulares. Deve-se minimizar a exposição cutânea à umidade decorrente de incontinência, transpiração ou exsudato de feridas. Se estas fontes de umidade não puderem ser controladas, recomenda-se, a utilização de fraldas e absorventes. O tratamento da pele ressecada com hidratantes tem se mostrado, especialmente, efetivo na prevenção de LP. Desta forma, as principais medidas preventivas para higiene, hidratação e manejo da umidade da pele são:

- Limpar a pele sempre que estiver suja ou sempre que necessário com água morna e sabão neutro para reduzir a irritação e o ressecamento;
- Utilizar hidratantes, principalmente, após o banho, ao menos 1 vez/dia, pois a pele seca é um fator de risco a mais no desenvolvimento de LP;
- Durante a hidratação da pele realizar movimentos suaves e circulares. A massagem está contraindicada na presença de inflamação aguda, áreas com a possibilidade de ter vasos sanguíneos danificados ou pele frágil, assim como, em áreas de proeminências ósseas ou hiperemiadas.

Os cuidadores e/ou familiares também devem ser orientados quanto às medidas para controle da umidade da pele como:

- Trocar fraldas cada vez que o paciente urinar e evacuar, evitando que a pele fique molhada;
- Manter a pele limpa, seca e hidratada;
- Realizar o banho diário com água morna e sabonete neutro (lavar e secar a pele sem esfregar);
- Aplicar creme hidratante por toda superfície corporal;
- Não usar soluções alcoólicas ou colônias.

b) Otimização da nutrição e da hidratação

Pacientes com déficit nutricional ou desidratação podem apresentar perda de massa muscular e de peso, tornando as proeminências ósseas mais evidentes e a deambulação mais difícil, o que é acompanhado por edema e menor fluxo sanguíneo cutâneo, geralmente, resultando em lesões isquêmicas que contribuem para as lesões na pele.

Pacientes mal-nutridos tem probabilidade duas vezes maior de lesões cutâneas. Líquidos, proteínas e ingestão calórica são importantes aspectos para a manutenção de um estado nutricional adequado. Suplementos nutricionais podem ser necessários caso a ingestão não seja suficiente.

É recomendado que o Nutricionista seja consultado nos casos de pacientes com desnutrição, no qual o acompanhamento nutricional, se faz obrigatório e pode requerer a suplementação nutricional com alto teor proteico, além da dieta habitual, aos indivíduos em risco nutricional e de desenvolvimento de LP, bem como instituir as medidas específicas nutricionais para a prevenção de lesões de pele.

SECRETARIA DA SAÚDE  UBERABA GOVERNO MUNICIPAL	PROTOCOLO	Código: PRO.NSP. 006 Pag.: 11/18	
		Data de emissão: 27/01/2025	
		Revisão: 00	Data rev.: 27/01/2027
PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO			

No domicílio, os cuidadores e/ou familiares devem estimular a ingestão de alimentos (naturais e frescos) e líquidos (1,5 a 2 litros de líquidos ao dia) de acordo com as recomendações nutricionais para cada indivíduo, assim como, garantir a ingestão de proteínas.

c) Minimizar a pressão

A redistribuição da pressão, especialmente, sobre as proeminências ósseas é a preocupação principal. Pacientes com mobilidade limitada apresentam risco maior de desenvolvimento de LP. Todos os esforços devem ser feitos para redistribuir a pressão sobre a pele, seja pelo reposicionamento a cada 02 horas ou pela utilização de superfícies de redistribuição. O objetivo do reposicionamento a cada 2 horas é redistribuir a pressão e, conseqüentemente, manter a circulação nas áreas do corpo com risco de desenvolvimento de LP.

O reposicionamento de pacientes de risco alterna ou alivia a pressão sobre áreas suscetíveis, reduzindo o risco de desenvolvimento de lesão. Travesseiros e coxins podem ser utilizados para auxiliar a redistribuição da pressão. Geralmente a pele de pacientes com risco para LP rompe-se facilmente durante o reposicionamento, portanto, deve-se tomar cuidado com a fricção durante este procedimento.

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. 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 lesão.

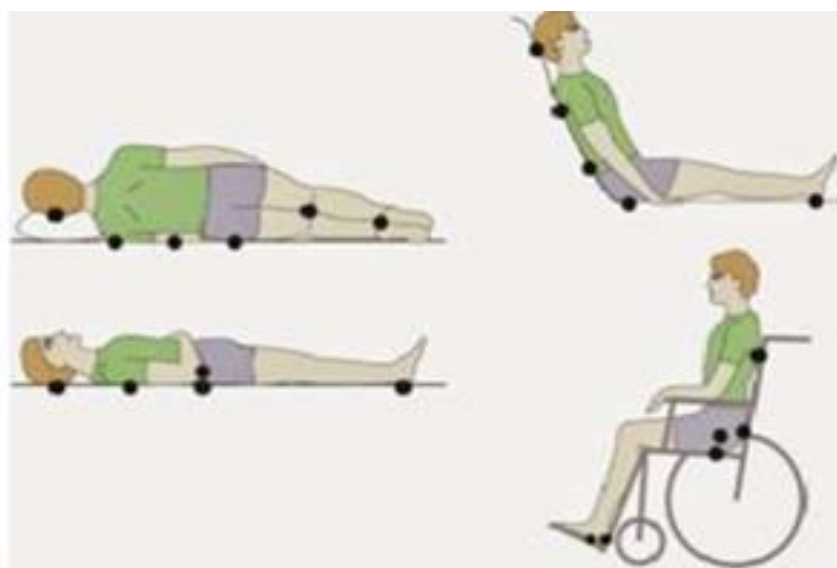
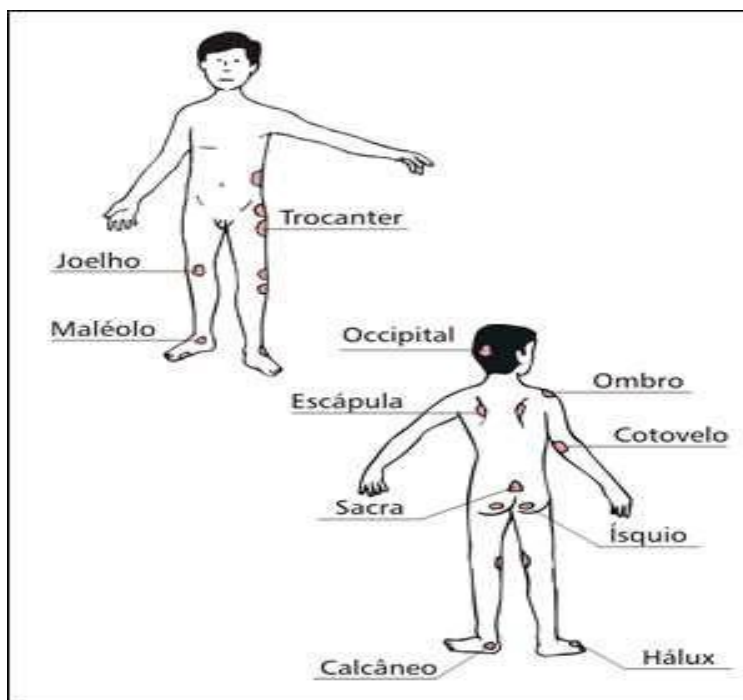
As principais medidas para minimizar a pressão em pacientes acamados são:

- Estar atento ao correto posicionamento do corpo, nas diferentes posições e decúbitos, evitando minimizar a pressão sobre as áreas com maior risco de desenvolvimento de LP conforme imagem abaixo;
- Mudar a posição de 2 em 2 horas, empregando o uso de travesseiros, almofadas e rolos para manter o posicionamento e redistribuir a pressão do corpo nas proeminências ósseas;
- Evitar exposição à umidade, observar as alterações de umidade e temperatura entre a pele e o colchão;
- Não arrastar a pessoa para baixo ou para cima sem as medidas protetivas, devido a fricção e o cisalhamento;
- Usar forro móvel de elevação para movimentação do paciente;
- Evitar elevar a cabeceira mais de 30°;
- Providenciar colchões especiais ou colchonetes para pacientes de risco, tipo caixa de ovo para os de baixo risco e pneumáticos para os de maior risco;
- Não usar almofadas com furos centrais pois predis põem à isquemia ou falta de circulação de sangue;
- Evitar posicionar o paciente diretamente, sobre proeminências ósseas com hiperemia, assim como, cateteres, tubos e drenos quando em uso;
- Usar inclinação de 30° em semi-fowler e laterais, alternadamente lado direito, dorsal e lado esquerdo sempre que o paciente tolerar e a sua condição clínica permitir conforme imagem abaixo;
- Utilizar dispositivos de suspensão dos calcâneos que os elevem completamente e distribua o peso da

PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO

perna por toda a parte posterior, sem colocar pressão sobre o tendão de Aquiles, mantendo o joelho levemente fletido;

- Se o paciente não pode ser mobilizado ou está com a cabeceira elevada acima de 30°, deve-se colocar uma espuma de poliuretano sobre a região sacral;
- Evitar posicionar o paciente, diretamente, sobre o seu trocânter.



Fontes: www.geriderme.blogspot.com e www.luizamarques2015.blogspot.com.br.

Figura 8 - Pontos de risco para o desenvolvimento de LP.

PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO



Fonte: www.geriderme.blogspot.com.

Figura 9 - Paciente em decúbito dorsal, posição semi fowler, cabeceira elevada a 30°, joelhos levemente flexionados e com dispositivo acolchoado sob a panturrilha.



Fonte: geriderme.blogspot.com

Figura 10 - Paciente posicionado em decúbito lateral com utilização de acolchoados em áreas de maior pressão.

SECRETARIA DA SAÚDE  UBERABA GOVERNO MUNICIPAL	PROTOCOLO	Código: PRO.NSP. 006 Pag.: 14/18	
		Data de emissão: 27/01/2025	
		Revisão: 00	Data rev.: 27/01/2027
PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO			

5.3 Medidas preventivas para lesão por pressão conforme classificação de risco

Os fatores de risco identificados na fase de avaliação fornecem informações para o desenvolvimento do plano de cuidados. Segue as recomendações das medidas preventivas conforme a classificação do risco pela Escala de Braden:

a) Risco baixo (15 a 18 pontos):

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

b) Risco moderado (13 a 14 pontos):

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

c) Risco alto (10 a 12 pontos):

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

d) Risco muito alto (≤ 9 pontos):

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

6. CUIDADOS ESPECIAIS

6.1 Fatores predisponentes para LP

Os fatores predisponentes para o desenvolvimento de LP podem ser classificados em extrínsecos, como e intrínsecos.

SECRETARIA DA SAÚDE  UBERABA GOVERNO MUNICIPAL	PROTOCOLO	Código: PRO.NSP. 006 Pag.: 15/18	
		Data de emissão: 27/01/2025	
		Revisão: 00	Data rev.: 27/01/2027
PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO			

a) Extrínsecos:

- Pressão contínua: quando em área de lesão ou proeminência óssea ocorre pressão excessiva ou contínua, a irrigação sanguínea torna-se prejudicada, dificultando a irrigação no local da lesão.
- Cisalhamento: tração exercida na pele durante a mobilização ou reposicionamento do indivíduo na cadeira ou no leito.
- Fricção: movimento da pele contra uma superfície de apoio, geralmente, o leito. Consiste em um dano irreparável, prejudicando a integridade cutânea.
- Umidade: transpiração e exsudação excessivas podem levar a maceração da pele com ruptura e infecção.

b) Intrínsecos:

- Idade: a idade avançada acarreta alterações estruturais, metabólicas e funcionais de tecidos e células, o que compromete a elasticidade e a hidratação, diminuindo a resistência dos tecidos.
- Doenças crônicas degenerativas: são aquelas que afetam o fluxo sanguíneo periférico e o sistema imunológico, acarretando no aparecimento de lesões.
- Condições nutricionais: a deficiência nutricional (vitaminas, proteínas e sais minerais) interfere no processo de cicatrização da LP e compromete a integridade de tecidos moles.
- Drogas sistêmicas: corticóides, agentes citotóxicos, entre outras inibem o processo de cicatrização.
- Mobilidade reduzida ou ausente: devido a patologias, o nível de consciência do paciente poderá ser afetado e, conseqüentemente, prejudicar a mobilidade.
- Temperatura: com a elevação da temperatura ocorre o aumento da demanda de oxigênio e aceleração do metabolismo. O risco de necrose nas LP é elevado na ocorrência de hipertermia.
- Tabagismo: diminui a oxigenação e os nutrientes, ocasionando à vasoconstrição que interfere no fluxo sanguíneo, o que leva ao risco de aparecimento de lesões.

SECRETARIA DA SAÚDE  UBERABA GOVERNO MUNICIPAL	PROTOCOLO	Código: PRO.NSP. 006	Pag.: 16/18
		Data de emissão: 27/01/2025	
		Revisão: 00	Data rev.: 27/01/2027
PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO			

6.2 Orientações para registro no prontuário dos pacientes

A avaliação do paciente na admissão no serviço de saúde e nas visitas domiciliares deve ser registrada no PEC do paciente, assim como, os fatores de risco identificados.

No caso do paciente desenvolver a LP, realizar as medidas de tratamento conforme classificação do estágio da lesão, as informações de ocorrência de LP e as condutas adotadas. Também é importante registrar as orientações prestadas ao paciente e cuidadores/familiares quanto às medidas preventivas para evitar o agravamento da lesão.

Se necessário, discutir com a equipe multiprofissional, em especial, com a Nutricionista, medidas que contribuem para a prevenção e/ou evolução da LP, bem como os sinais de desnutrição, de desidratação, presença de edemas, perda de peso e baixa aceitação alimentar para adoção de medidas nutricionais adequadas.

7. DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, FLUXOGRAMAS E ANEXOS

Anexo 1 - Escala de Braden (Fatores de risco para LP) versão resumida.

PONTOS	1	2	3	4
PERCEPÇÃO	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
MOBILIDADE	Totalmente imóvel	Bastante limitado	Levemente limitado	Não apresenta limitação
NUTRIÇÃO	Muito pobre	Provavelmente inadequada	Adequada	Excelente
FRICÇÃO E CISCALHAMENTO	Problema	Problema potencialmente	Nenhum problema	—
Risco Muito Alto: 06 a 09 pontos				
Risco Alto: 10 a 12 pontos				
Risco Moderado: 13 a 14 pontos				
Risco Leve: 15 a 18 pontos				

Fonte: Paranhos (1999).

	PROTOCOLO		Código: PRO.NSP. 006	Pag.: 17/18
			Data de emissão: 27/01/2025	
			Revisão: 00	Data rev.: 27/01/2027

PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO

Anexo 2 - Escala de Braden completa.

Percepção sensorial: Capacidade de reagir significativamente à pressão relacionada ao desconforto	1- Totalmente limitado: Não reage (não geme, não se segura a nada, não se esquivar) a estímulo doloroso, 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 estímulo doloroso. 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 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
Umidade: Nível ao qual a pele é exposta à umidade	1- Completamente molhada: A pele é mantida molhada quase constantemente por transpiração, urina, etc.... A umidade é detectada às movimentações do paciente.	2- Muito molhada: A pele está frequentemente, mas nem sempre molhada. A roupa de cama deve ser trocada pelo menos uma vez por turno	3- Ocasionalmente molhada: A pele fica ocasionalmente molhada requerendo uma troca extra de roupa de cama por dia	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 à 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 frequentemente: 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 extremidades sem ajuda	2. Bastante Limitado: Faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou extremidades mas é incapaz de fazer mudanças frequentes ou significantes sozinho.	3. Levemente Limitado: Faz frequentes, embora pequenas mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda	4. Não apresenta limitações: Faz importantes e frequentes 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. Come 2 porções ou menos de proteína (carne ou laticínios) por dia. Ingerir pouco líquido. Não aceita suplemento alimentar líquido. Ou é mantido em jejum e/ou mantido em dieta líquida ou IV por mais de 5 dias	2. Provavelmente inadequado: Raramente come uma refeição completa e geralmente come cerca da metade do alimento oferecido. A 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	3. Adequado: Come mais da metade da maioria das refeições. Come um total de 4 porções de alimento rico em proteína (carne ou laticínio) 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	4. Excelente: Come a maior parte de cada refeição. Nunca recusa uma refeição. Geralmente ingere um total de 4 ou mais porções de carne ou laticínios. Ocasionalmente come entre as refeições. Não requer suplemento alimentar
Fricção e cisalhamento	1. Problema: Requer assistência moderada a máxima para se mover. É impossível levanta-lo ou erguê-lo completamente sem que haja atrito com o lençol. Frequentemente escorrega na cama ou cadeira, necessitando frequentes ajustes de posição com máximo de assistência. Espasticidade, contratura ou agitação leva a quase constantes fricção	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 outros. Na maior parte do tempo mantém posição relativamente boa na cama ou cadeira mas ocasionalmente escorrega, fricção	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 cama ou na cadeira	

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Anexo 02: Protocolo para prevenção de úlcera por pressão: Ministério da Saúde/Anvisa/ Fiocruz 09/07/2013.

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

SECRETARIA DA SAÚDE  UBERABA GOVERNO MUNICIPAL	PROTOCOLO	Código: PRO.NSP. 006 Pag.: 18/18	
		Data de emissão: 27/01/2025	
		Revisão: 00	Data rev.: 27/01/2027
PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO			

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).

Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. EBSEH. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Protocolo Prevenção e tratamento de lesão por pressão. Emissão: 03/09/2020, versão 02.

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - EERP. Feridas Crônicas. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo: Ribeirão Preto. [site]. Disponível em: http://eerp.usp.br/feridasronicas/diretriz_tratamento.html. Acesso em: 30/09/2024.

FECON. Protocolo de prevenção de lesão por pressão. Núcleo de Segurança do Paciente - NSP, 2023.

National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP). Pressure Ulcer Stages Revised. Washington, 2016.

SERPA, L. F, et al.. Validade preditiva da Escala de Braden para o risco de desenvolvimento de úlcera por pressão em pacientes críticos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [Internet]; v. 19; n. 1: [08 telas]; 2011.

Histórico de revisão:

Versão	Data	Descrição da alteração
00	27/01/2025	Elaboração do documento.