



## PROTOCOLO ASSISTENCIAL

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PROT.NQS.006 - Página 1/20	
Título do Documento	<b>PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO</b>	Emissão: 27/01/2025 Versão: 04	Próxima Revisão: 27/01/2026

### 1. INTRODUÇÃO

A lesão por pressão (LPP) em pacientes hospitalizados é um grande problema de saúde. Pode acarretar desconforto físico ao paciente, aumento dos custos do tratamento, necessidade de cuidados intensivos de enfermagem, internação hospitalar prolongada, aumento do risco para complicações adicionais, necessidade de cirurgia corretiva e aumento da taxa de mortalidade. Todos os profissionais de saúde são responsáveis pela prevenção e devem estar familiarizados com os principais fatores de risco, para a formação da LPP e instituir o mais rápido às estratégias de prevenção.

### 2. OBJETIVOS

- Identificar e classificar os pacientes com risco para desenvolver LPP;
- Implementar medidas para prevenção de LPP;
- Reduzir a incidência de LPP nas unidades assistenciais do Instituto de Cardiologia;
- Avaliar a presença de LPP;
- Classificar de forma adequada a LPP;
- Adequar o acompanhamento e registros no prontuário do paciente.

### 3. ABRANGÊNCIA

Este protocolo é de cunho institucional e deverá ser aplicado em todas as unidades assistenciais e centro cirúrgico do hospital.

### 4. AGENTES

Todos os profissionais da equipe multiprofissional, médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas e nutricionistas.

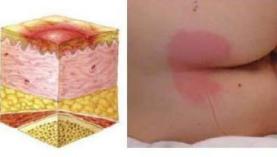
### 5. DEFINIÇÕES

#### 5.1. 5.1. Lesão por Pressão

É um dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionada ao uso de dispositivo médico ou a outro artefato. A lesão pode se apresentar em pele íntegra ou como úlcera aberta e pode ser dolorosa.

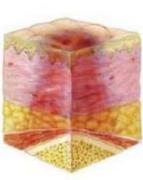
## PROTOCOLO ASSISTENCIAL

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PROT.NQS.006 - Página 2/20	
Título do Documento	<b>PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO</b>	Emissão: 27/01/2025 Versão: 04	Próxima Revisão: 27/01/2026

<b>Lesão por Pressão Estágio 1:</b>  Pele íntegra com eritema que não embranquece	 Figura 1. Lesão por pressão estágio 1
<b>Lesão por Pressão Estágio 2:</b>  Perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme	 Figura 2. Lesão por pressão estágio 2
<b>Lesão por Pressão Estágio 3:</b>  Perda da pele em sua espessura total	 Figura 3. Lesão por pressão estágio 3
<b>Lesão por pressão Estágio 4:</b>  Perda da pele em sua espessura total e perda tissular	 Figura 4. Lesão por pressão estágio 4
<b>Lesão por Pressão Não Classificável:</b>  Perda da pele em sua espessura total e perda tissular não visível	 Figura 5. Lesão por pressão não classificável

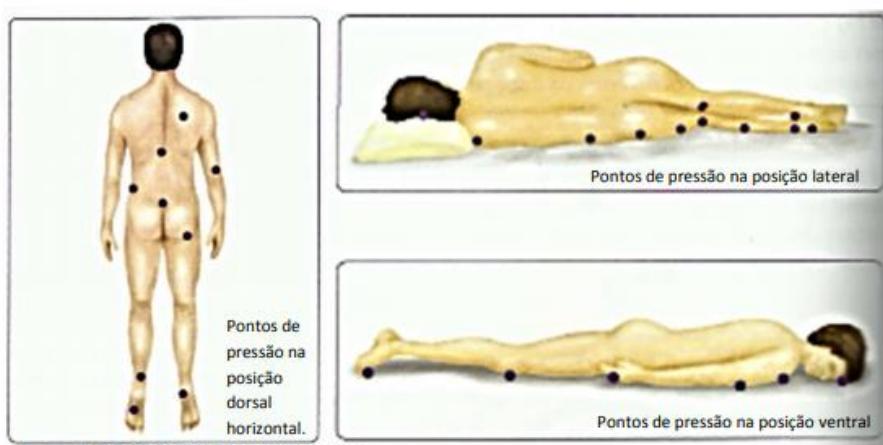
## PROTOCOLO ASSISTENCIAL

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PROT.NQS.006 - Página 3/20	
Título do Documento	<b>PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO</b>	Emissão: 27/01/2025 Versão: 04	Próxima Revisão: 27/01/2026

<b>Lesão por Pressão Tissular Profunda:</b>  Descoloração vermelho escura, marrom ou púrpura, persistente e que não embranquece	 
<b>Lesão por Pressão Relacionada a Dispositivo Médico</b>  Resulta do uso de dispositivos criados e aplicados para fins diagnósticos	

### 6. PRINCIPAIS PONTOS DE APOIO

Figura 8. Principais pontos de apoio



Fonte: BORGES E DOMANSKY, 2014.

As Unidades de Terapia Intensiva (UTI) apresentam pacientes com características peculiares em decorrência de sua gravidade clínica, instabilidade hemodinâmica dos sistemas orgânicos. Essas condições requerem mecanismos de suporte à vida como o uso de ventilação mecânica, sedação contínua, drogas vasoativas, monitorizações e diversos tipos de dispositivos como cateteres, drenos

## PROTOCOLO ASSISTENCIAL

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PROT.NQS.006 - Página 4/20	
Título do Documento	<b>PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO</b>	Emissão: 27/01/2025 Versão: 04	Próxima Revisão: 27/01/2026

e sondas. Por isso, os pacientes estão mais expostos e vulneráveis a alterações no processo de manutenção da integridade da pele, favorecendo o desenvolvimento de Lesão por Pressão (LPP).

### **7. IDENTIFICAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DOS PACIENTES COM RISCO PARA DESENVOLVER LPP ADULTOS E PEDIATRICOS**

Todos os pacientes, adultos e pediátricos que internarem na Instituição deverão ser avaliados quanto ao risco de desenvolver LPP, para isso deverá ser aplicada a Escala de Braden (ANEXO 1) e Braden Q (ANEXO 2). A identificação e classificação dos pacientes quanto ao risco para LPP será obtida pela aplicação da escala de Braden (a partir de 12 anos) e Braden Q (crianças de 29 dias até 11 anos e 11 meses), mediante os escores:

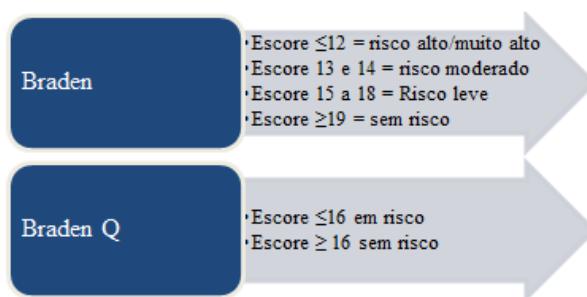


Figura 9. Escore escala de Braden e Braden Q

Pacientes adultos que apresentarem pontuação ≤14 deverá ser colocada uma pulseira verde no membro superior esquerdo como forma de sinalização. Pacientes pediátricos que apresentarem escore ≤ 16 também deverão ter uma pulseira de identificação verde sinalizando o risco em membro superior esquerdo, caso não seja possível devido ao tamanho do membro ou posição do cateter, deverá ser colocada à sinalização na frente da pasta dura do paciente para alertar a equipe multiprofissional.

#### **7.1. Avaliação do paciente no momento da internação com relação à presença de lesão**

No momento da internação do paciente o Enfermeiro deverá avaliar quanto à existência de lesão ou não. **Caso o paciente tenha lesão deverá ser registrado em Evolução e realizar o preenchimento da Ficha de Notificação - Notificação de Incidentes, disponível na intranet.**

Durante a admissão o enfermeiro deve examinar a pele do paciente cuidadosamente para identificar alterações da integridade cutânea e lesões por pressão existentes.



## PROTOCOLO ASSISTENCIAL

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PROT.NQS.006 - Página 5/20	
Título do Documento	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO	Emissão: 27/01/2025 Versão: 04	Próxima Revisão: 27/01/2026

### 7.2. Avaliação do risco de desenvolver Lesão por Pressão

A Escala de Braden e a Escala de Braden Q deverão ser aplicadas através do sistema MV no momento da internação do paciente, e ser reaplicada **diariamente nas Unidades Fechadas e nas Unidades Abertas 03 (três) vezes por semana (segunda, quarta e sexta)**. O enfermeiro do turno em que o paciente internou é responsável pela aplicação da escala no momento da internação, após seguir escala de divisão de leitos por turno, já estabelecida previamente.

A Escala de Braden e a escala de Braden Q são parâmetros que devem ser utilizados em associação à avaliação clínica do enfermeiro. Assim, qualquer que seja o escore alcançado na escala, à avaliação clínica deverá ser soberana perante a existência de fatores de risco para LPP e de comorbidades inerentes ao desenvolvimento desta lesão cutânea. Portanto, um plano de cuidados específicos para prevenção de alterações cutâneas deverá ser implementado. O escore deverá ser registrado em evolução de enfermagem.

A avaliação e a prescrição de cuidados com a pele são atribuições do enfermeiro, sendo que a participação da equipe multiprofissional na prevenção das alterações é fundamental no planejamento dos cuidados com o paciente em risco. Poderão ser necessários ajustes nutricionais, intervenções para auxiliar a mobilização ou mobilidade dos pacientes, entre outras medidas. Os pacientes podem apresentar deterioração da integridade da pele em questão de horas. Em virtude da rápida mudança de fatores de risco em pacientes agudamente enfermos, a inspeção diária da pele é fundamental. A equipe de enfermagem deve dar atenção especial às áreas de alto risco para desenvolvimento de LPP, e o **enfermeiro deverá registrar diariamente em evolução a avaliação do dorso do paciente**.

### 7.3. Aplicação das Escalas no Sistema MV (passo a passo para avaliação)

- 1º - Abrir a tela de prescrição (inicial) - **NÃO ABRIR PRESCRIÇÃO ainda;**
- 2º - Abrir aba de avaliação;
- 3º - Realizar a avaliação de Braden ou Braden Q;
- 4º - Abrir prescrição;
- 5º - Prescrever;
- 6º - Evoluir (colocar escore na evolução).

### 7.4. Registro da lesão no prontuário do paciente

O registro da LPP no prontuário do paciente é de fundamental importância para o seguimento do cuidado prestado em suas diversas etapas, o planejamento assistencial da equipe multiprofissional e a segurança do paciente. Devem ter uma linguagem objetiva e mensurável, sendo que as informações devem permitir acompanhar a evolução da ferida, **importante classificar**



## PROTOCOLO ASSISTENCIAL

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PROT.NQS.006 - Página 6/20	
Título do Documento	<b>PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO</b>	Emissão: 27/01/2025 Versão: 04	Próxima Revisão: 27/01/2026

**e colocar as medidas da lesão.** O registro da lesão deverá ser realizado diariamente no prontuário do paciente, ou todas às vezes que se fizerem necessárias, pelo enfermeiro em evolução, e pelo técnico de enfermagem na folha de sinas vitais. Deverá ser registrado a cada troca de curativo as características da LPP de forma que contenha a descrição dos procedimentos realizados durante o curativo (técnica de limpeza do curativo, coberturas utilizadas para leito da ferida, como a lesão foi ocluída).

### 8. MEDIDAS PREVENTIVAS

As estratégias de prevenção devem ser baseadas em um cuidado contínuo e adaptado às necessidades individuais de cada paciente. As principais medidas preventivas incluem:

- **Mudança de posição:** Pacientes acamados ou em cadeiras de rodas devem ser reposicionados regularmente. O intervalo recomendado é de 2 horas para pacientes acamados e 1 hora para pacientes em cadeiras de rodas.
- **Uso de dispositivos de alívio de pressão:** Uso de colchões especiais, almofadas de ar ou espuma, e outros dispositivos adequados que distribuam melhor a pressão.
- **Higiene e cuidados com a pele:** Manter a pele limpa e seca é fundamental. Evitar o uso excessivo de produtos agressivos e garantir hidratação adequada da pele.
- **Nutrição adequada:** Monitorar e promover uma alimentação rica em proteínas, vitaminas e minerais para garantir a manutenção da integridade da pele.
- **Educação da equipe de saúde:** Capacitar a equipe sobre as melhores práticas e a importância da prevenção das LPP.



## PROTOCOLO ASSISTENCIAL

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PROT.NQS.006 - Página 7/20	
Título do Documento	<b>PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO</b>	Emissão: 27/01/2025 Versão: 04	Próxima Revisão: 27/01/2026

### 8.1. Prescrição de medidas preventivas

Para pacientes adultos que apresentarem pontuação  $\geq 14$  e pacientes pediátricos que apresentarem escore  $\leq 16$  além da identificação com a pulseira verde, os seguintes itens deverão estar prescritos pelo enfermeiro:

- **RISCO DE LESÃO POR PRESSÃO:** o item deverá permanecer na prescrição do paciente enquanto o mesmo seguir apresentando, é fundamental a revisão de prescrição a cada reaplicação da escala de Braden/ Braden Q;
- Manter colchão piramidal;
- Realizar reposicionamento/mudança de decúbito do paciente de 2/2h - a prescrição desse item implica no cuidado de realizar a mudança de decúbito espontaneamente ou à cada 2h na ausência de contra-indicações relacionadas à condição geral do paciente;
- Aliviar pontos de pressão em proeminências ósseas: a prescrição deste item implica no cuidado de executar a técnica de alívio de pressão a cada 2 (duas) horas, de tal forma que a pressão seja aliviada ou redistribuída para aqueles pacientes que não toleram a mudança de decúbito;
- Manter roupas de cama limpas, secas e esticadas;
- Manter períneo limpo e seco;
- Manter a pele do paciente hidratada;
- Aplicar AGE (5ml) em pontos de apoio 3 vezes ao dia;
- Avaliar a necessidade de colchão dinâmico de ar nas unidades intensivas.

Além dos itens que deverão constar na prescrição de enfermagem, o enfermeiro deverá solicitar à equipe médica que faça a prescrição de FILME TRANSPARENTE para ser colocado nas proeminências ósseas. Este deverá estar checado o local que foi colocado a data, sendo a troca realizada a cada 5 dias ou se soltar da pele.

### 8.2. Cuidados Para Prevenção De Lesão Por Pressão

#### 8.2.1. MOVIMENTAÇÃO DO PACIENTE

- Usar o lençol para mover o paciente ao invés de arrastá-lo;
- Usar ajuda na transferência para evitar a fricção e a torção;
- Não arraste o paciente enquanto o reposiciona, levante!

## PROTOCOLO ASSISTENCIAL

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PROT.NQS.006 - Página 8/20	
Título do Documento	<b>PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO</b>	Emissão: 27/01/2025 Versão: 04	Próxima Revisão: 27/01/2026

### 8.2.2. CUIDADO COM O LEITO

- Manter lençóis sempre limpos, secos e bem esticados;
- Atentar para lençóis com dobras e com corpos estranhos, como restos alimentares; drenos, podem irritar a pele do paciente, favorecendo a formação das lesões por pressão;
- Manter a cabeceira elevada aos 30 graus.

### 8.2.3. POSICIONAMENTO ADEQUADO

Os dispositivos de proteção dos calcâneos devem elevá-los completamente (ausência de carga) de tal forma que o peso da perna seja distribuído ao longo da sua parte posterior sem colocar pressão sobre o tendão de aquiles. O joelho deve ficar em ligeira flexão. A hiperextensão do joelho pode causar obstrução da veia poplítea que pode predispor a uma trombose venosa profunda. Usar almofada debaixo das pernas.



Dispositivo de proteção de calcâneo

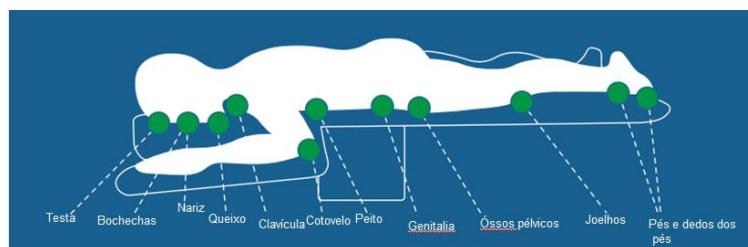


Uso de travesseiro no posicionamento do paciente



### 8.2.4. CUIDADOS PARA PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO EM PACIENTE PRONADO

Figura 15: Principais pontos de apoio em posição pronado





## PROTOCOLO ASSISTENCIAL

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PROT.NQS.006 - Página 9/20	
Título do Documento	<b>PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO</b>	Emissão: 27/01/2025 Versão: 04	Próxima Revisão: 27/01/2026

- **Cabeça**

- Controle de umidade: aspirar as secreções oral e nasal antes de realizar a prona no paciente;
- Certificar-se de que as fixações das sondas ou cateteres estejam limpas, secas e bem aderidas na pele;
- Usar uma almofada de espuma piramidal quando disponível;
- Atentar para o ângulo do rosto, e posicionamento do tubo endotraqueal (TOT) ;
- Com pronação manual, desloque a cabeça do paciente a cada 2 horas; reposicione a cabeça a cada 4 horas. Podendo ser ajustado conforme a necessidade do paciente;
- Cuide dos olhos para evitar abrasões da córnea. Aplicar lubrificante oftálmico. Tape as pálpebras fechadas horizontalmente;
- Certifique-se de que a língua está dentro da boca do paciente. Avalie a língua em busca de lesões.

- **Tronco**

- Coloque as derivações de ECG nas costas durante a pronação;
- Aplicar filme transparente profilático em pontos de pressão;
- Certifique-se de que linhas centrais, linhas arteriais e as cânulas são fixadas (por exemplo, suturadas);
- Esvaziar bolsas de ileostomia / colostomia e acolchoe o local do estoma;
- Se estiver recebendo alimentação enteral, desligue alimentação 1 hora antes da posição prona;
- Certifique-se de que todos dispositivos os estejam bem fixados e protegidos.

- **Pernas**

- Aplicar filme transparente profilático nos pontos de pressão;
- Alinhe a sonda vesical de demora em direção ao pé da cama;
- Certifique-se de que não haja dispositivos sob as pernas.

- **Seios e genitálias**

- São tecidos particularmente sensíveis que devem ser protegidos.



## PROTOCOLO ASSISTENCIAL

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PROT.NQS.006 - Página 10/20	
Título do Documento	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO	Emissão: 27/01/2025 Versão: 04	Próxima Revisão: 27/01/2026



Residência Fisioterapia

### TROCAS DA POSIÇÃO DE NADADOR (HORÁRIOS E CHECAGEM)

Nome: \_\_\_\_\_  
Data de pronação: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Horário de pronação: \_\_\_\_\_

HORAS	0h	2h	4h	6h	8h	10h	12h	14h	16h	18h
LADO DA POSIÇÃO NADADOR	Direito	Esquerdo								
HORA DO TROCA										
CHECAGEM (pelo profissional)										

\* Dever ser realizado a troca da cervical, membros inferiores e membros superiores.

\* A troca da posição deve ser realizada a cada 2 horas, indispensavelmente, após deve ser checado pelo profissional que realizou.

O check list de acompanhamento das posições do paciente pronado está disponível:

Intranet – Porto Alegre – Enfermagem – Check List - Paciente Pronado.

## 9. IDENTIFICAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DOS PACIENTES COM RISCO PARA DESENVOLVER LPP EM CENTRO CIRÚRGICO

Pacientes cirúrgicos submetidos à anestesia por período prolongado geralmente apresentam risco aumentado de desenvolvimento de lesão por pressão, portanto, todos estes pacientes (no momento pré, intra e pós-operatório) devem receber avaliação de risco de pele. O posicionamento cirúrgico de maneira adequada é essencial para expor da melhor maneira o sítio a ser operado e, consequentemente, para que o procedimento cirúrgico possa ser bem-sucedido e realizado com o menor tempo e o menor risco de complicações.

Tanto no Bloco Cirúrgico quanto Centro Cirúrgico 2 (CC2) do Instituto de Cardiologia realizamos cirurgias de grande porte, como cirurgia de revascularização do miocárdio, com tempo de duração 4 a 6 horas e as cirurgias plásticas com duração em média 6 a 7 horas. Para a avaliação do risco de desenvolvimento de lesões decorrentes do posicionamento, vamos utilizar a **Escala de ELPO (Escala de Avaliação de Risco para o Desenvolvimento de Lesões Decorrentes do Posicionamento Cirúrgico do Paciente).**

### 9.1. Escala de ELPO

A ELPO considera os fatores de risco baseados nas melhores evidências disponíveis: tipo de posição cirúrgica, tipo de anestesia, tempo cirúrgico, tipo de superfície de suporte, posição dos membros, fatores relacionados ao paciente. O escore da ELPO varia de 7 a 35 pontos e quanto maior



## PROTOCOLO ASSISTENCIAL

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PROT.NQS.006 - Página 11/20	
Título do Documento	<b>PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO</b>	Emissão: 27/01/2025 Versão: 04	Próxima Revisão: 27/01/2026

o escore, maior o risco de o paciente desenvolver complicações decorrentes do posicionamento cirúrgico do paciente.

### 9.2. Orientações

- O enfermeiro responsável pelo centro cirúrgico deverá aplicar a escala ELPO no momento da chegada do paciente em sala cirúrgica ou na admissão na sala de preparo;
- Considerar informações prévias, fornecidas pelo enfermeiro da unidade de origem do paciente, no que diz respeito a risco de LPP ou lesões prévias;
- Inspecionar a pele do paciente antes do início do procedimento, e ao final, verificando as condições da mesma;
- Cuidado com tampas e proteções de dispositivos utilizados para o preparo do paciente, descartando-as imediatamente, para não ocorrer risco de permanecerem sob o paciente, podendo gerar lesões;
- Atenção para a posição dos eletrodos na monitorização, cuidando para que os mesmos não fiquem pressionados sob o paciente;
- Ao posicionar o paciente, principalmente no momento do preparo da pele, atentar para o risco de umidade, protegendo com campos, evitando o excesso de líquidos.

### 9.3. Pacientes com escore ≥ 20 Pontos

Pacientes com escore ≥ 20 pontos ou mais, são os de maior risco para desenvolver lesões, necessitando maior cuidado no posicionamento. O registro deverá ser feito no prontuário do paciente, em evolução. Para os pacientes de maior risco, atentar para:

- Situação da mesa cirúrgica, considerando distribuição de peso adequada;
- Adequadas formas de fixação de membros superiores e inferiores, e tronco, quando necessário;
- Utilização de dispositivos de proteção/suporte, preferencialmente compostos por gel ou polímero de visco elástico.

Pacientes que apresentarem escore ≥ 20 pontos e/ou que estejam nos critérios abaixo deverão, na chegada a Unidade Pós Operatória, ter aplicado **Curativo de Hidrocoloide na região sacra**.

- Reoperação
- Uso balão Intra aórtico
- Transplantes
- Ventilação Mecânica prolongada, maior 24 horas

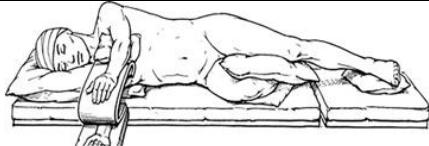
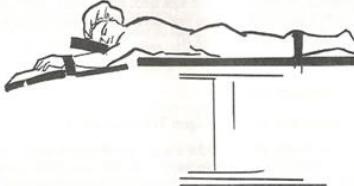
## PROTOCOLO ASSISTENCIAL

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PROT.NQS.006 - Página 12/20	
Título do Documento	<b>PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO</b>	Emissão: 27/01/2025 Versão: 04	Próxima Revisão: 27/01/2026

Solicitação para farmácia através atendimento do paciente, através código: 3811, curativo de hidrocoloide 10 x 10cm. Podendo ficar na pele de 3 a 7 dias.

O item deverá estar prescrito em prescrição médica: **CURATIVO DE HIDROCOLOIDE EM REGIÃO SACRA - PREVENCAO LPP**. Deverá estar checado data de instalação e horário.

### 9.4. Principais Posições Cirúrgicas

<b>Posição supina/Decúbito dorsal</b>	
<b>Decúbito lateral</b>	
<b>Posição Prona</b>	

## PROTOCOLO ASSISTENCIAL

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PROT.NQS.006 - Página 13/20	
Título do Documento	<b>PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO</b>	Emissão: 27/01/2025 Versão: 04	Próxima Revisão: 27/01/2026

### 9.5. Ações Frente à Pontuação da Escala ELPO

PONTUAÇÃO NO ESCORE	CLASSIFICAÇÃO DO RISCO DE LPP	AÇÕES A SEREM TOMADAS
≤ 19	RISCO BAIXO	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Posicionar o paciente para a anestesia e posteriormente para a cirurgia;</li> <li>2. Certificar se todos os dispositivos necessários para o posicionamento e desenvolvimento do procedimento anestésico cirúrgico estão bem localizados e posicionados evitando pressões desnecessárias;</li> <li>3. No momento do posicionamento cirúrgico é necessário verificar se o paciente está seguro e bem fixado;</li> <li>4. Avaliar se as proeminências ósseas estão sendo pressionadas;</li> <li>5. Revisar se todas as partes do corpo do paciente estão bem protegidas, firmes e sem umidade;</li> <li>6. Prevenir que o paciente entre em contato com partes metálicas ou com a mesa operatória;</li> <li>7. Assegurar que as faixas de posicionamento não estejam impedindo ou reduzindo a circulação ou comprimindo nervos;</li> <li>8. Impedir a queda de membros abaixo do nível da mesa para prevenir os danos em nervos periféricos;</li> <li>9. Manter o alinhamento corporal apropriado e as pernas cruzadas.</li> </ol>
≥ 20	RISCO ALTO	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Confirmar o resultado do posicionamento em conjunto com a equipe perioperatória, garantindo que a posição anatômica correta do paciente seja mantida;</li> <li>2. Elevar os calcâneos do paciente mantendo-os flutuantes quando possível;</li> <li>3. Utilizar travesseiros, apoios para a cabeça, no formato de pudim, macio e em tamanho adequado ao paciente;</li> <li>4. Manter alinhamento: mento-esternal, cabeça-coluna (posição supina), alinhamento espinhal (lateralização). Utilizar apoiador de face específico com proteção da testa, nariz e queixo que permita o alinhamento mento-esternal e a visualização dos olhos (posição prona);</li> <li>5. Atentar para hiperextensão dos pés, se necessário colocar apoio;</li> <li>6. Verificar a necessidade de colocação de dispositivos adicionais redistribuidores de pressão;</li> <li>7. Lubrificar e manter os olhos fechados com fita adesiva específica;</li> <li>8. Avaliar constantemente a permeabilidade das punções (venosa e arterial), visando manter a estabilidade hemodinâmica;</li> <li>9. Dar assistência no reposicionamento, retirando os dispositivos conforme necessário para a preparação da transferência.</li> </ol>

Os fluxogramas com as medidas de avaliação e prevenção de LPP no paciente cirúrgico e não cirúrgico estão descritos no ANEXO 4.

### 10. OBTEÇÃO DOS DADOS E MONITORAMENTO

As notificações são acompanhadas diariamente pelo NSP através dos registros realizados pelas equipes. Outro acompanhamento ocorre por busca ativa, realizada 2 (duas) vezes por semana em todos os setores do hospital.

O NSP através deste monitoramento classifica e dá andamento e investigação das causas e planos de ação.

#### 10.1. Indicadores

O indicador da instituição é a Incidência de Lesão por Pressão, sendo calculado mensalmente pela fórmula:

Número de eventos adversos LPP notificados pela unidade no sistema de notificação informatizado- *intranet*



## PROTOCOLO ASSISTENCIAL

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PROT.NQS.006 - Página 14/20	
Título do Documento	<b>PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO</b>	Emissão: 27/01/2025 Versão: 04	Próxima Revisão: 27/01/2026

---

X 1000

Número de paciente/dia

O número de paciente/dia é encontrado no sistema informatizado MV que quantifica o número de atendimento e tempo de permanência dos pacientes na instituição, sendo possível filtrar o período/mês desejado para encontrar a população em cálculos epidemiológicos.



## PROTOCOLO ASSISTENCIAL

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PROT.NQS.006 - Página 15/20	
Título do Documento	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO	Emissão: 27/01/2025 Versão: 04	Próxima Revisão: 27/01/2026

### 11. REFERÊNCIAS

Ministério da Saúde (BR). Protocolo para Prevenção Úlcera por Pressão. Brasília, 2013. Disponível em: [www.anvisa.gov.br/...PROTOCOLO%20ULCERA%20POR%20PRESSÃO.pdf](http://www.anvisa.gov.br/...PROTOCOLO%20ULCERA%20POR%20PRESSÃO.pdf) f10 nov 2014;

Ministério da Saúde (BR). Farmacologia Clinica. Brasília, 2012. Disponível em: [www.anvisa.gov.br](http://www.anvisa.gov.br) - acesso em 25 set. 2022;

Campanili TCGF, Santos VLCG, Pulido KCS, Thomaz PBM, Nogueira PC. Incidencia de ulcerações por pressão em pacientes de Unidade de Terapia Intensiva Cardiopneumologica. Rev Esc Enferm USP

G. Feridas: novas abordagens, manejo clínico e atlas em cores. 2a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012.

National Pressure Ulcer Advisory Panel. National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) announces a change in terminology from pressure ulcer to pressure injury and updates the stages of pressure injury [Internet]. 2016. Available from: <http://www.npuap.org/national-pressure-ulcer-advisory-panel-npuapannounces-a-change-in-terminology-from-pressureulcer-to-pressure-injury-and-updates-the-stages-of-pressure-injury/>

ROTHROCK, Jane C. Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico. 13ª Edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.

SOBECC, Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização (São Paulo). **Práticas Recomendadas SOBECC.** 7. ed. São Paulo: Sobecc; 2017.

## PROTOCOLO ASSISTENCIAL

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PROT.NQS.006 - Página 16/20	
Título do Documento	<b>PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO</b>	Emissão: 27/01/2025 Versão: 04	Próxima Revisão: 27/01/2026

### ANEXO 1 – ESCALA DE BRADEN

Percepção sensorial	1- Completamente limitada	2- Muito limitada	3- Ligeiramente limitada	4- Nenhuma limitação
<b>Capacidade de reação significativa ao desconforto</b>	<p>Não reage a estímulos dolorosos (não greme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação.</p> <p><b>OU</b></p> <p>Capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.</p>	<p>Reage unicamente estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, exceto através de gemidos ou inquietação.</p> <p><b>OU</b></p> <p>Tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.</p>	<p>Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição.</p> <p><b>OU</b></p> <p>Tem alguma limitação sensorial que lhe eduza a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.</p>	<p>Obedece a instruções verbais.</p> <p>Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.</p>
<b>Umidade</b>	<b>1- Pele constantemente úmida</b>	<b>2- Pele muito úmida:</b>	<b>3- Pele ocasionalmente úmida</b>	<b>4- Pele raramente úmida</b>
<b>Nível de exposição da pele à umidade</b>	A pele mantém-se sempre úmida devido a sudorese, urina, etc. É detectada umidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	A pele está frequentemente, mas nem sempre, úmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	A pele está por vezes úmida, exigindo uma muda adicional, de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.
<b>Atividade Física</b>	<b>1- Acamado</b>	<b>2- Sentado</b>	<b>3- Anda ocasionalmente</b>	<b>4- Anda frequentemente</b>
<b>Nível de atividade física</b>	O doente está confinado à cama.	Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.	Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.
<b>Mobilidade</b>	<b>1- Completamente imobilizado:</b>	<b>2- Muito limitada</b>	<b>3- Ligeiramente limitado</b>	<b>4- Nenhuma limitação</b>
<b>Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo</b>	Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas, não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.
<b>Nutrição</b>	<b>1- Muito pobre</b>	<b>2- Provavelmente inadequada</b>	<b>3- Adequada</b>	<b>4- Excelente</b>
<b>Padrão usual de ingestão alimentar</b>	<p>Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou laticínios). Ingere poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido.</p> <p><b>OU</b></p> <p>Está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soros durante mais de cinco dias.</p>	<p>Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou laticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético.</p> <p><b>OU</b></p> <p>Recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.</p>	<p>Come mais de metade da maior parte das refeições, faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, laticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido.</p> <p><b>OU</b></p> <p>É alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.</p>	<p>Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição.</p> <p>Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, laticínios). Come ocasionalmente entre as refeições.</p> <p>Não requer suplementos.</p>

## PROTOCOLO ASSISTENCIAL

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PROT.NQS.006 - Página 17/20	
Título do Documento	<b>PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO</b>	Emissão: 27/01/2025 Versão: 04	Próxima Revisão: 27/01/2026

### ANEXO 2 – ESCALA DE BRADEN Q

<b>Mobilidade</b> Capacidade de mudar e controlar a posição do corpo				
1. Completamente Imóvel: Não faz mudanças, nem mesmo pequenas, na posição do corpo ou das extremidades, sem ajuda.	2. Muito limitado: Faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou extremidades, mas é incapaz de fazer mudanças completamente sozinho	3. Levemente limitado: Faz mudanças frequentes, embora pequenas, na posição do corpo ou das extremidades, sem ajuda	4. Nenhuma limitação: Faz mudanças importantes e frequentes na posição do corpo, sem ajuda	<b>Total</b>
<b>Atividade</b> Grau de atividade física				
1. Acamado: Permanece no leito o tempo todo	2. Restrito à cadeira: A capacidade de deambular está gravemente limitada ou inexistente. Não consegue sustentar o próprio peso e/ou precisa de ajuda para sentar-se em uma cadeira ou cadeira de rodas	3. Deambulação ocasional: Deambula ocasionalmente durante o dia, porém por distâncias bem curtas, com ou sem ajuda. Passa a maior parte do turno no leito ou na cadeira.	4. Crianças jovens demais para deambular ou que deambulam frequentemente: Deambula fora do quarto pelo menos duas vezes por dia e dentro do quarto pelo menos uma vez a cada duas horas durante as horas está acordado	<b>Total</b>
<b>Percepção Sensorial</b> Capacidade de responder de maneira apropriada ao desconforto relacionado à pressão				
1. Completamente limitada: Não responde ao estímulo doloroso (não gime, não se encolhe ou se agarra), devido à diminuição do nível de consciência, ou sedação ou limitação da capacidade de sentir dor na maior parte da superfície corporal.	2. Muito limitada: Responde apenas ao estímulo doloroso. Não consegue comunicar desconforto, exceto por gemido ou inquietação; ou apresenta alguma disfunção sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais da metade do corpo.	3. Levemente limitada: Responde aos comandos verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, ou apresenta alguma disfunção sensorial em uma ou duas extremidades que limita a capacidade de sentir dor	4. Nenhuma alteração: Responde aos comandos verbais. Não apresenta déficit sensorial que limite a capacidade de sentir ou comunicar dor ou desconforto	<b>Total</b>
<b>Umidade</b> Grau de exposição da pele à umidade				
1. Constantemente úmida: A pele fica constantemente úmida por suor, urina, etc. A umidade é percebida cada vez que o paciente é movimentado ou mudado de posição.	2. Frequentemente úmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, úmida. A roupa de cama precisa ser trocada pelo menos a cada oito horas	3. Ocasionalmente úmida: A pele está ocasionalmente úmida, necessitando de troca de roupa de cama a cada 12 horas.	4. Raramente úmida: A pele geralmente está seca, as trocas de fraldas são feitas de rotina e as roupas de cama necessitam ser trocadas apenas a cada 24h.	<b>Total</b>
<b>Fricção e cisalhamento</b> <b>Fricção:</b> A pele se move contra as estruturas de suporte. <b>Cisalhamento:</b> a pele e a superfície óssea adjacente deslizam uma sobre a outra				
1. Problema importante: A espasticidade, a contratura, o prurido ou a agitação levam a criança debater-se no leito e há fricção quase constante.	2. Problema: Necessita de ajuda moderada a máxima para se mover. É impossível se levantar completamente sem deslizar sobre os lençóis do leito ou cadeira, necessitando de reposicionamento	3. Problema Potencial: Movimenta-se com dificuldade ou necessita de mínima assistência. Durante o movimento, provavelmente ocorre atrito entre a pele e os	4. Nenhum problema aparente: Capaz de levantar-se completamente durante uma mudança de posição. Movimenta-se sozinho na cadeira e no leito, e tem força muscular suficiente	<b>Total</b>



## PROTOCOLO ASSISTENCIAL

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PROT.NQS.006 - Página 18/20	
Título do Documento	<b>PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO</b>	Emissão: 27/01/2025 Versão: 04	Próxima Revisão: 27/01/2026

	frequente com o máximo de assistência.	lençóis, cadeira, coxins ou outros dispositivos. A maior parte do tempo mantém uma posição relativamente boa na cadeira e no leito, mas ocasionalmente escorregue	para levantar-se completamente durante o movimento. Mantém uma posição adequada no leito e na cadeira o tempo todo.	
--	--	---	---	--

<b>Nutrição</b> Padrão usual de consumo alimentar				
1. Muito pobre: Em jejum e/ou mantido com ingesta hídrica ou hidratação IV por mais de 5 dias ou albumina < 2,5 mg/dl ou nunca come uma refeição completa. Raramente come mais da metade de algum alimento oferecido. O consumo de proteínas inclui apenas duas porções de carne ou derivados de leite por dia. Ingere pouco líquido. Não ingere suplemento dietético líquido.	2. Inadequada: Dieta líquida por sonda ou NPP que fornece calorias e minerais insuficientes para a idade ou albumina < 3 mg/dl ou raramente come uma a refeição completa. Geralmente come apenas a metade de algum alimento oferecido. O consumo de proteínas inclui apenas três porções de carne ou derivados de leite por dia. Ocasionalmente ingere suplemento dietético.	3. Adequada: Dieta por sonda ou NPP que fornece calorias e minerais suficientes para a idade ou come mais da metade da maioria das refeições. Consome um total de quatro porções de proteínas (carne, derivados de leite) por dia. Ocasionalmente recusa uma refeição, mas geralmente toma suplemento dietético, se oferecido.	4. Excelente: Dieta geral que fornece calorias suficientes para a idade. Por exemplo, come/bebe a maior parte de cada refeição/alimentação. Nunca recusa uma refeição. Geralmente come um total de quatro ou mais porções de carne e derivados de leite. Ocasionalmente, come entre as refeições. Não necessita de suplementação.	<b>Total</b>

<b>Perfusão Tecidual e Oxigenação</b>				
1. Extremamente comprometida: Hipotensão (PAM)	2. Comprometida: Apresenta saturação de oxigênio 2 segundos. O pH sérico	3. Adequada: Apresenta saturação de oxigênio 2 segundos. O pH sérico é normal	4. Excelente: Apresenta saturação de oxigênio >95%, a hemoglobina normal e o tempo de enchimento capilar	<b>Total</b>

## PROTOCOLO ASSISTENCIAL

Tipo do Documento	PROTOCOLO			PROT.NQS.006 - Página 19/20	
Título do Documento	<b>PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO</b>			Emissão: 27/01/2025 Versão: 04	Próxima Revisão: 27/01/2026

### ANEXO 3 - ESCALA ELPO

Itens \ Escore	5	4	3	2	1
Tipo de posição cirúrgica	Litotômica	Prona	Trendelenburg	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 pemeiras 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 mento esternal	abertura <90° dos membros superiores	posição anatômica
Comorbidades	úlcera 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

## PROTOCOLO ASSISTENCIAL

Tipo do Documento	PROTOCOLO		PROT.NQS.006 - Página 20/20
Título do Documento	<b>PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO</b>	Emissão: 27/01/2025 Versão: 04	Próxima Revisão: 27/01/2026

### ANEXO 4 - FLUXOGRAMAS DE MEDIDAS DE AVALIAÇÃO E PREVENÇÃO NO PACIENTE CIRÚRGICO E NÃO CIRÚRGICO

- Cirúrgico**

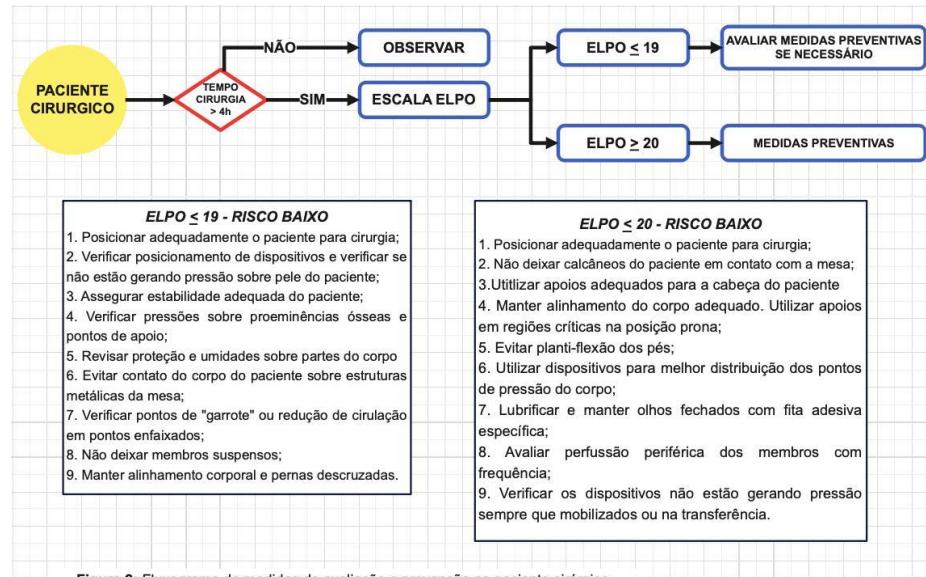


Figura 2: Fluxograma de medidas de avaliação e prevenção no paciente cirúrgico

- Não Cirúrgico**

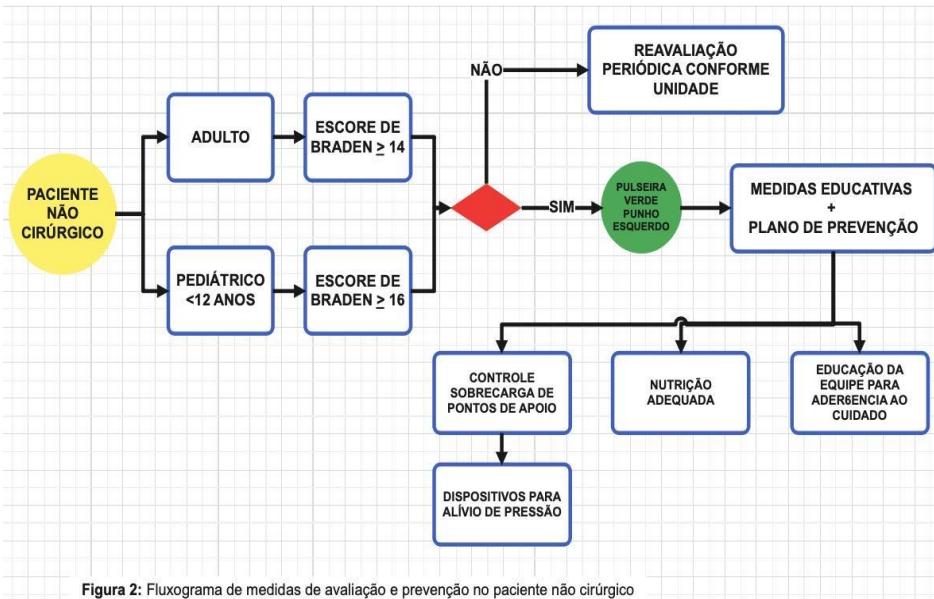


Figura 2: Fluxograma de medidas de avaliação e prevenção no paciente não cirúrgico



## PROTOCOLO ASSISTENCIAL

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PROT.NQS.006 - Página 21/20	
Título do Documento	<b>PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO</b>	Emissão: 27/01/2025 Versão: 04	Próxima Revisão: 27/01/2026

Elaborador	Revisor	Aprovador
<b>Data: 27/01/2025</b>  <b>Renata Brião</b> Superintendente Assistência <b>Clarissa Keller Guimarães</b> Coordenadora de Enfermagem	<b>Data: 20/02/2025</b>  <b>Michèle Borges</b> Coordenadora de Qualidade <b>Perla Mazoni</b> Enf <sup>a</sup> do Núcleo de Segurança do Paciente	<b>Data: 28/01/2025</b>  <b>Renata Brião</b> Superintendente Assistência
<b>Versão</b> 1	<b>Alteração</b> Elaboração do Protocolo	<b>Data:</b> 01/03/2015
2	Inclusão prevenção LPP em pacientes pronados	01/12/2020
3	Inclusão prevenção LPP em pacientes Centro Cirúrgico	10/10/2022
4	Revisão geral e atualização da notificação de lesão, do elaborador e inclusão da indicação de hidrocolóide.	27/01/2025