



Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.UGQSP.NSP.004 – Página 1/28	
Título do Documento	<b>PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO</b>	Emissão: 27/12/2021 Versão: 02	Próxima revisão: 27/12/2023

<b>1</b>	<b>SUMÁRIO</b>	
<b>2.</b>	<b>SIGLAS E CONCEITOS</b> .....	<b>3</b>
<b>3.</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>4</b>
<b>4.</b>	<b>ABRANGÊNCIA</b> .....	<b>4</b>
<b>5.</b>	<b>JUSTIFICATIVAS</b> .....	<b>4</b>
<b>6.</b>	<b>CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO</b> .....	<b>5</b>
<b>7.</b>	<b>ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS, RESPONSABILIDADES</b> .....	<b>5</b>
<b>8.</b>	<b>DEFINIÇÃO</b> .....	<b>5</b>
<b>8.1</b>	<b>Lesão por Pressão (LPP)</b> .....	<b>6</b>
<b>8.2</b>	<b>Cisalhamento</b> .....	<b>6</b>
<b>8.3</b>	<b>Estadiamento da LPP</b> .....	<b>6</b>
<b>8.4</b>	<b>Estágio 1: Pele íntegra com eritema não branqueável</b> .....	<b>6</b>
<b>8.5</b>	<b>Estágio 2: Perda parcial da espessura da pele</b> .....	<b>6</b>
<b>8.6</b>	<b>Estágio 3: Perda total da espessura da pele</b> .....	<b>7</b>
<b>8.7</b>	<b>Estágio 4: Perda total da espessura dos tecidos</b> .....	<b>7</b>
<b>8.8</b>	<b>Outros estágios</b> .....	<b>8</b>
<b>9.</b>	<b>LESÃO TISSULAR PROFUNDA</b> .....	<b>8</b>
<b>9.1</b>	<b>Lesão por Pressão relacionada a dispositivo médico.</b> .....	<b>9</b>
<b>9.2</b>	<b>Lesão por Pressão em membranas e mucosas</b> .....	<b>9</b>
<b>10.</b>	<b>INTERVENÇÕES</b> .....	<b>9</b>
<b>10.1.1</b>	<b>Etapa 1: Avaliação de lesão por pressão na admissão de todos os pacientes</b> .....	<b>9</b>
<b>10.1.2</b>	<b>Critérios de aplicação da Escala de Braden e Braden Q:</b> .....	<b>10</b>
<b>10.1.3</b>	<b>Critério de exclusão da aplicação da Escala de Braden:</b> .....	<b>11</b>
<b>10.2</b>	<b>Etapa 1: Reavaliação diária de risco de desenvolvimento de LPP de todos os pacientes internados</b> .....	<b>11</b>
<b>10.2.1</b>	<b>Procedimento Operacional da Avaliação e Reavaliação de Risco (Etapas 1 e 2)</b> .....	<b>12</b>
<b>10.3</b>	<b>Etapa 2: Inspeção diária da pele</b> .....	<b>12</b>
<b>10.4</b>	<b>Procedimento operacional da inspeção da pele</b> .....	<b>12</b>
<b>10.5</b>	<b>Etapa 3: manejo da umidade: manutenção do paciente com a pele seca e hidratada</b> .....	<b>13</b>
<b>10.5.1</b>	<b>Procedimento Operacional das medidas preventivas para higiene, hidratação e manejo da umidade da pele</b> .....	<b>13</b>
<b>10.6</b>	<b>Etapa 4: otimização da nutrição e da hidratação</b> .....	<b>14</b>



Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.UGQSP.NSP.004 – Página 2/28	
Título do Documento	<b>PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO</b>	Emissão: 27/12/2021 Versão: 02	Próxima revisão: 27/12/2023

10.6.1	Procedimento Operacional para Nutrição.....	14
10.7	Etapa 5: Minimizar a pressão .....	14
10.8	Procedimento Operacional para Minimizar a Pressão .....	15
10.9	Medidas preventivas para lesão por pressão conforme classificação de risco .....	17
10.9.1	Risco baixo (15 a 18 pontos na escala de Braden) .....	17
10.10	Risco moderado (13 a 14 pontos na escala de Braden) .....	18
10.11	Risco alto (10 a 12 pontos na escala de Braden) .....	18
10.12	Risco muito alto (≤ 9 pontos na escala de Braden).....	18
11.	FLUXOGRAMA .....	18
12.	MONITORAMENTO E INDICADORES.....	18
13.	NOTIFICAÇÃO .....	19
14.	OPERACIONALIZAÇÃO DA ESCALA DE BRADEN E BRADEN Q.....	19
15.	TRATAMENTO.....	20
16.	RELÓGIO SINALIZADOR PARA A REALIZAÇÃO DE MUDANÇA DE DECÚBITO .....	20
17.	REFERÊNCIAS .....	21
18.	HISTÓRICO DE REVISÃO.....	22



Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.UGQSP.NSP.004 – Página 3/28	
Título do Documento	<b>PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO</b>	Emissão: 27/12/2021 Versão: 02	Próxima revisão: 27/12/2023

## 2. SIGLAS E CONCEITOS

**AGHU:** Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários

**ANVISA:** Agência Nacional de Vigilância Sanitária

**CC:** Centro Cirúrgico

**CTI:** Centro de Tratamento Intensivo

**EA:** Evento adverso

**EAS:** Estabelecimentos Assistenciais de Saúde

**EBSERH:** Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

**GERENCIAMENTO DE RISCO:** aplicação sistemática de políticas de gestão, procedimentos e práticas na análise, avaliação, controle e monitoramento de risco.

**HU:** Hospital Universitário

**INCIDENTE:** Evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente

**INDICADOR:** É um parâmetro, ou valor derivado de parâmetros, que indica, fornece informações ou descreve o estado de um fenômeno, com maior significado que aquele apenas relacionado diretamente ao seu valor quantitativo.

**LPP:** Lesão Por Pressão

**NEVER EVENTS:** evento adverso que nunca deveria ocorrer em uma unidade de saúde

**NOTIVISA:** Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária. Sistema informatizado desenvolvido pela Anvisa para receber notificações de incidentes, eventos adversos (EA) e queixas técnicas (QT) relacionadas ao uso de produtos e de serviços sob vigilância sanitária.

**NPUAP:** National Pressure Ulcer Advisory Panel

**NQH:** Núcleo de Gestão da Qualidade

**PROTOCOLOS:** Registros que devem ser adotados e seguidos nas unidades de saúde

**RISCOS:** probabilidade de ocorrência de um evento adverso que, no caso de um estabelecimento assistencial de saúde afeta a integridade do paciente, da equipe de saúde ou da comunidade onde o serviço está inserido. Os riscos podem ser classificados em clínicos e não clínicos.

**RISCO CLÍNICO:** todo risco associado à ação direta ou indireta dos profissionais da área da saúde, resultante da ausência / deficiência das políticas e ações organizadas na prestação de cuidados de saúde. Exemplo: Risco de queda, cirurgia não segura, identificação incorreta do paciente e etc.

**RISCO NÃO CLÍNICO:** são aqueles relacionados à segurança das instalações ou atendimentos dos processos de prestação de cuidados ao paciente. Inclui também riscos gerados por quebras das condições adequadas de trabalho. Exemplo: Riscos relativos à utilização de equipamentos: defeitos nos equipamentos, erro de utilização do usuário, uso em circunstâncias impróprias e falta de manutenção preventiva.



Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.UGQSP.NSP.004 – Página 4/28	
Título do Documento	<b>PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO</b>	Emissão: 27/12/2021 Versão: 02	Próxima revisão: 27/12/2023

**SAE:** Sistematização da Assistência de Enfermagem

**SNVS:** Sistema Nacional de Vigilância Sanitária

**UFJF:** Universidade Federal de Juiz de Fora

**UGQSP:** Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente

**VIGIHOSP:** Sistema de Vigilância em Saúde e Gestão de Riscos Assistenciais Hospitalares

### 3. OBJETIVOS

- Identificar e classificar os pacientes com risco para Lesão Por Pressão (LPP).
- Implementar ações preventivas nos clientes com risco para LPP.
- Identificar precocemente LPP em estágios iniciais.

### 4. ABRANGÊNCIA

Este protocolo deverá ser aplicado em todas as unidades do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora- Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares HU-UFJF/Ebserh onde se prestam cuidados à saúde, seja qual for o nível de complexidade, no ponto de assistência.

### 5. JUSTIFICATIVAS

De acordo com a literatura umas das consequências mais comuns resultante da longa permanência em hospitais é o aparecimento de alterações de pele. No entanto, a incidência aumenta proporcionalmente com a combinação de fatores de risco, dentre eles, destaca-se a idade avançada e restrição ao leito (BRASIL, 2013). Nesse contexto, a manutenção da integridade da pele dos pacientes restritos ao leito tem por base o conhecimento e a aplicação de medidas de cuidado relativamente simples. A maioria das recomendações para a avaliação da pele, tais como as medidas preventivas podem ser utilizadas de maneira universal, ou seja, tem validade tanto para a prevenção de lesão por pressão como para quaisquer outras lesões da pele (BRASIL, 2013). A LPP tem sido alvo de grande preocupação para os serviços de saúde, pois a sua ocorrência causa impacto tanto para os pacientes e seus familiares, quanto para o próprio sistema de saúde, levando ao prolongamento de internações, riscos de infecção e outros agravos evitáveis, levando ao aumento no custo da internação e mortalidade (BRASIL, 2013).

Conforme dados do National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), a prevalência de LPP em hospitais dos EUA é de 15% e a incidência de 7% com custo total do tratamento estimado em 11 bilhões de dólares por ano (GUIDELINE, 2009). No Reino Unido, casos novos de LPP acometem entre 4% a 10% dos pacientes admitidos em hospitais (IRION, 2005). No Brasil, embora existam poucos trabalhos sobre incidência e prevalência de LPP, um estudo realizado em um hospital geral universitário evidenciou uma incidência de 39,81% (ROGENSKI & SANTOS, 2005). Estudo conduzido por Cuddigan et al., (2001) apresentaram variações nas taxas de incidência e prevalência, que se devem às características dos pacientes e ao nível de cuidado, diferenciando-se em cuidados de longa permanência, cuidados agudos e atenção domiciliar:



Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.UGQSP.NSP.004 – Página 5/28	
Título do Documento	<b>PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO</b>	Emissão: 27/12/2021 Versão: 02	Próxima revisão: 27/12/2023

- Cuidados de longa permanência: as taxas de prevalência variam entre 2,3% a 28% e as taxas de incidência entre 2,2 % a 23,9%.
- Cuidados agudos: as taxas de prevalência estão em torno de 10 a 18% e de incidência variam entre 0,4% a 38%.
- Atenção Domiciliar: as taxas de prevalência variam entre 0% e 29% e as de incidência variam entre 0% e 17%.

Desta forma, busca-se através da implantação deste protocolo, promover a segurança dos pacientes na prevenção de lesão por pressão no HU-UFJF/EBSERH.

## 6. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO

Critério de inclusão: todos os pacientes admitidos no HU-UFJF/Ebserh para tratamento clínico ou cirúrgico que permanecerem hospitalizados por um período superior a 24hs.

Critério de exclusão: todos os pacientes ambulatoriais e que o período de atendimento seja inferior a 24 hs.

## 7. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS, RESPONSABILIDADES

O protocolo deverá ser aplicado nos ambientes de prestação do cuidado à saúde do HU-UFJF/Ebserh sendo Unidades de Internação e Centro de Tratamento Intensivo (CTI), em que sejam realizados procedimentos, quer terapêutico ou diagnósticos. Em momento oportuno o protocolo será expandido para aplicação no Centro Cirúrgico (CC), onde será utilizado escala específica para avaliação de risco para o desenvolvimento de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico. Ressalta-se que as recomendações para a prevenção devem ser aplicadas a todos os indivíduos vulneráveis e em todos os grupos etários. As intervenções devem ser adotadas por todos os profissionais de saúde envolvidos no cuidado de pacientes e de pessoas vulneráveis, que estejam em risco de desenvolver lesão por pressão e que se encontrem em ambiente hospitalar, independentemente de seu diagnóstico ou das necessidades de cuidados em saúde.

## 8. DEFINIÇÃO

As escalas preditivas são parâmetros que devem ser utilizados em associação à avaliação clínica do enfermeiro. Assim, qualquer que seja o escore alcançado na escala, a avaliação clínica deverá ser soberana perante a existência de fatores de risco para LPP e de comorbidades inerentes ao desenvolvimento desta lesão cutânea. Um plano de cuidados específicos para prevenção de alterações cutâneas, deve ser implementado (RYCROFT-MALONE, 2000).

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 na contribuição para a prescrição e 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 (BRASIL, 2013).

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.UGQSP.NSP.004 – Página 6/28	
Título do Documento	<b>PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO</b>	Emissão: 27/12/2021	Próxima revisão: 27/12/2023
		Versão: 02	

### 8.1 Lesão por Pressão (LPP)

É um dano localizado na pele e/ou tecido mole subjacente geralmente sobre proeminência óssea ou pode ainda estar relacionado a equipamentos médicos ou outro tipo de dispositivo. Pode apresentar-se como pele intacta ou como úlcera aberta e pode ser dolorosa. Ocorre como um resultado de intensa e/ou prolongada pressão ou de pressão combinada com cisalhamento (NPUAP, 2007).

### 8.2 Cisalhamento

Deformação que sofre um corpo quando sujeito à ação de forças cortantes (BRASIL, 2013).

### 8.3 Estadiamento da LPP

São classificadas em estágios, segundo o sistema de Classificação da *National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP)/ European Pressure Ulcer Advisory panel*, que auxilia na descrição clínica da profundidade observável de destruição tecidual (BRASIL, 2013).

### 8.4 Estágio 1: Pele íntegra com eritema não branqueável

Pele intacta, com rubor não branqueável, numa área localizada, normalmente sobre uma proeminência óssea. O estágio 1 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” (ANVISA, 2015).



Figura 1: LPP Estágio 1 em região glútea  
Fonte: NPUAP, 2007.

### 8.5 Estágio 2: Perda parcial da espessura da pele

Se apresenta como uma ferida superficial (rasa) com leito vermelho – rosa sem esfacelo. Pode também se apresentar como flictema fechada ou aberta, preenchida por líquido seroso ou sero-hemático. Apresenta-se ainda, como uma úlcera brilhante ou seca, sem crosta ou equimose (um indicador de lesão profunda). As características deste estágio não devem ser confundidas com fissuras de pele, queimaduras por abrasão, dermatite associada à incontinência, maceração ou escoriações (ANVISA, 2015).

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.UGQSP.NSP.004 – Página 7/28	
Título do Documento	<b>PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO</b>	Emissão: 27/12/2021	Próxima revisão: 27/12/2023
		Versão: 02	



Figura 2: LPP Estágio 2 em região glútea  
Fonte: NPUAP, 2007.

### 8.6 Estágio 3: Perda total da espessura da pele

Neste caso, o tecido adiposo subcutâneo pode ser visível, mas não estão expostos os ossos, tendões ou músculos. 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 lesão de estágio 3 varia de acordo com a localização anatômica. A asa do nariz, orelhas, região occipital e maléolos não têm tecido subcutâneo (adiposo) e uma lesão de estágio 3 pode ser superficial. Em contrapartida, em zonas com tecido adiposo abundante podem desenvolver-se lesões por pressão de estágio 3 extremamente profundas. O osso e o tendão não são visíveis ou diretamente palpáveis (ANVISA, 2015).



Figura 3: LPP Estágio 3 em região do ísquio  
Fonte: NPUAP, 2007.

### 8.7 Estágio 4: Perda total da espessura dos tecidos

Perda total da espessura dos tecidos com exposição dos ossos, tendões ou músculos. Neste caso, o tecido desvitalizado (fibrina úmida) e/ou tecido necrótico podem estar presentes. A profundidade de uma lesão por pressão de estágio 4 varia com a localização anatômica. Frequentemente são cavidadas e fistulizadas. A asa do nariz, orelhas, região occipital e maléolos não têm tecido subcutâneo (adiposo) e estas úlceras podem ser superficiais. Uma lesão de estágio 4 pode atingir o músculo e/ou estruturas de suporte (fáscia, tendão ou cápsula articular), tornando a osteomielite e a osteíte prováveis de acontecer. Existe osso ou músculo visível ou diretamente palpável.

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.UGQSP.NSP.004 – Página 8/28	
Título do Documento	<b>PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO</b>	Emissão: 27/12/2021	Próxima revisão: 27/12/2023
		Versão: 02	



Figura 4: LPP Estágio 4 em região sacral  
Fonte: NPUAP, 2007.

### 8.8 Outros estágios

**Inclassificáveis/Não graduáveis:** Perda total da espessura da pele ou de tecidos – profundidade indeterminada. Perda total da espessura 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 (BRASIL, 2013). Até que seja removido tecido necrótico suficiente para expor a base da ferida, a verdadeira profundidade não pode ser determinada; é, no entanto, uma lesão de estágio 3 ou 4 (BRASIL, 2013).

**Observação:** Uma lesão estável (seca, aderente, intacta e sem eritema ou flutuação) nos calcâneos, serve como penso biológico natural e não deve ser removida.

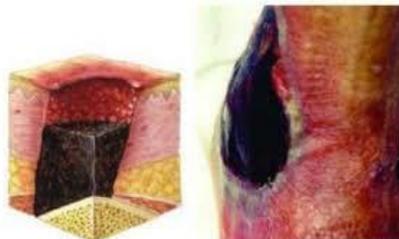


Figura 5: LPP não classificável  
Fonte: NPUAP, 2007.

## 9. LESÃO TISSULAR PROFUNDA

Área vermelha escura ou púrpura localizada em pele intacta e descorada ou flictema preenchida com sangue, provocadas por danos no tecido mole subjacente pela pressão e/ou forças de torção. A área pode estar rodeada por tecido mais doloroso, firme, mole, úmido, quente ou frio comparativamente ao tecido adjacente (BRASIL, 2013).

A lesão dos tecidos profundos pode ser difícil de identificar em indivíduos com tons de pele escuros. A evolução pode incluir uma flictema de espessura fina sobre o leito de uma ferida escura (BRASIL, 2013). A ferida pode evoluir adicionalmente ficando coberta por uma fina camada de tecido necrótico (Lesão por Pressão). A sua evolução pode ser rápida expondo outras camadas de tecido adicionais mesmo com o tratamento adequado (BRASIL, 2013).

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.UGQSP.NSP.004 – Página 9/28	
Título do Documento	<b>PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO</b>	Emissão: 27/12/2021	Próxima revisão: 27/12/2023
		Versão: 02	

### 9.1 Lesão por Pressão relacionada a dispositivo médico.

A Lesão por Pressão Relacionada a Dispositivo Médico resulta do uso de dispositivos criados e aplicados para fins diagnósticos e terapêuticos. A lesão por pressão resultante geralmente apresenta o padrão ou forma do dispositivo. Essa lesão deve ser categorizada usando o sistema de classificação de lesões por pressão (NPUAP, 2016)

### 9.2 Lesão por Pressão em membranas e mucosas.

A lesão por pressão em membranas mucosas é encontrada quando há histórico de uso de dispositivos médicos no local do dano. Devido à anatomia do tecido, essas lesões não podem ser categorizadas (NPUAP, 2016).

## 10. INTERVENÇÕES

Segundo Cuddigan *et al.*, (2001) a maioria dos casos de LPP pode ser evitada por meio da identificação dos pacientes em risco e da implantação de estratégias de prevenção confiáveis para todos os pacientes identificados como de risco. As seis etapas essenciais são apresentadas na tabela 1.

ETAPA	Descrição
1	Avaliação da lesão por pressão na admissão de todos os pacientes
2	Reavaliação diária de risco de desenvolvimento de LPP de todos os pacientes internados
3	Inspeção diária da pele
4	Manejo da Umidade: manutenção da pele seca e hidratada
5	Otimização da nutrição e da hidratação
6	Minimizar a pressão

Tabela 1: Etapas essenciais para avaliação do risco de LPP.

Fonte: Cuddigan *et al.*, (2001).

#### 10.1.1 Etapa 1: Avaliação de lesão por pressão na admissão de todos os pacientes

Apresenta dois componentes:

- 1) A avaliação do risco de desenvolvimento de LPP;
- 2) A avaliação da pele para detectar a existência de LPP ou lesões de pele já instaladas.



Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.UGQSP.NSP.004 – Página 10/28	
Título do Documento	<b>PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO</b>	Emissão: 27/12/2021 Versão: 02	Próxima revisão: 27/12/2023

A pronta identificação de pacientes em risco para o desenvolvimento de LPP, deverá ser realizada pelo profissional Enfermeiro no ato da admissão, por meio da utilização da Escala de Braden (pacientes adultos) e Braden Q (pacientes pediátricos), o que permite a adoção imediata de medidas preventivas. A avaliação de risco deve contemplar os seguintes fatores:

- Mobilidade;
- Incontinência;
- Déficit sensitivo
- Estado nutricional (incluindo desidratação)
- Perfusão Tecidual e Oxigenação (BRASIL, 2013).

O risco de desenvolvimento de lesão por pressão deve ser reavaliado diariamente. Caso seja constatado o risco de LPP, colocar placa de alerta precoce para sinalizar no painel de gerenciamento de risco na cabeceira do leito. Os resultados obtidos através da aplicação da Escala devem ser registrados por meio do processo clínico Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE.

#### 10.1.2 Critérios de aplicação da Escala de Braden e Braden Q:

- a) Pacientes com idade superior a 18 anos – Escala de Braden;

<b>PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO - ESCALA DE BRADEN</b>				
<b>Nível de risco: Risco Baixo: ≥ 17 pontos/ Risco Moderado: 13 a 16 pontos / Risco Alto: ≤ 12 pontos</b>				
<b>ITENS AVALIADOS</b>	<b>ESCALA / SCORE</b>			
<b>Percepção sensorial</b>	( ) 1 Totalmente Limitado	( ) 2 Muito Limitado	( ) 3 Levemente Limitado	( ) 4 Sem limitações
<b>Umidade</b>	( ) 1 Totalmente Molhado	( ) 2 Muito molhado	( ) 3 Casualmente Molhado	( ) 4 Raramente Molhado
<b>Atividade</b>	( ) 1 Acamado	( ) 2 Confinado à Cadeira	( ) 3 Anda ocasionalmente	( ) 4 Anda
<b>Mobilidade</b>	( ) 1 Totalmente Limitado	( ) 2 Muito Limitado	( ) 3 Levemente Limitado	( ) 4 Sem limitações
<b>Estado nutricional</b>	( ) 1 Muito Pobre	( ) 2 Inadequado	( ) 3 Adequado	( ) 4 Excelente
<b>Fricção e cisalhamento</b>	( ) 1 Problema	( ) 2 Problema Potencial	( ) 3 Nenhum Problema	
<b>CLASSIFICAÇÃO DO RISCO</b>	Total de Pontos: _____ ( ) Risco Baixo ( ) Risco Moderado ( ) Risco Alto ( ) Sem Risco			



Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.UGQSP.NSP.004 – Página 11/28	
Título do Documento	<b>PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO</b>	Emissão: 27/12/2021 Versão: 02	Próxima revisão: 27/12/2023

b) Pacientes com idades compreendidas entre os 21 dias de vida e os 18 anos de idade – Escala de Braden Q

<b>PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO - ESCALA DE BRADEN Q</b>				
<b>Nível de risco: Risco Alto: ≤ 21      Baixo Risco: ≥ 22</b>				
<b>ITENS AVALIADOS</b>	<b>ESCALA / SCORE</b>			
<b>Percepção sensorial</b>	( ) 1 Totalmente Limitado	( ) 2 Muito Limitado	( ) 3 Levemente Limitado	( ) 4 Sem limitações
<b>Umidade</b>	( ) 1 Totalmente Molhado	( ) 2 Muito molhado	( ) 3 Casualmente Molhado	( ) 4 Raramente Molhado
<b>Atividade</b>	( ) 1 Acamado	( ) 2 Confinado à Cadeira	( ) 3 Anda ocasionalmente	( ) 4 Anda
<b>Mobilidade</b>	( ) 1 Totalmente Limitado	( ) 2 Muito Limitado	( ) 3 Levemente Limitado	( ) 4 Sem limitações
<b>Estado nutricional</b>	( ) 1 Muito Pobre	( ) 2 Inadequado	( ) 3 Adequado	( ) 4 Excelente
<b>Fricção e cisalhamento</b>	( ) 1 Problema importante	( ) 2 Problema	( ) 3 Problema Potencial	( ) 4 Nenhum Problema Aparente
<b>Perfusão Tecidual e Oxigenação</b>	( ) 1 Extremamente comprometida	( ) 2 Comprometida	( ) 3 Adequada	( ) 4 Excelente
<b>CLASSIFICAÇÃO DO RISCO</b>	<b>Total de Pontos: _____ ( ) Sem Risco      ( ) Risco Alto      ( ) Risco Baixo</b>			

Tabela 2: Prevenção de Lesão por pressão- Escala de Braden Q

### 10.1.3 Critério de exclusão da aplicação da Escala de Braden:

Pacientes em situação de assistência ambulatorial ou qualquer situação em que não está previsto tempo de internamento superior ou igual a 24 horas, a menos que exista mudança do estado clínico do doente.

### 10.2 Etapa 1: Reavaliação diária de risco de desenvolvimento de LPP de todos os pacientes internados

A complexidade e a gravidade dos pacientes internados resultam na necessidade de reavaliação diária do potencial e do risco de desenvolvimento de LPP. A reavaliação diária permite aos profissionais de saúde ajustar sua estratégia de prevenção conforme as necessidades do paciente. O grau de risco, conforme especificado em várias ferramentas, permite que os profissionais implantem estratégias individualizadas para os pacientes (BRASIL, 2013).



Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.UGQSP.NSP.004 – Página 12/28	
Título do Documento	<b>PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO</b>	Emissão: 27/12/2021 Versão: 02	Próxima revisão: 27/12/2023

### 10.2.1 Procedimento Operacional da Avaliação e Reavaliação de Risco (Etapas 1 e 2)

As escalas preditivas são parâmetros que devem ser utilizados em associação à avaliação clínica do enfermeiro. Assim, qualquer que seja o escore alcançado na escala, a avaliação clínica deverá ser soberana perante a existência de fatores de risco para LPP e de comorbidades inerentes ao desenvolvimento desta lesão cutânea. Um plano de cuidados específicos para prevenção de alterações cutâneas, deve ser implementado (RYCROFT-MALONE, 2000).

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 na contribuição para a prescrição e 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 (BRASIL, 2013).

**ATENÇÃO:** As etapas subseqüentes (etapas 2 a 5), descritas a seguir, deverão ser utilizadas em todos os pacientes classificados como de risco na etapa de avaliação 1.

As medidas preventivas para LPP descritas a seguir devem ser instituídas pelo enfermeiro assistencial, após a identificação dos fatores preditivos para o risco por meio de cuidados essenciais com a pele para a manutenção da integridade cutânea. Realizado o diagnóstico, o enfermeiro deverá comunicar o médico assistente.

### 10.3 Etapa 2: Inspeção diária da pele

Pacientes que apresentam risco de desenvolvimento de LPP, de acordo com etapa 1, necessitam de inspeção diária de toda a superfície cutânea, da cabeça aos pés. Esses pacientes, em geral hospitalizados, 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. Deve ser dada atenção especial a áreas de alto risco para desenvolvimento de LPP (GUIDELINE, 2008). A identificação das lesões da pele, como lesão por pressão, deve ser feita de acordo com a definição e classificação internacional (GUIDELINE, 2008).

### 10.4 Procedimento operacional da inspeção da pele

Durante a admissão ou a readmissão: Conferir os dados de identificação da pulseira do paciente conforme protocolo de identificação segura, examine a pele do paciente cuidadosamente para identificar alterações da integridade cutânea e lesões por pressão existentes. Para uma apropriada inspeção da pele, deve-se ter especial atenção às áreas corporais de maior risco para LPP, como as regiões anatômicas sacral, calcâneo, ísquio, trocanter, occipital, escapular, maleolar e regiões corporais submetidas à pressão por dispositivos como a presença de cateteres, tubos e drenos (RYCROFT-MALONE, 2000). A realização de diagnóstico diferencial para a distinção entre os tipos de lesões (lesão por pressão, úlcera arterial, úlcera venosa, úlcera neuropática e dermatites) melhora o tratamento e gerenciamento do cuidado. A inspeção da pele deve ocorrer diariamente. É necessário o registro apropriado e pontual das alterações encontradas (RYCROFT-MALONE, 2000).

**Observação:** Pode ser necessário o aumento da frequência da inspeção em razão da piora do estado clínico do paciente.

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.UGQSP.NSP.004 – Página 13/28	
Título do Documento	<b>PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO</b>	Emissão: 27/12/2021 Versão: 02	Próxima revisão: 27/12/2023

### 10.5 Etapa 3: manejo da umidade: manutenção do paciente com a pele seca e hidratada

Pele úmida é mais vulnerável, propícia ao desenvolvimento de lesões cutâneas, e tende a se romper mais facilmente. A pele deve ser limpa, sempre que apresentar sujidade e em intervalos regulares. O processo de limpeza deve incluir a utilização cuidadosa de um agente de limpeza suave que minimize a irritação e a secura da pele (BRASIL, 2013).

Deve-se tomar cuidado para minimizar a exposição cutânea à umidade decorrente de incontinência, transpiração ou exsudato de feridas. Quando essas fontes de umidade não puderem ser controladas, a utilização de fraldas e absorventes é recomendada, com o objetivo de minimizar o contato da pele com a umidade. Agentes tópicos que atuam como barreiras contra a umidade e hidratam a pele também podem ser utilizados. O tratamento da pele ressecada com hidratantes tem se mostrado especialmente efetivo na prevenção de LPP (BRASIL, 2013).

#### 10.5.1 Procedimento Operacional das medidas preventivas para higiene, hidratação e manejo da umidade da pele.

##### a) Higienização e Hidratação da pele

- Limpe a pele sempre que estiver suja ou sempre que necessário. É recomendada a utilização de água morna e sabão neutro para reduzir a irritação e o ressecamento da pele (NPUAP, 2007).

- Use hidratantes na pele seca e em áreas ressecadas, principalmente após banho, pelo menos 1 vez ao dia. A pele seca parece ser um fator de risco importante e independente no desenvolvimento de lesão por pressão (INSTITUTE, 2011).

- Durante a hidratação da pele, não massagear áreas de proeminências ósseas ou áreas hiperemiadas. A aplicação de hidratante deve ser realizada com movimentos suaves e circulares (INSTITUTE, 2011).

- A massagem está contraindicada na presença de inflamação aguda e onde existe a possibilidade de haver vasos sanguíneos danificados ou pele frágil. A massagem não deverá ser recomendada como uma estratégia de prevenção de lesão por pressão (INSTITUTE, 2011; NPUAP, 2007).

##### b) Manejo da umidade

- Proteger a pele da exposição à umidade excessiva por meio do uso de produtos de barreira, de forma a reduzir o risco de lesão por pressão. As propriedades mecânicas do estrato córneo são alteradas pela presença de umidade, assim como a sua função de regulação da temperatura (INSTITUTE, 2011).

- Controlar a umidade através da determinação da causa. Usar absorventes ou fraldas (INSTITUTE, 2011).

- Quando possível, oferecer um aparador (comadre ou papagaio) nos horários de mudança de decúbito (NPUAP, 2007).

**Observação:** Além da incontinência urinária e fecal, a equipe de enfermagem deve ter atenção a outras fontes de umidade, como extravasamento de drenos sobre a pele, exsudato de

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.UGQSP.NSP.004 – Página 14/28	
Título do Documento	<b>PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO</b>	Emissão: 27/12/2021 Versão: 02	Próxima revisão: 27/12/2023

feridas, suor e extravasamento de linfa em pacientes com anasarca que são potencialmente irritantes para a pele (BRASIL, 2013).

#### **10.6 Etapa 4: otimização da nutrição e da hidratação**

A avaliação de pacientes com possível risco de desenvolvimento de LPP deve incluir a revisão de fatores nutricionais e de hidratação. Pacientes com déficit nutricional ou desidratação podem apresentar perda de massa muscular e de peso, tornando os ossos mais salientes e a deambulação mais difícil (BRASIL, 2013).

Edema e menor fluxo sanguíneo cutâneo geralmente acompanham os déficits nutricionais e hídricos, resultando em lesões isquêmicas que contribuem para as lesões na pele. Pacientes malnutridos podem apresentar uma probabilidade duas vezes maior de lesões cutâneas (BRASIL, 2013).

Líquidos, proteínas e ingesta calórica são importantes aspectos para a manutenção de um estado nutricional adequado. Suplementos nutricionais podem ser necessários caso a ingesta não seja suficiente. É recomendado que nutricionistas sejam consultados nos casos de pacientes com desnutrição a fim de avaliar e propor intervenções mais apropriadas (BRASIL, 2013).

##### **10.6.1 Procedimento Operacional para Nutrição**

- Notificar todos os indivíduos em risco nutricional ou em risco para lesão por pressão ao nutricionista a fim de instituir as medidas nutricionais específicas (avaliar a necessidade calórica, vitamínica, minerais e demais nutrientes) para a prevenção de LPP (BRASIL, 2013).
- Avaliar e comunicar o nutricionista e a equipe médica sobre a presença de sinais clínicos de desnutrição ou que podem predispor alterações no estado nutricional: edema, perda de peso, disfagia, inapetência, desidratação, entre outros. Na vigência de baixa aceitação alimentar (inferior a 60% das necessidades nutricionais num período de cinco a sete dias), discutir com a equipe a possibilidade de sondagem (INSTITUTE, 2011).
- Avaliar junto ao nutricionista e à equipe médica a necessidade de oferecer suplementos nutricionais, com alto teor proteico, além da dieta habitual, a indivíduos em risco nutricional e de lesão por pressão (BRASIL, 2013).

O nutricionista deverá avaliar a necessidade de instituir as medidas específicas nutricionais para a prevenção de LPP.

#### **10.7 Etapa 5: 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 LPP. Todos os esforços devem ser feitos para redistribuir a pressão sobre a pele, seja pelo reposicionamento a cada 02 (duas) horas ou pela utilização de superfícies de redistribuição de pressão (BRASIL, 2013). Para prevenir a ocorrência de lesão por pressão, o Núcleo de Segurança do Paciente e a Comissão de Prevenção e Tratamento de Lesões do HU-UFJF/Ebserh implantarão a utilização do Relógio de Lowthian nas unidades de internação e no Centro de Tratamento Intensivo, com referência de mudança de posição do paciente a cada duas horas, impedindo que o paciente fique por muito tempo na mesma posição. A literatura não sugere a

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.UGQSP.NSP.004 – Página 15/28	
Título do Documento	<b>PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO</b>	Emissão: 27/12/2021 Versão: 02	Próxima revisão: 27/12/2023

frequência com que se deve reposicionar o paciente, mas duas horas em uma única posição é o máximo de tempo recomendado para pacientes com capacidade circulatória normal. 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 LPP, pois, pressão maior ou igual 70 mmHg, sobre uma mesma área, por mais de 02 horas favorece o surgimento de LPP (BRASIL, 2013).

O reposicionamento de pacientes de risco alterna ou alivia a pressão sobre áreas suscetíveis, reduzindo o risco de desenvolvimento de lesão por pressão. Travesseiros e coxins são materiais que podem ser utilizados para auxiliar a redistribuição da pressão. Quando utilizados de forma apropriada, podem expandir a superfície que suporta o peso. Geralmente a pele de pacientes com risco para LPP rompe-se facilmente durante o reposicionamento, portanto, deve-se tomar cuidado com a fricção durante este procedimento, ou seja, não arraste o paciente, levante-o. Deve-se ainda verificar se nada foi esquecido sob o corpo do paciente, para evitar danos teciduais (BRASIL, 2013). Superfícies de apoio específicos (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 (BRASIL, 2013). Os profissionais de saúde devem implantar estratégias de prevenção, como garantir o reposicionamento do paciente e sua colocação em superfícies de redistribuição de pressão, para todos aqueles com risco identificado (BRASIL, 2013).

## 10.8 Procedimento Operacional para Minimizar a Pressão

### a) Mudança de decúbito ou reposicionamento:

O relógio de mudança de decúbito (Figura 6) será fixado no Centro de Tratamento Intensivo e em cada enfermaria, que servirá para orientar conforme o horário, a posição em que o paciente deverá se encontrar.

- A mudança de decúbito deve ser executada para reduzir a duração e a magnitude da pressão exercida sobre áreas vulneráveis do corpo (INSTITUTE, 2011).
- A frequência para mudança de decúbito será definida a cada duas horas, mas 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. Utilizar o relógio sinalizador para a realização de mudança de decúbito (INSTITUTE, 2011).
  - 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 (INSTITUTE, 2011).
  - A mudança de decúbito mantém o conforto, a dignidade e a capacitação funcional do indivíduo (INSTITUTE, 2011).
  - Reposicionar o paciente de tal forma que a pressão seja aliviada e/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



Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.UGQSP.NSP.004 – Página 16/28	
Título do Documento	<b>PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO</b>	Emissão: 27/12/2021 Versão: 02	Próxima revisão: 27/12/2023

reativa. O rubor indica que o organismo ainda não se recuperou da carga anterior e exige um intervalo maior entre cargas repetidas (INSTITUTE, 2011).

- O reposicionamento deve ser feito usando o ângulo de 30º na posição de semi-fowler e uma inclinação de 30º 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 do ângulo de 30º, a posição de deitado de lado a ângulo de 90º, ou a posição de semideitado (INSTITUTE, 2011; NPUAP, 2007).

- Se o paciente estiver sentado na cama, evitar elevar a cabeceira em ângulo superior a 30º, evitando a centralização e o aumento da pressão na região sacrococcígea (INSTITUTE, 2011).

- 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 (INSTITUTE, 2011).

- 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 LPP surgirá muito rapidamente. Recomenda-se o tempo máximo na posição sentada de 60 minutos (INSTITUTE, 2011).

#### **b) Medidas preventivas para fricção e cisalhamento:**

Elevar a cabeceira da cama até no máximo 30º e evitar pressão direta nos trocânteres quando em posição lateral, limitando o tempo de cabeceira elevada, pois o corpo do paciente tende a escorregar, ocasionando fricção e cisalhamento (INSTITUTE, 2011; NPUAP, 2007).

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. Recomenda-se que a mobilização do paciente seja por, no mínimo, dois profissionais e nunca sozinho. (INSTITUTE, 2011; NPUAP, 2007).

Avaliar a necessidade do uso de materiais de curativos para proteger proeminências ósseas, a fim de evitar o desenvolvimento de lesão por pressão por fricção (NPUAP, 2007).

**Observação:** 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 (BRASIL, 2013).

#### **c) Materiais e equipamentos para redistribuição de pressão:**

- Recomenda-se o uso de colchões de espuma altamente específica em vez de colchões hospitalares padrão, em todos os indivíduos de risco para desenvolver LPP (INSTITUTE, 2011).

- 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

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.UGQSP.NSP.004 – Página 17/28	
Título do Documento	<b>PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO</b>	Emissão: 27/12/2021 Versão: 02	Próxima revisão: 27/12/2023

microclima, bem como o local e as circunstâncias da prestação de cuidados. Todos os pacientes classificados como “em risco” deverão estar sob uma superfície de redistribuição de pressão (BRASIL, 2013).

- Recomenda-se a não utilizar colchões ou sobreposições de colchões de células pequenas de alternância de pressão com o diâmetro inferior a 10 cm (INSTITUTE, 2011).
- Recomenda-se o uso de uma superfície de apoio ativo (sobreposição ou colchão) para os pacientes com maior risco de desenvolvimento de lesão por pressão, quando o reposicionamento manual frequente não é possível (INSTITUTE, 2011).
- Sobreposições ativas de alternância de pressão e colchões de redistribuição de pressão têm uma eficácia semelhante em termos de incidência de lesão por pressão (INSTITUTE, 2011).

**d) Uso de superfícies de apoio para a prevenção de lesão por pressão nos calcâneos:**

- Os calcâneos devem ser mantidos afastados da superfície da cama (livres de pressão) (INSTITUTE, 2011).
- Os dispositivos de prevenção de LPP nos calcâneos devem elevá-los 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 ter ligeira flexão (INSTITUTE, 2011).
- Recomenda-se o uso de uma almofada ou travesseiro abaixo das pernas (região dos gêmeos) para elevar os calcâneos e mantê-los flutuantes (INSTITUTE, 2011).

**Observação:**

A hiperextensão do joelho pode causar obstrução da veia poplítea, que pode predispor a uma Trombose Venosa Profunda – TVP (INSTITUTE, 2011).

**e) Uso de superfície de apoio para prevenir lesão por pressão na posição sentada:**

- Recomendação o uso de assento de redistribuição de pressão para os pacientes com mobilidade reduzida e que apresentam risco de desenvolvimento de lesão por pressão quando estes estiverem sentados em uma cadeira.
- Almofadas de ar e espuma redistribuem melhor a pressão, já as almofadas de gel e de pele de carneiro causam maior pressão (INSTITUTE, 2011).

**10.9 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. Seguem as recomendações das medidas preventivas conforme a classificação de risco abaixo.

**10.9.1 Risco baixo ( $\geq 17$  pontos na escala de Braden)**

- Cronograma de mudança de decúbito
- Estimular movimentação no leito
- Estimular movimentos ativos
- Manter a cabeceira elevada

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.UGQSP.NSP.004 – Página 18/28	
Título do Documento	<b>PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO</b>	Emissão: 27/12/2021 Versão: 02	Próxima revisão: 27/12/2023

- Proporcionar posição confortável ao cliente
- Proteger a pele das proeminências ósseas;
- Realizar banho no leito ou higiene corporal no chuveiro;
- Hidratar a pele;
- Proteger a pele para evitar rompimentos.

#### **10.10 Risco moderado (13 a 16 pontos na escala de Braden)**

- Continuar as intervenções do risco baixo;
- Mudança de decúbito com posicionamento a 30°;
- Utilizar bota protetora para calcâneo e maléolo.

#### **10.11 Risco alto (≤ 12 pontos na escala de Braden)**

- Continuar as intervenções do risco moderado;
- Mudança de decúbito frequente;
- Utilização de coxins de espuma para facilitar a lateralização a 30°.
- Utilização de superfícies de apoio dinâmico com pequena perda de ar, se possível;
- Manejo da dor.

### **11. FLUXOGRAMA**

Em andamento.

### **12. MONITORAMENTO E INDICADORES**

#### **Periodicidade mensal**

Legenda:  $\Sigma$  (leia-se SOMATÓRIO)

- Percentual (%) de pacientes avaliados para LPP na admissão

Método de cálculo:  $\frac{\Sigma \text{ de pacientes avaliados quanto ao risco de LPP}}{\Sigma \text{ de pacientes admitidos}} \times 100$

- Percentual de pacientes reavaliados quanto ao risco de LPP diariamente

Método de cálculo:  $\frac{\Sigma \text{ de pacientes reavaliados quanto ao risco de LPP}}{\Sigma \text{ de pacientes avaliados}} \times 100$

- Percentual de pacientes com risco de LPP identificado e com a placa do risco indicada no painel de gerenciamento de risco à beira leito

Método de cálculo:  $\frac{\Sigma \text{ de pacientes com painel de gerenciamento de risco de LPP à beira leito identificado}}{\Sigma \text{ de pacientes avaliados}} \times 100$

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.UGQSP.NSP.004 – Página 19/28	
Título do Documento	<b>PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO</b>	Emissão: 27/12/2021 Versão: 02	Próxima revisão: 27/12/2023

- Percentual de pacientes com risco de LPP identificado e implementação de cuidados instituídos

Método de cálculo:  $\frac{\sum \text{de pacientes com implementação de cuidados para prevenção de LPP}}{\sum \text{de pacientes avaliados}} \times 100$

- Percentual de Never Events relacionados a LPP

Método de cálculo:  $\frac{\sum \text{de Never Events}}{\sum \text{de pacientes avaliados}} \times 100$

- Incidência de LPP

Método de cálculo:  $\frac{\text{Número de casos novos de pacientes com LPP}}{\text{Número total de pacientes internados com risco desenvolver LPP}} \times 100$

### 13. NOTIFICAÇÃO

Os profissionais de saúde serão orientados a notificar qualquer evento adverso relacionado à lesão por pressão utilizando o Sistema de Vigilância em Saúde e Gestão de Riscos Assistenciais Hospitalares (VIGIHOSP) e posteriormente o Núcleo de Segurança do Paciente da Instituição incluirá a notificação no Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), por meio do Sistema NOTIVISA (RDC nº 36/2013). Never Events, é conceituado como aquele evento adverso que nunca deveria ocorrer em uma unidade de saúde, portanto devem ser notificados no NOTIVISA, na qual constam lesões por pressão estágio 3 e 4 (ANVISA, 2015).

### 14. OPERACIONALIZAÇÃO DA ESCALA DE BRADEN E BRADEN Q

A escala de Braden é constituída por seis subescalas:

- As subescalas têm como objetivo a avaliação das seguintes dimensões: Percepção sensorial, Umidade da pele, Atividade, Mobilidade, Nutrição, Fricção e Cisalhamento;
- O valor atribuído a cada subescala varia entre 1 e 4 (o menor valor corresponde a um maior risco de desenvolvimento de lesão por pressão);
- O valor obtido através do somatório dos valores atribuídos a cada subescala varia entre 6 e 23;

A escala de Braden Q (Pediátrica) é constituída pela seis subescalas das Escala de Braden original e uma subescala de perfusão/oxigenação tecidual:

- Tal como referido anteriormente, o valor atribuído a cada subescala varia entre 1 e 4 (o menor valor corresponde a um maior risco de desenvolvimento de lesão por pressão);
- O valor obtido através do somatório dos valores atribuídos a cada subescala varia entre 7(maior risco) a 28 (menor risco).
- Pontuação menor ou igual a 21 pontos se classifica como alto risco para lesão por pressão e maior ou igual a 22 pontos baixo risco.

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.UGQSP.NSP.004 – Página 20/28	
Título do Documento	<b>PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO</b>	Emissão: 27/12/2021	Próxima revisão: 27/12/2023
		Versão: 02	

## 15. TRATAMENTO

O tratamento da LPP deverá ser realizado pela equipe assistencial com orientação da equipe médica e da Comissão de Prevenção e Tratamento de Lesões do HU-UFJF/Ebserh.

## 16. RELÓGIO SINALIZADOR PARA A REALIZAÇÃO DE MUDANÇA DE DECÚBITO

O relógio de Lowthian ou sinalizador para a realização de mudança de decúbito foi configurado da seguinte forma:

- 1) Posição Dorsal
- 2) Posição Lateral Esquerdo
- 3) Posição Dorsal
- 4) Posição Lateral Direito
- 5) Posição Dorsal
- 6) Posição Lateral Esquerda

### Considerações:

As posições Decúbito Dorsal e Decúbito lateral Esquerdo se repetem mais vezes pelas seguintes características:

- Decúbito Dorsal: posição de repouso
- Decúbito Lateral Esquerdo: facilita o esvaziamento gástrico.



Figura 6: Relógio de Lowthian  
Fonte: HU-UFJF/EBSERH, 2019.

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.UGQSP.NSP.004 – Página 21/28	
Título do Documento	<b>PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO</b>	Emissão: 27/12/2021 Versão: 02	Próxima revisão: 27/12/2023

## 17. REFERÊNCIAS

AMERICAN MEDICAL DIRECTORS ASSOCIATION. **Pressure Ulcers in Long-Term Care Setting Clinical Guideline**. Columbia, MD: AMDA 2008.

ANVISA. **Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde**. 2015, p.86. Disponível em: <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao?taskcallelemente&forma-t-raw&item.id>.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. ANVISA. FIOCRUZ. **Portaria N° 2.095 de 24 de setembro de 2013. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente**. Anexo 3. Protocolo de Prevenção por Pressão. Brasília, 2013.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Regulamentação Diretoria Colegiada**. N° 36 de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências, 2013.

CUDDIGAN, J., AYELLO, E. A., & SUSSMAN, C. (Eds.) (2001). **Pressure ulcers in America: Prevalence, incidence, and implications for the future**. Reston, VA: National Pressure Ulcer Advisory Panel. **Evidence Level I: Systematic Review/Meta-Analysis apud Preventing pressure ulcers and skin tears**. In: **Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice [online]**. National Guideline Clearinghouse. Disponível em [http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?ss=15&doc\\_id=12262&nbr=006346&string=p+pressure+AND+ulcer](http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?ss=15&doc_id=12262&nbr=006346&string=p+pressure+AND+ulcer)

EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL. International guideline. [Internet]. 2009. [acesso em 2018 Nov 15]. Disponível em: [http://www.epuap.org/guidelines/Final\\_Quick\\_Prevention.pdf](http://www.epuap.org/guidelines/Final_Quick_Prevention.pdf)

Institute for Healthcare Improvement. **How-to-Guide: Prevent Pressure Ulcers**. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2011. Disponível em <http://www.ihc.org>. Acessado 10 Nov 2018.

IRION, G. **Feridas - novas abordagens, manejo clínico e atlas em cores**. Goiânia: Editora AB; 2005.

NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL. **Pressure Ulcer Stages Revised by NPUAP** [on-line]; 2007. Disponível em: <http://www.npuap.org/pr2.htm>

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.UGQSP.NSP.004 – Página 22/28	
Título do Documento	<b>PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO</b>	Emissão: 27/12/2021	Próxima revisão: 27/12/2023
		Versão: 02	

ROGENSKI, N.M.B; SANTOS, V.L.C.G. **Estudo sobre a incidência de úlceras por pressão em um hospital universitário.** Rev Latino-am Enf. [Internet] 2005;13(4):474-80.

RYCROFT-MALONE, J and McInness, E (2000) **Pressure ulcer risk assessment and prevention.** Technical Report.RCN: London.

## 18. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
01	03/20219	Elaboração Inicial do Documento.
02	27/12/2021	Adequação ao modelo padrão de documentos da instituição segundo NO. SGQ.001 Elaboração e Controle de Documentos Institucionais.



Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.UGQSP.NSP.004 – Página 23/28	
Título do Documento	<b>PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO</b>	Emissão: 27/12/2021	Próxima revisão: 27/12/2023
		Versão: 02	

<p><b>Revisão</b></p> <p>Aline Ribeiro Murta Abreu Luana Mendes de Souza Marcela Leite dos Santos Jaernevey</p>	<p>Data: 22/12/2021 Data: 22/12/2021 Data: 22/12/2021</p>
<p><b>Elaboração</b></p> <p>Gilson Oliveira dos Reis Luana Mendes de Souza Marcela Leite dos Santos Jaernevey Gíulia Tácia Araújo da Silva Gondim</p>	<p>Data: 03/2019 Data: 03/2019 Data: 03/2019 Data: 03/2019</p>
<p><b>Análise</b></p> <p>Gilson Oliveira dos Reis <b>Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente</b></p>	<p>Data: 23/12/2021</p>
<p><b>Validação</b></p> <p>Marcela Leite dos Santos Jaernevey <b>Núcleo de Gestão da Qualidade</b></p>	<p>Data: 27/12/2021</p>
<p><b>Aprovação</b></p> <p>Rodrigo Daniel de Souza <b>Setor de Gestão da Qualidade</b></p>	<p>Data: 27/12/2021</p>

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.UGQSP.NSP.004 – Página 24/28	
Título do Documento	<b>PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO</b>	Emissão: 27/12/2021 Versão: 02	Próxima revisão: 27/12/2023

**ANEXO 1: ESCALA DE BRADEN (versão adaptada e validada para o Brasil)**

<b>PERCEPÇÃO SENSORIAL</b> Capacidade de reagir significativamente à pressão relacionada ao desconforto.	<b>1. Totalmente limitado:</b> Não reage (não g <sub>eme</sub> , não se segura a nada, não se esquiva) a estímulo doloroso, devido ao nível de consciência diminuído ou devido à sedação ou capacidade limitada de sentir dor na maior parte do corpo.	<b>2. Muito limitado:</b> Somente reage a estímulo doloroso. Não é capaz de comunicar desconforto exceto através de gemido ou agitação. Ou possui alguma deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	<b>3. Levemente limitado:</b> Responde a comando verbal, mas nem sempre é capaz de comunicar o desconforto ou expressar necessidade de ser mudado de posição ou tem um certo grau de deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	<b>4. Nenhuma limitação:</b> Responde a comandos verbais. Não tem déficit sensorial que limitaria a capacidade de sentir ou verbalizar dor ou desconforto.
<b>UMIDADE</b> Nível ao qual a pele é exposta a umidade.	<b>1. Completamente úmida:</b> A pele é mantida úmida quase constantemente por transpiração, urina, etc. Umidade é detectada às movimentações do paciente.	<b>2. Muito úmida:</b> A pele está frequentemente, mas nem sempre molhada. A roupa de cama deve ser trocada pelo menos uma vez por turno.	<b>3. Ocasionalmente úmida:</b> A pele fica ocasionalmente úmida requerendo uma troca extra de roupa de cama por dia.	<b>4. Raramente úmida:</b> A pele geralmente está seca, a troca de roupa de cama é necessária somente nos intervalos de rotina.
<b>ATIVIDADE</b> Grau de atividade física.	<b>1. Acamado:</b> Confinado a cama.	<b>2. Confinado a cadeira:</b> A capacidade de andar está severamente limitada ou	<b>3. Anda ocasionalmente:</b> Anda ocasionalmente durante o dia, embora distâncias	<b>4. Anda frequentemente:</b> Anda fora do quarto pelo menos 2 vezes por dia e dentro do quarto pelo menos

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.UGQSP.NSP.004 – Página 25/28	
Título do Documento	<b>PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO</b>	Emissão: 27/12/2021	Próxima revisão: 27/12/2023
		Versão: 02	

		nula. Não é capaz de sustentar o próprio peso e/ou precisa ser ajudado a se sentar.	muito curtas, com ou sem ajuda. Passa a maior parte de cada turno na cama ou cadeira.	uma vez a cada 2 horas durante as horas em que está acordado.
<b>MOBILIDADE</b> Capacidade de mudar e controlar a posição do corpo.	<b>1. Totalmente imobilizado:</b> Não faz nem mesmo pequenas mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda.	<b>2. Bastante limitado:</b> Faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou extremidades mas é incapaz de fazer mudanças frequentes ou significantes sozinho.	<b>3. Levemente limitado:</b> Faz frequentes, embora pequenas, mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda.	<b>4. Nenhuma limitação:</b> Faz importantes e frequentes mudanças sem auxílio.
<b>NUTRIÇÃO</b> Padrão usual de consumo alimentar.	<b>1. Muito pobre:</b> Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 do alimento oferecido. Come 2 porções ou menos de proteína (carnes ou laticínios) por dia. Ingere pouco líquido. Não aceita suplemento alimentar líquido. Ou é mantido em jejum e/ou mantido com dieta líquida ou	<b>2. Provavelmente inadequado:</b> Raramente come uma refeição completa. Geralmente come cerca de metade do alimento oferecido. Ingestão de proteína inclui somente 3 porções de carne ou laticínios por dia. Ocasionalmente aceitará um suplemento	<b>3. Adequado:</b> Come mais da metade da maioria das refeições. Come um total de 4 porções de alimento rico em proteína (carne e laticínios) todo dia. Ocasionalmente recusará uma refeição, mas geralmente aceitará um complemento oferecido. Ou é alimentado por sonda ou regime de nutrição parenteral total, o	<b>4. Excelente:</b> Come a maior parte de cada refeição. Nunca recusa uma refeição. Geralmente ingere um total de 4 ou mais porções de carne e laticínios. Ocasionalmente come entre as refeições. Não requer suplemento alimentar.

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.UGQSP.NSP.004 – Página 26/28	
Título do Documento	<b>PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO</b>	Emissão: 27/12/2021	Próxima revisão: 27/12/2023
		Versão: 02	

	IV por mais de cinco dias.	alimentar ou recebe abaixo da quantidade satisfatória de dieta líquida ou alimentação por sonda.	qual provavelmente satisfaz a maior parte das necessidades nutricionais.	
<b>FRICÇÃO E CISALHAMENTO</b>	<b>1. Problema:</b> Requer assistência moderada a máxima para se mover. É impossível levantá-lo ou erguê-lo completamente sem que haja atrito da pele com o lençol. Frequentemente e escorrega na cama ou cadeira, necessitando frequentes ajustes de posição com o máximo de assistência. Espasticidade, contratura ou agitação leva a quase constante fricção.	<b>2. Problema em potencial:</b> Move-se mas, sem vigor ou requer mínima assistência. Durante o movimento provavelmente ocorre um certo atrito da pele com o lençol, cadeira ou outros. Na maior parte do tempo mantém posição relativamente boa na cama ou na cadeira mas ocasionalmente escorrega.	<b>3. Nenhum problema:</b> Move-se sozinho na cama ou cadeira e tem suficiente força muscular para erguer-se completamente durante o movimento. Sempre mantém boa posição na cama ou cadeira.	
				<b>PONTUAÇÃO TOTAL</b> →

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

**Nível de risco: Risco Baixo: 15 a 18 pontos / Risco Moderado: 13 a 14 pontos / Risco Alto: 10 a 12 pontos / Risco Muito Alto: ≤ 9 pontos**

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.UGQSP.NSP.004 – Página 27/28	
Título do Documento	<b>PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO</b>	Emissão: 27/12/2021 Versão: 02	Próxima revisão: 27/12/2023

## ANEXO 2: ESCALA DE BRADEN Q (versão adaptada e validada para o Brasil)

<p><b>MOBILIDADE:</b> Capacidade de mudar e controlar a posição do corpo.</p>	<p><b>1. Completament e Imóvel:</b> Não faz mudanças, nem mesmo pequenas, na posição do corpo ou das extremidades, sem ajuda.</p>	<p><b>2. Muito limitado:</b> Faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou extremidades, mas é incapaz de fazer mudanças completamente sozinho.</p>	<p><b>3. Levemente limitado:</b> Faz mudanças freqüentes, embora pequenas, na posição do corpo ou das extremidades, sem ajuda.</p>	<p><b>4. Nenhuma limitação:</b> Faz mudanças importantes e freqüentes na posição do corpo, sem ajuda.</p>
<p><b>ATIVIDADE:</b> Grau de atividade física.</p>	<p><b>1. Acamado:</b> Permanece no leito o tempo todo.</p>	<p><b>2. Restrito à cadeira:</b> 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.</p>	<p><b>3. Deambulação ocasional:</b> 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.</p>	<p><b>4. Crianças jovens demais para deambular ou deambulam frequentemente e:</b> 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.</p>
<p><b>PERCEPÇÃO SENSORIAL:</b> Capacidade de responder de maneira apropriada ao desconforto relacionado à pressão</p>	<p><b>1. Completamente limitada:</b> Não responde ao estímulo doloroso (não geme, não se encolhe ou se agarra), devido à diminuição do nível de consciência, ou sedação ou limitação da capacidade de sentir dor na maior</p>	<p><b>2. Muito limitada:</b> Responde apenas ao estímulo doloroso. Não consegue comunicar desconforto, exceto por gemido ou inquietação; ou apresenta alguma disfunção sensorial que</p>	<p><b>3. Levemente limitada:</b> Responde aos comandos verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, ou apresenta alguma</p>	<p><b>4. Nenhuma alteração:</b> Responde aos comandos verbais. Não apresenta déficit sensorial que limite a capacidade de sentir ou comunicar dor ou desconforto.</p>

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.UGQSP.NSP.004 – Página 28/28	
Título do Documento	<b>PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO</b>	Emissão: 27/12/2021	Próxima revisão: 27/12/2023
		Versão: 02	

	parte da superfície corporal.	limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais da metade do corpo.	disfunção sensorial em uma ou duas extremidades que limita a capacidade de sentir dor.	
<b>UMIDADE:</b> Grau de exposição da pele à umidade.	<b>1. Constantemente úmida:</b> A pele fica constantemente úmida por suor, urina, etc. A umidade é percebida cada vez que o paciente é movimentado ou mudado de posição.	<b>2. Frequentemente úmida:</b> A pele está frequentemente, mas nem sempre, úmida. A roupa de cama precisa ser trocada pelo menos a cada oito horas.	<b>3. Ocasionalmente úmida:</b> A pele está ocasionalmente úmida, necessitando de troca de roupa de cama a cada 12 horas.	<b>4. Raramente úmida:</b> 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>FRICÇÃO E CISCALHAMENTO:</b> Fricção: a pele se move contra as estruturas de suporte. Cisalhamento: a pele e a superfície óssea adjacente deslizam uma sobre a outra.	<b>1. Problema importante:</b> A espasticidade, a contratura, o prurido ou a agitação levam a criança debater-se no leito e há fricção quase constante.	<b>2. Problema:</b> 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 frequente com o máximo de assistência.	<b>3. Problema Potencial:</b> Movimenta-se com dificuldade ou necessita de mínima assistência. Durante o movimento, provavelmente ocorre atrito entre a pele e os lençóis, cadeira, coxins ou outros dispositivos. A maior parte do tempo mantém uma posição relativamente boa na cadeira e no leito, mas ocasionalmente escorrega.	<b>4. Nenhum problema aparente:</b> Capaz de levantar-se completamente durante uma mudança de posição. Movimenta-se sozinho na cadeira e no leito, e tem força muscular suficiente para levantar-se completamente durante o movimento. Mantém uma posição adequada no leito e na cadeira o tempo todo.

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.UGQSP.NSP.004 – Página 29/28	
Título do Documento	<b>PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO</b>	Emissão: 27/12/2021	Próxima revisão: 27/12/2023
		Versão: 02	

<p><b>NUTRIÇÃO</b> Padrão habitual de consumo alimentar.</p>	<p><b>1. Muito pobre:</b> Em jejum e/ou mantido com ingesta hídrica ou hidratação IV por mais de 5 dias ou albumina &lt; 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.</p>	<p><b>2. Inadequada:</b> Dieta líquida por sonda ou NPP que fornece calorias e minerais insuficientes para a idade ou albumina &lt; 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.</p>	<p><b>3. Adequada:</b> 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.</p>	<p><b>4. Excelente:</b> 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.</p>
<p><b>PERFUSÃO TECIDUAL E OXIGENAÇÃO</b></p>	<p><b>1. Extremamente comprometida:</b> Hipotenso (PAM &lt;50 mmHg; &lt;40 mmHg em recém-nascido) ou o paciente não tolera as mudanças de posição.</p>	<p><b>2. Comprometida:</b> Normotenso. Apresenta saturação de oxigênio &lt;95% ou a hemoglobina &lt;10 mg/dl ou o tempo de enchimento capilar &gt;2 segundos. O pH sérico &lt;7,40.</p>	<p><b>3. Adequada:</b> Normotenso. Apresenta saturação de oxigênio &lt;95% ou a hemoglobina &lt;10 mg/dl ou o tempo de enchimento capilar &gt;2 segundos. O pH sérico <b>é normal.</b></p>	<p><b>4. Excelente:</b> Normotenso. Apresenta saturação de oxigênio &gt;95%, a hemoglobina normal e o tempo de enchimento capilar &lt;2 segundos.</p>

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.UGQSP.NSP.004 – Página 30/28	
Título do Documento	<b>PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO</b>	Emissão: 27/12/2021	Próxima revisão: 27/12/2023
		Versão: 02	

	<b>PONTUAÇÃO</b>	➔
	<b>TOTAL</b>	

Copyright® Braden Q, Bergstrom 1988. Adaptada e validada para o Brasil por Paranhos, Santos 1999. Disponível em:  
<<http://www.bradscale.com/translations.htm>>Nível de Risco: Risco Alto: ≤ 21; Risco Baixo: ≥ 22