

 INC INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA	INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA				
	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO				
Proposto por: Comissão Curativos Divisão de Enfermagem Área de Ambulatório Ass.: <i>Monise de Souza Pinto</i> Ass.: <i>Paulo de Silva Soares</i> Ass.: <i>André N. de S. P.</i>		Verificado por: Núcleo Normativo/NQS Ass.: <i>Quizela</i>		Aprovado por: Coordenação Assistencial Ass.: <i>Alexandre Bogue</i> CREMERJ 52667737 Matrícula 1574644 Coord Assistencial do INC-MS Vice Diretor do INC-MS	
Tipo de documento: POP	Código do POP: POP.SEG.003	Início da vigência: 30/12/2022	Próxima revisão: 29/12/2024	Versão: 6	Página: 1 de 31

PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO

	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO	Código da Norma:	POP.SEG.003
		Revisão:	6
		Página:	2 de 31

SUMÁRIO

1	Objetivo.....	3
2	Referências Normativas	3
3	Glossário	3
4	Responsabilidades	4
5	Avaliação do risco para LPP e das condições da pele.....	5
6	Aplicação da escala de risco de Braden	7
7	Avaliação dos pacientes utilizando a escala de risco de Braden Q.....	12
8	Intervenção de acordo com o critério umidade excessiva alterado na escala de Braden e Braden Q	15
9	Intervenção de acordo com alteração do critério nutrição alterada na escala de Braden e Braden Q	16
10	Intervenção de acordo com o critério fricção e cisalhamento alterado na escala de Braden e Braden Q.	17
11	Intervenção de acordo com o critério pressão, atividade, mobilidade e percepção sensorial alterado na escala de Braden e Braden Q.....	17
12	Cuidados na utilização de dispositivos médicos.....	18
13	Ações na ocorrência de LPP.....	19
14	Observações	20
15	Indicadores.....	20
16	Relação de anexos	20

	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO	Código da Norma:	POP.SEG.003
		Revisão:	6
		Página:	3 de 31

1 OBJETIVO

Promover a prevenção da ocorrência de Lesão por Pressão (LPP) nos pacientes internados no INC.

2 REFERÊNCIAS NORMATIVAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo para Prevenção de Úlcera por Pressão. Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013, Anexo 2. Disponível em: <<http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/ulcera-por-pressao>> Acesso.maio.2015.

Consenso de classificação das lesões por pressão. National Pressure Ulcer Advisory Panel. Adaptada culturalmente para o Brasil. 2016.

NPUAP/EPUAP/PPPIA. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. Emily Haesler (Ed). Cambridge Media: Osborne Park, Australia; 2014.

3 GLOSSÁRIO

Cisalhamento - Deformação que sofre um corpo quando sujeito à ação de forças de fricção, que é exercida por superfície paralela e em sentido oposto ao plano de interesse (superfície de apoio).

Dispositivos Médicos - Aparelhos ou instrumentos utilizados por profissionais da saúde com o objetivo de diagnosticar, prevenir e tratar enfermidades. Ex: Oximetria Digital; Fixador de TOT; Manguito do Multiparâmetro; Sonda/Cateter Nasal etc.

Escala de Braden - Caracteriza o paciente adulto de acordo com o risco para desenvolver LPP.

Escala de Braden Q - Essa versão modificada utiliza fatores de risco específicos para o desenvolvimento de LPP em pacientes pediátricos. Deve-se utilizar a avaliação de dois parâmetros: intensidade e a duração da pressão (avaliação da mobilidade, da atividade e da percepção sensorial) e tolerância dos tecidos (avaliação da umidade, do cisalhamento, da nutrição, da perfusão e da oxigenação dos tecidos).

Esfacelo - Necrose amolecida, tecido de coloração variando de amarelo a cinza, delgado, mucinoso, que pode estar aderido ao leito da ferida.

	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO	Código da Norma:	POP.SEG.003
		Revisão:	6
		Página:	4 de 31

Fricção - Resistência em direção paralela ao movimento que ocorre no espaço comum entre duas superfícies. Ocorre quando duas superfícies sofrem atrito uma contra a outra. A causa mais comum é “arrastar” o paciente durante a sua mobilização.

Pressão - Força do corpo exercida, principalmente em proeminências ósseas, perpendicularmente ao plano de interesse (superfície de apoio).

Superfície Especial para o Manejo da Pressão (SEMP) - São superfícies ou dispositivos, cuja configuração física e/ou estrutural, apresenta propriedades de redistribuição de pressão, capazes de controlar a carga tecidual, o microclima e outras funções terapêuticas como: reduzir fricção, cisalhamento e proporcionar conforto.

Lesão Por Pressão (LPP) - Lesão localizada na pele e/ou tecido subjacente, geralmente sobre uma proeminência óssea, resultante da pressão ou da combinação entre pressão e cisalhamento causado pela fricção.

Lesão por Pressão (LPP) 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.

Lesão por Pressão (LPP) Relacionada a Dispositivo Médico - lesão que resulta do uso de dispositivos criados e aplicados para fins diagnósticos e terapêuticos. A LPP resultante geralmente apresenta o padrão ou forma do dispositivo.

4 RESPONSABILIDADES

FUNÇÃO	ATRIBUIÇÕES
Enfermeiro da unidade de internação	- Avaliar as condições da pele e do risco de desenvolvimento de LPP de todos os pacientes; - Implementar intervenções de acordo com o escore de risco identificado; - Utilizar dispositivos médicos que minimizem os danos à pele;
Técnico de enfermagem	Implementar intervenções de acordo com o escore de risco identificado
Equipe da Nutrição Clínica	Institui as medidas nutricionais específicas para a prevenção de LPP;

	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO	Código da Norma:	POP.SEG.003
		Revisão:	6
		Página:	5 de 31

5 AVALIAÇÃO DO RISCO PARA LPP E DAS CONDIÇÕES DA PELE.

- 5.1 O Enfermeiro (a) da unidade de internação deve avaliar as condições da pele e do risco de desenvolvimento de LPP de todos os pacientes;
- 5.1.1 Em adultos, através da aplicação da Escala de Braden; (Anexo I);
- 5.1.2 Na pediatria, através da aplicação da escala de Braden Q (Anexo II) para pacientes pediátricos com faixa etária de 01 mês a 17 anos 11 meses 29 dias (com peso máximo 45Kg);
- 5.1.3 A classificação do risco dá-se de maneira inversamente proporcional à pontuação, ou seja, quanto maior o número de pontos, MENOR é o risco para a ocorrência de lesão.
- 5.2 Definir, de acordo com o grau de risco identificado, a estratégia de cuidado individualizado para cada paciente;
- 5.3 Realizar avaliação, obrigatoriamente, antes do encaminhamento para o centro cirúrgico;
- 5.4 Reavaliar todos os pacientes submetidos a procedimento cirúrgico quanto às condições da pele imediatamente após retornar do centro cirúrgico;
- 5.5 Considerar a existência de fatores de risco intrínsecos e extrínsecos e as fragilidades e vulnerabilidades para o desenvolvimento de alterações de pele, conforme a avaliação clínica do paciente e as escalas preditivas padronizadas (Quadro 1);

QUADRO 1 - FATORES CONTRIBUINTES PARA O DESENVOLVIMENTO DE LPP

Idade avançada	Nesta fase ocorrem: achatamento da junção entre a derme e epiderme, menor troca de nutrientes, menor resistência à força de cisalhamento e diminuição da capacidade de redistribuir a carga mecânica da pressão.
Baixa pressão sanguínea	- A hipotensão pode desviar o sangue da pele para órgãos vitais. - As pressões geralmente consideradas são pressão sistólica abaixo de 100 mmHg e diastólica abaixo de 60 mmHg. - Capilares podem ocluir-se com pressões menores.
Estado psicológico	Motivação e comportamento, atividade psicomotora (hipo ou hiperatividade) e estresse são considerados.
Tabagismo	Diminui a quantidade de oxihemoglobina circulante.
Temperatura corporal elevada	Pode estar relacionada ao aumento da demanda de oxigênio em tecidos com anóxia.
Incontinência urinária	Contribui para a maceração da pele.

	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO	Código da Norma:	POP.SEG.003
		Revisão:	6
		Página:	6 de 31

ou fecal	
Doenças crônico-degenerativas	• Diabetes, hipertensão, doença vascular periférica, doença autoimune e o próprio câncer.
Medicações	• Antimicrobianos, antineoplásicos, biguanida, laxativos, agentes procinéticos, digitálicos, antivirais, imunossuppressores, eletrólitos e diuréticos – podem interferir na umidade da pele por causar diarreia ou aumentarem o volume e fluxo urinário; • Benzodiazepínicos, anticonvulsivantes, antidepressivos, opioide e antieméticos – podem interferir na mobilidade, fricção e cisalhamento, por causar sonolência, hipotensão, delirium, confusão mental e tremores; • Opióides, anestésicos, antineoplásicos, digitálicos, antidepressivos e sais de ferro, podem causar anorexia, alterações no paladar, xerostomia, estomatites, mucosites, náuseas e vômitos; • Corticosteroides - podem interferir no processo de cicatrização das feridas.
Utilização de dispositivos médicos	• Cânulas, sondas, cateteres, imobilizadores, máscaras, gesso, sistemas de contenção e compressão. • ATENÇÃO: O profissional deve aplicar um dispositivo médico ciente do respectivo potencial para expandir os tecidos e piorar o edema. Dependendo do tipo/finalidade do dispositivo, pode ser aconselhado soltá-lo, substituí-lo ou removê-lo.

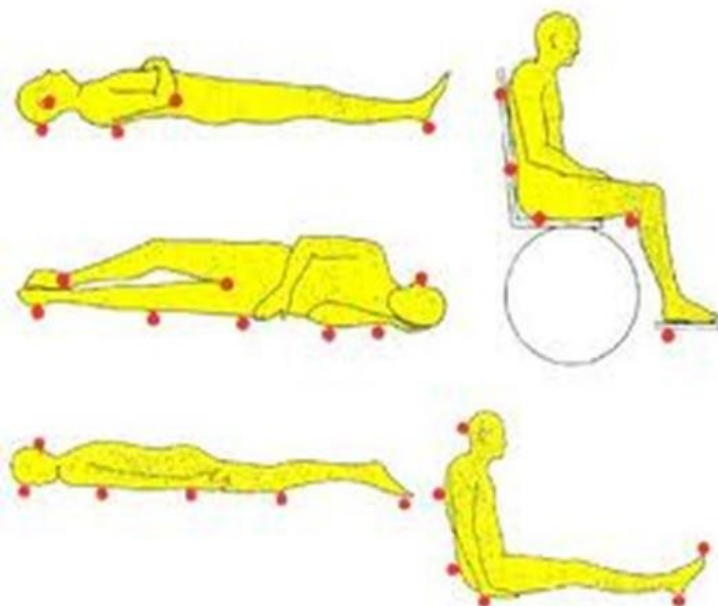
5.6 Avaliar às áreas corporais de maior risco, como as regiões anatômicas (Figura 1);

5.6.1 Região sacral, calcânea, face medial do joelho, ísquio, trocânter, occipital, escapular, maleolar, auricular, locais com uso de adesivos, locais susceptíveis à Dermatite Associada à Incontinência (DAI) e regiões corporais submetidas à pressão por dispositivos como a presença de cateteres, tubos e drenos;

5.6.2 Casos de paciente em posição prona, as áreas são supercílio, pavilhão auricular, cartilagem alar (“ponta do nariz”) e mento (“queixo”);

	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO	Código da Norma:	POP.SEG.003
		Revisão:	6
		Página:	7 de 31

FIGURA 1 - POSSÍVEL ZONAS DE PRESSÃO FREQUENTES DE LPP



5.7 Registrar no Formulário Avaliação do Risco de Lesão por Pressão (Anexo III);

6 APLICAÇÃO DA ESCALA DE RISCO DE BRADEN

6.1 A Equipe de Enfermagem deve avaliar a Percepção Sensorial (Avalia capacidade de responder apropriadamente ao desconforto relacionado à pressão);

6.1.1 Completamente limitado: não reage (não lamenta, nem recua), devido à sedação OU capacidade limitada de sentir dor sobre a maior parte da superfície corporal - marcar 1 ponto;

6.1.2 Muito limitado: Quando há resposta somente ao estímulo doloroso com gemido ou inquietação OU capacidade sensorial prejudicada em metade do corpo - marcar 2 pontos;

6.1.3 Pouco limitado: Quando existe resposta ao comando verbal, porém não há comunicação do desconforto ou da necessidade de mudança de posição OU há déficit sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades - marcar 3 pontos;

6.1.4 Não prejudicada: Responde ao comando verbal e não há déficit sensorial - marcar 4 pontos;

6.2 Avaliar a Umidade (grau de umidade a que está exposto à pele);

	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO	Código da Norma:	POP.SEG.003
		Revisão:	6
		Página:	8 de 31

- 6.2.1 Constantemente úmida: a pele se mantém constantemente úmida pela urina, sudorese, et. Umidade é detectada a cada hora que o paciente é mudado de decúbito - marcar 1 ponto;
- 6.2.2 Úmida: a pele se encontra frequentemente úmida, sendo necessário a troca de lençol mais de uma vez durante o plantão - marcar 2 pontos;
- 6.2.3 Ocasionalmente Úmida: a pele fica molhada ocasionalmente. Requer uma troca extra uma vez ao dia - marcar 3 pontos;
- 6.2.4 Livre de Umidade: a pele está usualmente seca. O paciente é trocado apenas nos intervalos de rotina - marcar 4 pontos;
- 6.3 Avaliar a Atividade (avalia o grau de atividade física);
- 6.3.1 Restrito ao Leito: confinado ao leito - marcar 1 ponto;
- 6.3.2 Restrito á Cadeira: capacidade de andar severamente limitada ou não existente. Não consegue suportar seu próprio peso e/ou necessita ser assistido na cadeira - marcar 2 pontos;
- 6.3.3 Caminha Ocasionalmente: anda ocasionalmente pequenas distâncias durante o dia, com ou sem auxílio. Permanece a maior parte do dia na cadeira ou no leito - marcar 3 pontos;
- 6.3.4 Caminha Frequentemente: Anda fora do quarto no mínimo duas vezes ao dia e dentro do quarto pelo menos cada duas horas - marcar 4 pontos;
- 6.4 Avaliar a Mobilidade (avalia a capacidade de alterar e controlar o posicionamento do corpo);
- 6.4.1 Completamente Imóvel: não há sequer uma pequena troca de posição do corpo ou extremidades sem assistência - marcar 1 ponto;
- 6.4.2 Muito limitada: ocasionalmente o paciente efetua pequenas mudanças de posição ou extremidades, mas é incapaz de efetuar frequente ou significativa mudança independente - marcar 2 pontos;
- 6.4.3 Pouco Limitada: frequente, embora discretas mudanças de posição ou extremidades independentes - marcar 3 pontos;

	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO	Código da Norma:	POP.SEG.003
		Revisão:	6
		Página:	9 de 31

6.4.4 Sem limitações: Frequência maior de mudança de posicionamento, sem assistência
- marcar 4 pontos;

6.5 Avaliar a Nutrição (avalia o padrão de ingestão alimentar);

6.5.1 Muito Deficiente: Nunca ingere uma refeição completa (raramente ingere + 1/3 alimento oferecido). Ingere 2 porções ou menos de proteína (carne, leite, ou derivados) por ida. Ingesta pobre de líquidos e nega suplemento alimentar OU não recebe nada por via oral e/ou é mantido com líquidos ou hidratação venosa por mais de 5 dias - marcar 1 ponto;

6.5.2 Provável Inadequação: raramente ingere uma refeição completa (ingere apenas ½ do alimento oferecido). Alimenta-se de 3 refeições ricas em proteínas/dia(carne, leite ou derivados). Ocasionalmente aceita suplemento alimentar OU recebe quantidade inferior de dieta líquida (VO ou por cateter de alimentação) - marcar 2 pontos;

6.5.3 Adequada: ingere + ½ da refeição oferecida. Consome 4 refeições ricas em proteínas/dia (carne, leite ou derivados). Ocasionalmente recusa 1 refeição, mas aceita suplemento se oferecido OU está em regime de suporte nutricional parenteral ou enteral pleno - marcar 3 pontos;

6.5.4 Excelente: Ingere praticamente tudo. Usualmente consome quatro ou mais refeições/ dia ricas em proteínas. Nunca recusa a alimentação. Ocasionalmente come entre as refeições, não necessita de suplemento alimentar - marcar 4 pontos;

6.6 Avaliar Fricção e Cisalhamento (avalia o grau de contato entre a pele e o lençol de acordo com a mobilidade do paciente);

6.6.1 Problemas: requer moderada a máxima assistência para se movimentar, havendo completo deslizamento da pele sobre o lençol. Frequentemente existe o deslizamento para parte baixa do leito ou cadeira, requerendo reposicionamento constante. Constante fricção devido à contratura, espasticidade e/ou agitação - marcar 1 ponto;

6.6.2 Problema em Potencial: movimenta-se com pequena ou mínima assistência. Durante a mobilização, a pele frequentemente desliza sobre a cama, contenções ou cadeira. Mantem frequentemente bom posicionamento sentado ou no leito, porém ocasionalmente desliza - marcar 2 pontos;

	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO	Código da Norma:	POP.SEG.003
		Revisão:	6
		Página:	10 de 31

6.6.3 Sem Problema Aparente: movimenta-se no leito e na cadeira independente e tem força muscular suficiente para erguer-se completamente durante o movimento. Mantem - se bem posicionado no leito e na cadeira, durante todo tempo - marcar 3 pontos;

6.7 Somar a pontuação e avaliar o resultado;

6.7.1 **RISCO BAIXO**: 16 a 23 pontos;

6.7.2 **RISCO MODERADO**: 13 a 15 pontos;

6.7.3 **RISCO ALTO**: ≤ 12 pontos;

6.8 Registrar o resultado da estratificação de risco no impresso de avaliação;

6.8.1 Na admissão registrar no formulário de admissão da enfermagem com estratificação do risco de LPP (Anexo III);

6.8.2 Diariamente no formulário de avaliação de risco de lesão por pressão adulto (Anexo IV).

6.9 Aplicar medidas preventivas conforme o resultado do risco identificação pela escala de Braden (Quadro 2);

QUADRO 2 - MEDIDAS PREVENTIVAS PARA RISCO DE LPP

<u>RISCO BAIXO (16-23)</u>	<u>RISCO MODERADO (13-15)</u>	<u>RISCO ALTO (<12)</u>
- Realizar inspeção diária da pele do paciente; - Hidratação da pele com hidratantes e emolientes livres de álcool ou creme barreira; - Estimular a ingesta hídrica, se possível, de acordo com a patologia; - Estimular a alimentação adequada conforme nutrição; - Orientar aos cuidados de higiene pessoal; - Estimular a deambulação; - Cuidados com a pele na fixação de cateteres, dar	- Realizar inspeção diária da pele do paciente; - Hidratação da pele com hidratantes e emolientes livres de álcool ou creme barreira; - Estimular a ingesta hídrica, se possível, de acordo com a patologia; - Estimular a alimentação adequada conforme nutrição; - Orientar aos cuidados de higiene pessoal; - Estimular a deambulação; - Cuidados com a pele na fixação de cateteres, dar preferência a	- Realizar inspeção da pele do paciente de 12/12 horas; -Hidratação da pele com hidratantes e emolientes livres de álcool ou creme barreira; - Estimular a ingesta hídrica, se possível, de acordo com a patologia; - Estimular a alimentação adequada conforme nutrição; - Orientar aos cuidados de higiene pessoal; - Estimular a deambulação; - Cuidados com a pele na fixação de cateteres, dar preferência a

preferência a adesivo hipoalergênico e uso de protetor cutâneo;

- Manter colchão piramidal;
- Estimular a mobilização passiva (movimentação auxiliada) e/ou ativa (auto movimentação);
- Não massagear áreas hiperemiadas;
- Não utilizar fraldas em pacientes deambulantes;
- Manter cabeceira à 30° no máximo.
- Realizar manejo de fricção e cisalhamento pela utilização de coxins, almofadas ou posicionadores nas áreas de atrito, e aplicação de protetores cutâneos, filmes ou coberturas de espumas ou hidrocolóides finos ou filmes transparentes, nas áreas de proeminências ósseas, de acordo com a avaliação individualizada e conforme a relação de materiais padronizada;

adesivo hipoalergênico e uso de protetor cutâneo;

- Manter colchão pneumático;
- Estimular a mobilização passiva (movimentação auxiliada) e/ou ativa (auto movimentação);
- Não massagear áreas hiperemiadas;
- Nunca utilizar 2 ou + fraldas em pacientes incontinentes;
- Manter o paciente seco e higienizado;
- Limpar a pele evitando força e fricção;
- Evitar contraturas e posições viciosas;
- Fazer escalas de mudança de decúbito de 2/2horas (utilizar relógio);
- Mobilizar o paciente em bloco, com 2 ou + funcionários, sem arrasto;
- Manter cabeceira à 30° no máximo;
- Utilizar dispositivos para posicionamento do corpo e proteção das proeminências (coxins, espumas, etc);
- Elevar completamente os calcanhares com posicionador;
- Proteger proeminências com espumas e silicone, hidrocolóide fino.
- Utilizar a SEMP (Superfície Especial para Manejo da Pressão), Anexo V;

adesivo hipoalergênico e uso de protetor cutâneo;

- Manter colchão pneumático;
- Estimular a mobilização passiva (movimentação auxiliada) e/ou ativa (auto movimentação);
- Não massagear áreas hiperemiadas;
- Nunca utilizar 2 ou + fraldas em pacientes incontinentes;
- Manter o paciente seco e higienizado;
- Limpar a pele evitando força e fricção;
- Evitar contraturas e posições viciosas;
- Fazer escalas de mudança de decúbito de 2/2horas (utilizar relógio);
- Mobilizar o paciente em bloco, com 2 ou + funcionários, sem arrasto;
- Manter cabeceira à 30° no máximo;
- Utilizar dispositivos para posicionamento do corpo e proteção das proeminências (coxins, espumas, etc);
- Elevar completamente os calcanhares com posicionador;
- Proteger proeminências com espumas e silicone, hidrocolóide fino.
- Utilizar a SEMP (Superfície Especial para Manejo da Pressão); Anexo V;
- Realizar manejo de umidade com troca de fraldas 4/4hs e nutrição;
- Realizar manejo da dor.

	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO	Código da Norma:	POP.SEG.003
		Revisão:	6
		Página:	12 de 31

7 AVALIAÇÃO DOS PACIENTES UTILIZANDO A ESCALA DE RISCO DE BRADEN Q.

7.1 A **Equipe de Enfermagem** deve avaliar a Percepção Sensorial (Avalia capacidade de responder apropriadamente ao desconforto relacionado à pressão);

7.1.1 Completamente limitado: não reage (não lamenta, nem recua), devido à sedação OU capacidade limitada de sentir dor sobre a maior parte da superfície corporal - marcar 1 ponto;

7.1.2 Muito limitado: Quando há resposta somente ao estímulo doloroso com gemido ou inquietação OU capacidade sensorial prejudicada em metade do corpo - marcar 2 pontos;

7.1.3 Pouco limitado: Quando existe resposta ao comando verbal, porém não há comunicação do desconforto ou da necessidade de mudança de posição OU há déficit sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades - marcar 3 pontos;

7.1.4 Não prejudicada: Responde ao comando verbal e não há déficit sensorial - marcar 4 pontos;

7.2 Avaliar a Umidade (grau de umidade a que está exposto à pele);

7.2.1 Constantemente úmida: a pele se mantém constantemente úmida pela urina, sudorese, et. Umidade é detectada a cada hora que o paciente é mudado de decúbito - marcar 1 ponto;

7.2.2 Úmida: a pele se encontra frequentemente úmida, sendo necessário a troca de lençol mais de uma vez durante o plantão - marcar 2 pontos;

7.2.3 Ocasionalmente Úmida: a pele fica molhada ocasionalmente. Requer uma troca extra uma vez ao dia - marcar 3 pontos;

7.2.4 Livre de Umidade: a pele está usualmente seca. O paciente é trocado apenas nos intervalos de rotina - marcar 4 pontos;

7.3 Avaliar a Atividade (avalia o grau de atividade física);

7.3.1 Restrito ao Leito: confinado ao leito - marcar 1 ponto;

	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO	Código da Norma:	POP.SEG.003
		Revisão:	6
		Página:	13 de 31

7.3.2 Restrito á Cadeira: capacidade de andar severamente limitada ou não existente. Não consegue suportar seu próprio peso e/ou necessita ser assistido na cadeira - marcar 2 pontos;

7.3.3 Caminha Ocasionalmente: anda ocasionalmente pequenas distâncias durante o dia, com ou sem auxílio. Permanece a maior parte do dia na cadeira ou no leito - marcar 3 pontos;

7.3.4 Caminha Frequentemente: Anda fora do quarto no mínimo duas vezes ao dia e dentro do quarto pelo menos cada duas horas - marcar 4 pontos;

7.4 Avaliar a Mobilidade (avalia a capacidade de alterar e controlar o posicionamento do corpo);

7.4.1 Completamente Imóvel: não há sequer uma pequena troca de posição do corpo ou extremidades sem assistência - marcar 1 ponto;

7.4.2 Muito limitada: ocasionalmente o paciente efetua pequenas mudanças de posição ou extremidades, mas é incapaz de efetuar frequente ou significativa mudança independente - marcar 2 pontos;

7.4.3 Pouco Limitada: frequente, embora discretas mudanças de posição ou extremidades independentes - marcar 3 pontos;

7.4.4 Sem limitações: Frequência maior de mudança de posicionamento, sem assistência - marcar 4 pontos;

7.5 Avaliar a Nutrição (avalia o padrão de ingestão alimentar);

7.5.1 Muito Deficiente: Nunca ingere uma refeição completa (raramente ingere + 1/3 alimento oferecido). Ingere 2 porções ou menos de proteína (carne, leite, ou derivados) por ida. Ingesta pobre de líquidos e nega suplemento alimentar OU não recebe nada por via oral e/ou é mantido com líquidos ou hidratação venosa por mais de 5 dias - marcar 1 ponto;

7.5.2 Provável Inadequação: raramente ingere uma refeição completa (ingere apenas ½ do alimento oferecido). Alimenta-se de 3 refeições ricas em proteínas/dia(carne, leite ou derivados). Ocasionalmente aceita suplemento alimentar OU recebe quantidade inferior de dieta líquida (VO ou por cateter de alimentação) - marcar 2 pontos;

	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO	Código da Norma:	POP.SEG.003
		Revisão:	6
		Página:	14 de 31

7.5.3 Adequada: ingere + ½ da refeição oferecida. Consome 4 refeições ricas em proteínas/dia (carne, leite ou derivados). Ocasionalmente recusa 1 refeição, mas aceita suplemento se oferecido OU está em regime de suporte nutricional parenteral ou enteral pleno - marcar 3 pontos;

7.5.4 Excelente: Ingere praticamente tudo. Usualmente consome quatro ou mais refeições/ dia ricas em proteínas. Nunca recusa a alimentação. Ocasionalmente come entre as refeições, não necessita de suplemento alimentar - marcar 4 pontos;

7.6 Avaliar Fricção e Cisalhamento (avalia o grau de contato entre a pele e o lençol de acordo com a mobilidade do paciente);

7.6.1 Problemas significativos: requer moderada a máxima assistência para se movimentar, havendo completo deslizamento da pele sobre o lençol. Frequentemente existe o deslizamento para parte baixa do leito ou cadeira, requerendo reposicionamento constante. Constante fricção devido à contratura, espasticidade e/ou agitação - marcar 1 ponto;

7.6.2 Problema: movimenta-se com pequena ou mínima assistência. Durante a mobilização, a pele frequentemente desliza sobre a cama, contenções ou cadeira. Mantém frequentemente bom posicionamento sentado ou no leito, porém ocasionalmente desliza - marcar 2 pontos;

7.6.3 Problema Potencial: movimenta-se no leito e na cadeira independente e tem força muscular suficiente para erguer-se completamente durante o movimento. Mantém - se bem posicionado no leito e na cadeira, durante todo tempo - marcar 3 pontos;

7.6.4 Nenhum Problema: É possível levantar completamente o doente durante um posicionamento; Move-se na cama e cadeira de forma independente e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante o posicionamento. Mantém sempre uma boa posição na cama ou cadeira, em todas as alturas - marcar 4 pontos;

7.7 Avaliar Perfusão Tissular e Oxigenação (Avalia o fornecimento sanguíneo corporal, principalmente extremidades);

7.7.1 Extremamente Comprometido Hipotenso: (PA Média <50 mmHg; <40 mmHg num recém nascido) OU o doente não tolera fisiologicamente mudanças de posição - marcar 1 ponto;

	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO	Código da Norma:	POP.SEG.003
		Revisão:	6
		Página:	15 de 31

7.7.2 Comprometido Normotenso: A saturação de oxigénio pode ser <95% OU a hemoglobina pode ser <10 mg/dl OU o repleenchimento capilar pode ser >2 segundos; Ph sérico <7.40 - marcar 2 pontos;

7.7.3 Adequado Normotenso: A saturação de oxigénio pode ser <95% OU a hemoglobina pode ser <10 mg/dl OU o repleenchimento capilar pode ser >2 segundos; Ph sérico normal - marcar 3 pontos;

7.7.4 Excelente Normotenso: A saturação de oxigénio >95%; Hemoglobina normal; Preenchimento capilar < 2 segundos - marcar 4 pontos;

7.8 Somar a pontuação e avaliar o resultado;

7.8.1 **RISCO BAIXÍSSIMO**: 27 a 23 pontos

7.8.2 **RISCO BAIXO**: 22 a 20 pontos;

7.8.3 **RISCO MODERADO**: 19 a 15 pontos;

7.8.4 **RISCO ALTO**: ≤ 15 pontos;

7.9 Registrar o resultado da estratificação de risco no impresso de avaliação;

7.9.1 Na admissão registrar no formulário de admissão da enfermagem com estratificação do risco de LPP (Anexo V);

7.9.2 Diariamente no formulário de avaliação de risco de lesão por pressão pediátrica (Anexo VI).

7.10 Aplicar medidas preventivas conforme o resultado do risco identificação pela escala de Braden Q.

8 INTERVENÇÃO DE ACORDO COM O CRITÉRIO **UMIDADE EXCESSIVA** ALTERADO NA ESCALA DE BRADEN E BRADEN Q.

8.1 O enfermeiro (a) ou técnico de enfermagem da unidade de internação deve implementar intervenções de acordo com o escore de risco identificado no critério **UMIDADE EXCESSIVA** a partir do escore de risco total;

8.1.1 Score de risco pela escala de Braden ≤ 15;

8.1.2 Score de risco pela escala de Braden Q ≤ 19;

	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO	Código da Norma:	POP.SEG.003
		Revisão:	6
		Página:	16 de 31

- 8.2 Limpar a pele sempre que estiver suja ou sempre que necessário, em intervalos regulares com água morna e sabão neutro para evitar a irritação e ressecamento;
- 8.3 Aplicar hidratante com movimentos suaves e circulares na pele, preferencialmente após banho, pelo menos 1 vez ao dia.
- 8.3.1 Não massagear áreas de proeminências ósseas ou áreas hiperemiadas;
- 8.4 Controla a umidade através da determinação da causa e protege a pele da exposição à umidade excessiva através do uso de produtos de barreira.
- 8.4.1 Quando possível, oferece um aparador (comadre ou papagaio) nos horários de mudança de decúbito;
- 8.5 Utiliza fraldas e absorventes descartáveis para minimizar a exposição cutânea à umidade decorrente de incontinência, transpiração ou exsudato de feridas.

9 INTERVENÇÃO DE ACORDO COM ALTERAÇÃO DO CRITÉRIO NUTRIÇÃO ALTERADA NA ESCALA DE BRADEN E BRADEN Q.

- 9.1 O Enfermeiro (a) ou Técnico de Enfermagem da unidade de internação deve implementar intervenções de acordo com o escore de risco identificado no critério NUTRIÇÃO ALTERADA a partir do escore de risco total;
- 9.1.1 Score de risco pela escala de Braden ≤ 15 ;
- 9.1.2 Score de risco pela escala de Braden Q ≤ 19 ;
- 9.2 Notifica à Nutrição Clínica os pacientes com sinais clínicos de desnutrição ou em risco nutricional (perda de peso, disfagia, inapetência, desidratação, entre outros);
- 9.3 A equipe da Nutrição Clínica institui as medidas nutricionais específicas para a prevenção de LPP;
- 9.3.1 Incluindo suplementos nutricionais, com alto teor proteico, além da dieta habitual;
- 9.4 Discute com a equipe multiprofissional a possibilidade de instalação de via alternativa para suporte nutricional;
- 9.4.1 Na vigência de baixa aceitação alimentar (inferior a 60% das necessidades nutricionais num período de cinco a sete dias).

	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO	Código da Norma:	POP.SEG.003
		Revisão:	6
		Página:	17 de 31

10 INTERVENÇÃO DE ACORDO COM O CRITÉRIO FRICÇÃO E CISALHAMENTO ALTERADO NA ESCALA DE BRADEN E BRADEN Q.

10.1 O Profissional de saúde da unidade de internação deve implementar intervenções de acordo com o escore de risco identificado no critério **FRICÇÃO E CISALHAMENTO** a partir do escore de risco total;

10.1.1 Score de risco pela escala de Braden ≤ 15 ;

10.1.2 Score de risco pela escala de Braden Q ≤ 19 ;

10.2 Eleva a cabeceira do leito no máximo a 30° quando estiver em decúbito dorsal e lateral. Posiciona adequadamente, com suficiente apoio, para que o corpo do paciente não escorregue/deslize;

10.3 Evita pressão direta nos trocânteres quando em posição lateral;

10.4 Avalia a necessidade do uso de protetores cutâneos, filmes ou coberturas finas transparentes, nas áreas de proeminências ósseas;

10.5 Adota técnicas corretas, utilização de lençóis móveis ou dispositivo mecânico de elevação e rolamento, para evitar agarrar, puxar, ou arrastar o corpo do paciente sobre a superfície do leito ou cadeira durante reposicionamentos e transferências;

10.6 Proporciona maior conforto, apoio e proteção para os pacientes com agitação psicomotora, rigidez e espasticidade.

11 INTERVENÇÃO DE ACORDO COM O CRITÉRIO PRESSÃO, ATIVIDADE, MOBILIDADE E PERCEPÇÃO SENSORIAL ALTERADO NA ESCALA DE BRADEN E BRADEN Q.

11.1 O Profissional de saúde da unidade de internação deve implementar intervenções de acordo com o escore de risco identificado no critério **PRESSÃO, ATIVIDADE, MOBILIDADE E PERCEPÇÃO SENSORIAL** a partir do escore de risco total;

11.1.1 Score de risco pela escala de Braden ≤ 15 ;

11.1.2 Score de risco pela escala de Braden Q ≤ 19 ;

11.2 Realiza mudança de decúbito em intervalos regulares para reduzir o tempo e redistribuir a pressão sobre as áreas vulneráveis do corpo;

	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO	Código da Norma:	POP.SEG.003
		Revisão:	6
		Página:	18 de 31

11.2.1 Alternadamente decúbitos laterais direito e esquerdos e dorsais, se o paciente tolerar essas posições e a sua condição clínica permitir;

11.3 Evita posições que aumentem a pressão e favoreçam a fricção e o cisalhamento.

11.3.1 O ideal é que o paciente seja acomodado em inclinação máxima de 30°;

11.4 Evita posicionar o paciente diretamente sobre sondas, drenos, cateteres e tubos, ou sobre proeminências ósseas com hiperemia reativa e não reativa.

11.4.1 O rubor indica que o organismo ainda não se recuperou da carga anterior e exige um intervalo maior entre cargas repetidas;

11.5 Utiliza a SEMP adequada a cada risco identificado abaixo das pernas (região dos gêmeos) para elevar os calcâneos e mantê-los flutuantes, afastados da superfície da cama, evitando pressão sobre o tendão de Aquiles.

11.5.1 Os joelhos devem estar ligeiramente flexionados, para evitar a hiperextensão que pode causar obstrução da veia poplíteia e predispor a uma Trombose Venosa Profunda;

11.6 Instala a SEMP para redistribuição de pressão em áreas críticas como região occipital, cotovelos, joelhos, maléolos e calcâneos.

11.7 Apoia os pés do paciente quando sentado;

11.8 Restringe o tempo em que o paciente permanece sentado, promovendo alívio de pressão em regiões de proeminência óssea (tuberosidades isquiáticas e calcâneas).

12 CUIDADOS NA UTILIZAÇÃO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS

12.1 O Profissional de saúde da unidade de internação deve utilizar dispositivos médicos que minimizem os danos à pele (mais flexíveis e suaves);

12.1.1 Todo paciente em uso de dispositivos médicos deve ter a pele inspecionada sob e ao redor dos dispositivos, pelo menos duas vezes por dia, para identificar sinais de lesão no tecido circundante;

12.1.2 As avaliações da pele devem ser mais frequentes (mais de duas vezes por dia) nos dispositivos colocados na pele de indivíduos vulneráveis a alterações de fluidos e/ou indivíduos com sinais de edema localizado ou generalizado, bem como outras fragilidades cutâneas;

	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO	Código da Norma:	POP.SEG.003
		Revisão:	6
		Página:	19 de 31

12.2 Garantir que os dispositivos médicos estejam corretamente dimensionados, suficientemente protegidos e ajustados para evitar deslocamento sem com isso criar pressões adicionais para evitar uma pressão excessiva;

12.2.1 Não posicionar o indivíduo diretamente sob um dispositivo médico a menos que tal não possa ser evitado;

12.3 Reposicionar o indivíduo e/ou dispositivo médico para redistribuir a pressão e diminuir as forças de cisalhamento.

12.4 Aplicar todos os dispositivos médicos seguindo as especificações do fabricante;

12.5 Aplicar cobertura para proteger a pele, quando indicado.

12.5.1 É importante escolher uma cobertura de proteção que seja adequada ao indivíduo e à sua utilização clínica;

12.5.2 Evitar a excessiva sobreposição de coberturas de proteção que possam aumentar a pressão no dispositivo colocado na pele;

12.6 Remover os dispositivos médicos, assim que for clinicamente possível;

12.7 Garantir a estabilidade de sondas e cateteres.

12.8 Manter a pele limpa e hidratada e controlar a umidade sob os dispositivos médicos;

12.8.1 A fralda descartável contém gel, potencialmente alergênico quando em contato direto com a pele, devendo ser mantida sua integridade e capacidade de absorção.

13 AÇÕES NA OCORRÊNCIA DE LPP

13.1.1 O Profissional de saúde da unidade de internação deve iniciar os cuidados conforme POP.CUR. 001 - AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO;

13.1.2 Manter a implementação das ações preventivas com o objetivo de não evolução da LPP instalada e o surgimento de novas LPP.

13.2 Realizar a notificação das LPP;

	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO	Código da Norma:	POP.SEG.003
		Revisão:	6
		Página:	20 de 31

13.2.1 No banco de dados RedCap® e ao NQS, via formulário eletrônico (<https://forms.gle/r65LaPJmzXYtMvoH7>) ou por email (qualidade.inc@inc.saude.gov.br), todas as LPP independente do estadiamento;

14 OBSERVAÇÕES

14.1 Fricção e cisalhamento são forças que se diferenciam na localização de aplicação. A fricção associa-se ao contato superficial na epiderme e derme. O cisalhamento é uma força que se produz em tecidos mais profundos (entre o tecido subcutâneo, músculo e/ou osso). O cisalhamento é potencialmente mais prejudicial. Pode provocar lesões em tecidos profundos invisíveis a nível superficial.

14.2 As SEMP podem ser compostas de ar, espuma, gel, líquido viscoso, elastômero ou água. Os componentes podem ser encontrados isoladamente ou em combinação. São exemplos de SEMP: camas, colchões, sobrecolchões, coxins e almofadas.

14.3 A SEMP de adulto está totalmente desaconselhada para uso pediátrico. A SEMP em pediatria ainda está em investigação e desenvolvimento.

15 INDICADORES

INDICADOR	DESCRIÇÃO	APURAÇÃO
Percentual (%) de pacientes submetidos à avaliação de risco para LPP na admissão. (Anexo VIII)	$\frac{\text{Número de pacientes com avaliação de risco para LPP na admissão} \times 100}{\text{Número de pacientes admitidos no período}}$	Mensal

16 RELAÇÃO DE ANEXOS

Anexo I - Escala de BRADEN

Anexo II - Escala de BRADEN Q

Anexo III - Formulário de admissão da enfermagem com estratificação do risco de LPP adulto;

Anexo IV - Formulário de avaliação do risco de lesão por pressão adulto;

	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO	Código da Norma:	POP.SEG.003
		Revisão:	6
		Página:	21 de 31

Anexo V - Formulário de admissão da enfermagem com estratificação do risco de LPP pediátrico;

Anexo VI – Formulário de avaliação do risco de lesão por pressão pediátrico;

Anexo VII – SEMP (Superfície Especial para Manejo da Pressão);

Anexo VIII – Ficha do indicador de percentual (%) de pacientes submetidos à avaliação de risco para LPP na admissão.

	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO	Código da Norma:	POP.SEG.003
		Revisão:	6
		Página:	22 de 31

ANEXO I

ESCALA DE BRADEN

	INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA
	FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERA POR PRESSÃO ADULTO

Percepção Sensorial Avalia capacidade de responder apropriadamente ao desconforto relacionado à pressão	1 Completamente Limitado Sem resposta ao estímulo doloroso (não lamenta, nem recusa), devido a sedação ou inconsciência. OU capacidade limitada de sentir dor sobre a maior parte da superfície corporal	2 Muito Limitado Quando há resposta somente ao estímulo doloroso com gemido ou inquietação. OU capacidade sensorial prejudicada em metade do corpo.	3 Pouco Limitado Quando existe resposta ao comando verbal, porém não há comunicação do desconforto ou da necessidade de mudança de posição. OU há déficit sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	4 Não Prejudicada Responde ao comando verbal e não há déficit sensorial.
Umidade Avalia o grau de umidade a que está exposto a pele	1 Constantemente Úmida A pele se mantém constantemente úmida pela urina, sudorese, etc. Umidade é detectada a cada hora que o paciente é mudado de decúbito	2 Úmida A pele se encontra frequentemente úmida, sendo necessário a troca de lençol mais de uma vez durante o plantão	3 Ocasionalmente Úmida A pele fica molhada ocasionalmente. Requer uma troca extra uma vez ao dia.	4 Livre de Umidade A pele está usualmente seca. O paciente é trocado apenas nos intervalos da rotina
Atividade Avalia o grau de atividade física	1 Restrito ao Leito Confinado ao leito.	2 Restrito à Cadeira Capacidade de andar severamente limitada ou não existente. Não consegue suportar seu próprio peso e/ou necessita ser assistido na cadeira.	3 Caminha Ocasionalmente Anda ocasionalmente pequenas distâncias durante o dia, com ou sem auxílio. Permanece a maior parte do dia na cadeira ou no leito.	4 Caminha Frequentemente Anda fora do quarto no mínimo duas vezes ao dia e dentro do quarto pelo menos a cada duas horas
Mobilidade Avalia a capacidade de alterar e controlar o posicionamento do corpo	1 Completamente Imóvel Não há sequer uma pequena troca de posição do corpo ou extremidades sem assistência.	2 Muito Limitada Ocasionalmente o paciente efetua pequenas mudanças de posição ou extremidades, mas é incapaz de efetuar frequente ou significativa mudança independente.	3 Pouco Limitada Frequentes, embora discretas mudanças de posição ou extremidades independentes	4 Sem Limitações Frequência maior de mudança de posicionamento, sem assistência
Nutrição Avalia o padrão de ingestão alimentar	1 Muito Deficiente Nunca ingere uma refeição completa (raramente ingere + 1/3 alimento oferecido). Ingerir 2 porções ou menos de ptm (carne, leite ou derivados) por dia. Ingesta pobre de líquidos e nega suplemento alimentar. OU não recebe nada por via oral e/ou é mantido com líquidos ou HV por mais 5 dias.	2 Provável Inadequação Raramente ingere uma refeição completa (ingere apenas 1/2 do alimento oferecido). Alimenta-se de 3 refeições ricas em proteínas/dia (carne, leite ou derivados). Ocasionalmente aceita suplemento alimentar. OU recebe quantidade inferior de dieta líquida (VO ou por cateter de alimentação).	3 Adequada Ingerir + 1/2 da refeição oferecida. Consome 4 refeições ricas em proteínas/dia (carne, leite ou derivados). Ocasionalmente recusa 1 refeição, mas aceita suplemento se oferecido. OU está em regime de suporte nutricional parenteral ou enteral pleno.	4 Excelente Ingerir praticamente tudo. Usualmente consome quatro ou mais refeições/dia ricas em proteínas. Nunca recusa a alimentação. Ocasionalmente come entre as refeições, não necessita de suplemento alimentar
Fricção e Cisalhamento Avalia o grau de contato entre a pele e o lençol de acordo com a mobilidade do paciente	1 Problemas Requer moderada a máxima assistência para se movimentar, havendo completo deslizamento da pele sobre o lençol. Frequentemente existe o deslizamento para parte baixa do leito ou cadeira, requerendo reposicionamento constante. Constante fricção devido à contratura, espasmo e/ou agitação.	2 Problema em Potencial Movimenta-se com pequena ou mínima assistência. Durante a mobilização, a pele frequentemente desliza sobre a cama, contenções ou cadeira. Mantém frequentemente bom posicionamento sentado ou no leito, porém ocasionalmente desliza.	3 Sem Problema Aparente Movimenta-se no leito e na cadeira independente e tem força muscular suficiente para erguer-se completamente durante o movimento. Mantém-se bem posicionado no leito e na cadeira, durante todo tempo.	

	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO	Código da Norma:	POP.SEG.003
		Revisão:	6
		Página:	23 de 31

ANEXO II

ESCALA DE BRADEN Q

	INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA
	FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERA POR PRESSÃO INFANTIL

Percepção Sensorial Capacidade de reagir significativamente à pressão relacionada ao desconforto	1 Completamente Limitado Sem resposta ao estímulo doloroso (não lamenta, nem recua), devido a sedação ou inconsciência. OU capacidade limitada de sentir dor sobre a maior parte da superfície corporal	2 Muito Limitado Quando há resposta somente ao estímulo doloroso com gemido ou inquietação. OU capacidade sensorial prejudicada em metade do corpo.	3 Pouco Limitado Quando existe resposta ao comando verbal, porém não há comunicação do desconforto ou da necessidade de mudança de posição. OU há déficit sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	4 Não Prejudicada Responde ao comando verbal e não há déficit sensorial.
Umidade Nível ao qual a pele é exposta à umidade	1 Constantemente Úmida A pele se mantém constantemente úmida pela urina, sudorese, etc. Umidade é detectada a cada hora que o paciente é mudado de decúbito.	2 Úmida A pele se encontra frequentemente úmida, sendo necessário a troca de lençol mais de uma vez durante o plantão.	3 Ocasionalmente Úmida A pele fica molhada ocasionalmente. Requer uma troca extra uma vez ao dia.	4 Livre de Umidade A pele está usualmente seca. O paciente é trocado apenas nos intervalos da rotina.
Atividade Grau de atividade física	1 Restrito ao Leito Confinado ao leito.	2 Restrito à Cadeira Capacidade de andar severamente limitada ou não existente. Não consegue suportar seu próprio peso e/ou necessita ser assistido na cadeira.	3 Caminha Ocasionalmente Anda ocasionalmente pequenas distâncias durante o dia, com ou sem auxílio. Permanece a maior parte do dia na cadeira ou no leito.	4 Caminha Frequentemente Anda fora do quarto no mínimo duas vezes ao dia e dentro do quarto pelo menos a cada duas horas.
Mobilidade Capacidade de mudar e controlar a posição do corpo	1 Completamente Imóvel Não há sequer uma pequena troca de posição do corpo ou extremidades sem assistência.	2 Muito Limitada Ocasionalmente o paciente efetua pequenas mudanças de posição ou extremidades, mas é incapaz de efetuar frequente ou significativa mudança independente.	3 Pouco Limitada Frequentes, embora discretas mudanças de posição ou extremidades independentes.	4 Sem Limitações Frequência maior de mudança de posicionamento, sem assistência.
Nutrição Padrão usual de consumo alimentar	1 Muito Deficiente Nunca ingere uma refeição completa (raramente ingere + 1/3 alimento oferecido). Ingera 2 porções ou menos de ptn(carne, leite ou derivados) por dia. Ingesta pobre de líquidos e nega suplemento alimentar. OU não recebe nada por via oral e/ou é mantido com líquidos ou HV por mais 5 dias.	2 Provável Inadequação Raramente ingere uma refeição completa (ingere apenas 1/2 do alimento oferecido). Alimenta-se de 3 refeições ricas em proteínas/dia (carne, leite ou derivados). Ocasionalmente aceita suplemento alimentar. OU recebe quantidade inferior de dieta líquida (VO ou por cateter de alimentação).	3 Adequada Ingera + 1/2 da refeição oferecida. Consome 4 refeições ricas em proteínas/dia (carne, leite ou derivados). Ocasionalmente recusa 1 refeição, mas aceita suplemento se oferecido. OU está em regime de suporte nutricional parenteral ou enteral <u>pleno</u> .	4 Excelente Ingera praticamente tudo. Usualmente consome quatro ou mais refeições/dia ricas em proteínas. Nunca recusa a alimentação. Ocasionalmente come entre as refeições, não necessita de suplemento alimentar.
Fricção e Cisalhamento Avalia o grau de contato entre a pele e o lençol de acordo com a mobilidade do paciente	1 Problema significativo Requer moderada a máxima assistência para se movimentar, havendo completo deslizamento da pele sobre o lençol. Frequentemente existe o deslizamento para parte baixa do leito ou cadeira, requerendo reposicionamento constante. Constante fricção devido à contratura, espásticos e/ou agitação.	2 Problema Movimenta-se com pequena ou mínima assistência. Durante a mobilização, a pele frequentemente desliza sobre a cama, contenções ou cadeira. Mantém frequentemente bom posicionamento sentado ou no leito, porém ocasionalmente desliza.	3 Problema Potencial Movimenta-se no leito e na cadeira independente e tem força muscular suficiente para erguer-se completamente durante o movimento. Mantém-se bem posicionado no leito e na cadeira, durante todo tempo.	4 Nenhum Problema É possível levantar completamente o doente durante um posicionamento; Move-se na cama e cadeira de forma independente e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante o posicionamento. Mantém sempre uma boa posição na cama ou cadeira, em todas as alturas.
Perfusão Tissular e Oxigenação Avalia o fornecimento sanguíneo corporal, principalmente extremidades.	1 Extremamente Comprometido Hipotenso (PA Média <50 mmHg; <40 mmHg num recém nascido) OU o doente não tolera fisiologicamente mudanças de posição.	2 Comprometido Normotenso; A saturação de oxigênio pode ser <95% OU a hemoglobina pode ser <10 mg/dl OU o reenchimento capilar pode ser >2 segundos; Ph sérico <7.40	3 Adequado Normotenso; A saturação de oxigênio pode ser <95% OU a hemoglobina pode ser <10 mg/dl OU o reenchimento capilar pode ser >2 segundos; Ph sérico normal	4 Excelente Normotenso; A saturação de oxigênio >95%; Hemoglobina normal; Preenchimento capilar < 2 segundos

	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO	Código da Norma:	POP.SEG.003
		Revisão:	6
		Página:	24 de 31

ANEXO III

FORMULÁRIO DE ADMISSÃO DA ENFERMAGEM COM ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO DE LPP ADULTO



PROCESSO DE ENFERMAGEM - ADMISSÃO DE PACIENTES

IDENTIFICAÇÃO:

Nome: _____
 Data Nascimento: ____/____/____ Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino
 Unidade: _____ Leito: _____
 Data: ____/____/____ Hora: _____ Atendimento: _____ Prontuário: _____
 Motivo da Internação: ☐ Tratamento Clínico ☐ Tratamento cirúrgico

Procedência: ☐ Residência ☐ Ambulatório Outra Instituição: _____
 Meio de chegada: ☐ Deambulando ☐ Cadeira de rodas ☐ Maca
 Alergias: ☐ Não ☐ Sim - ☐ Medicamentos ☐ Alimentos ☐ Materiais

EXAMES E PROCEDIMENTOS REALIZADOS NA ADMISSÃO

Internação nos últimos 03 meses? ☐ Não ☐ Sim Local/período: _____
 Swab nasal/retal: ☐ Não ☐ Sim
 Colocação de pulseira de identificação: ☐ Branca ☐ Amarela ☐ Vermelha
 Risco de queda: ☐ Não ☐ Sim Queda nos últimos meses? ☐ Não ☐ Sim Escore de Morse: _____

Escala de Morse	Nível de Risco	Pontuação	Ação
	Baixo Risco	0 a 24	Medidas padronizadas de baixo risco de quedas
	Médio Risco	25 a 44	Medidas padronizadas de médio risco de quedas
	Alto Risco	> ou = a 45	Medidas padronizadas de alto risco de quedas

MEDICAÇÃO EM USO

Medicação em uso:	Dose / frequência

HISTÓRICO – HÁBITOS DE VIDA

Tabagismo: ☐ Não ☐ Sim – Quantos cigarros dia? _____ Há quanto tempo? _____
 Tabagismo prévio? ☐ Não ☐ Sim – Há quanto tempo parou? _____
 Etilismo: ☐ Não ☐ Sim – Qual a frequência e quantidade? _____
 Uso de drogas ilícitas: ☐ Não ☐ Sim – Qual a frequência e quantidade? _____

DOENÇAS PRÉVIAS

☐ IAM ☐ Morte súbita na família ☐ HAS
☐ Febre reumática ☐ Diabetes ☐ AVC
☐ D vasc. Periférica ☐ Sedentarismos ☐ Doença valvar
☐ Dislipidemia ☐ Outros: _____



PROCEDIMENTOS ANTERIORES

☐ Cat. Cardíaco	☐ Angioplastia	☐ RVM	☐ Ablação
☐ Implante M. passo	☐ Implante de DI		
☐ Plastia valvar	☐ Aórtica	☐ Mitrál	☐ Tricúspide
☐ Troca valvar	☐ Aórtica	☐ Mitrál	☐ Tricúspide

ORTESES E PRÓTESES

- | | |
|--|---|
| ☐ Óculos | ☐ Dentadura superior total |
| ☐ Aparelho auditivo | ☐ Dentadura superior parcial |
| ☐ Muletas | ☐ Dentadura inferior total |
| ☐ Outros: _____ | ☐ Dentadura inferior parcial |

CONDIÇÕES DA PELE

Tipo de alteração	Localização	Descrição
☐ Edema		
☐ Lesões		
☐ Hematoma		
☐ Eritema		
☐ Outros		

Risco de LPP: ☐ Não ☐ Sim

Escore de Braden: _____

Escore de Braden

16 – 23 = Baixo Risco 13 – 15 = Risco moderado Abaixo de 12 = Risco Elevado

SINAIS VITAIS

Temperatura: _____ °C	Pulso: _____ bpm
Respiração: _____ irm	Pressão arterial: _____ mmHg
Peso: _____	Altura: _____
Circunferência abdominal: _____	Escala de dor: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Leve Moderada Intensa

NÍVEL DE ORIENTAÇÃO

- ☐ Tempo ☐ Lugar ☐ Pessoa ☐ Obnubilado ☐ Desorientado

AValiação de sistemas

Via alimentar: ☐ Oral ☐ CNE ☐ Outros

Dieta: ☐ Normal ☐ Pastosa ☐ Zero

Apetite: ☐ Normal ☐ Diminuído ☐ Aumentado

Gastrointestinal:

- ☐ Elim. Normal ☐ Elim. Diminuída ☐ Elim. Aumentada ☐ Sangue nas fezes

Frequência/aspecto:

- ☐ Normal ☐ Líquida ☐ Ressecado

Urinário:

- ☐ Espontâneo ☐ Incontinência ☐ Urgência

☐ Cat. Vesical de demora

☐ Cat. Vesical de alívio

☐ Outros: _____

Observações: _____

Enfermeiro / Carimbo

Matrícula / Coren

	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO	Código da Norma:	POP.SEG.003
		Revisão:	6
		Página:	26 de 31

ANEXO IV

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DO RISCO DE LESÃO POR PRESSÃO ADULTO

	INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA
	FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERA POR PRESSÃO ADULTO

Setor:	Prontuário:	Mês:	Ano:
Leito:	Data de Alta/Transferência:		

Paciente:	Sexo:	Peso:	Altura:
Data de Nascimento:			
Diagnóstico:			
Úlcera Previa: ☐ SIM ☐ NÃO Local:			

Data	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Percepção Sensorial																															
Umidade																															
Atividade																															
Mobilidade																															
Nutrição																															
Fricção e Cisalhamento																															
Total de Pontos																															
Assinatura																															

Risco Baixo: escore de 16 a 23 pontos
 Risco Moderado: escore de 13 a 15 pontos
 Risco Alto: escore menor ou igual a 12 pontos

	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO	Código da Norma:	POP.SEG.003
		Revisão:	6
		Página:	27 de 31

ANEXO V

FORMULÁRIO DE ADMISSÃO DA ENFERMAGEM COM ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO DE LPP PEDIÁTRICO

INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA SERVIÇO DE CARDIOLOGIA DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE	
ADMISSÃO DE ENFERMAGEM (Paciente externo)	
1- IDENTIFICAÇÃO Admissão no Hospital: ____/____/____ Sexo: () Fem () Masc. Procedência: _____ SETOR DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: () Enfermaria de Cardiopediatria () Pós Operatório Infantil Responsável Legal: _____ Acompanhante: _____	
2- HISTÓRICO DA DOENÇA Principal queixa/motivo da internação: _____ Evolução da doença: _____ Cirurgias Anteriores: _____ Programação: ____/____/____	
3- ANTECEDENTES Histórico de Nascimento: _____ Doenças Associadas / comorbidades: _____ Internações Anteriores: () SIM () NÃO Motivo: _____ Precaução de contato: () SIM () NÃO Swab: Nasal () Retal () Secção Traqueal () Covid () Motivo: _____ Medicamentos em Uso: () SIM () NÃO Quais: _____	
4- NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS 4.1 OXIGENAÇÃO: TÓRAX: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO OBS: _____ PADRÃO RESPIRATÓRIO: () Eupneia () Dispneia () Taquipneia () Bradipneia () Tiragem Intercostal () Tiragem Diafragmática () Músculos Acessórios () Apnéia VENTILAÇÃO: () Ar Ambiente () Cateter O2: ____ L/min () Macronebulização: ____ L/min () VNI por Pronga Nasal: FIO2 ____ % () VNI por Máscara Full Face: FIO2 ____ % () VM Invasiva: Modalidade ____ PIP ____ PEEP ____ FIO2 ____ DISPOSITIVO: () TOT () TQT () Máscara Laríngea AUSCULTA PULMONAR: _____ TOSSE: () NÃO () SIM () Improdutiva () Produtiva: Característica da secreção: _____ DRENAGEM TORÁCICA: _____ Características da Secreção: _____ 4.2 HIDRATAÇÃO/NUTRIÇÃO/ELIMINAÇÃO/REGULAÇÃO HIDROELETOLÍTICA TURGOR: () Preservado () Diminuído () Edema Características: _____ () Sede () Olhos Fundos MUCOSAS: () Úmidas () Secas () Coradas () Hipocoradas APETITE: () Normal () Aumentado () Diminuído () Não se aplica DIETA: () SIM () NÃO VIA: () Oral () Gástrica () Gástrica () Enteroclise () GTT Tipo: _____ Volume: ____ ml Intervalo: ____/____h RESÍDUO GÁSTRICO: _____ VÔMITO/CARACTERÍSTICA: _____ ABDOMEN: () Normotenso () Tenso () Plano () Globoso () Distendido NOTIQUIDADE: () Presente () Ausente () Diminuído () Aumentada DISPOSITIVO: () ILEOSTOMIA () COLOSTOMIA () GTT () CATETER TENCKHOFF () DRENO ABDOMINAL: _____ ELIMINAÇÕES INTESTINAIS/QUANTIDADE (+)/CARACTERÍSTICAS: _____ DIURESE: () Espontânea () Fralda () CVA () CVD / Data de Inserção: ____/____/____ ASPECTO: _____ 4.3 REGULAÇÃO NEUROLÓGICA/EXERCÍCIO DE ATIVIDADE FÍSICA/MOBILIDADE/SONO E REPOUSO/MECÂNICA CORPORAL E LOCOMOÇÃO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () Sedado () Sonolento () Alerta () Orientado () Choro () Irritado () Desorientado () Confuso () Torpor () Comatoso () Inconsciente Escala de Glasgow (Atividade cerebral): ____ pontos Escala de Ramsay (Sedação): ____ pontos FONTANELA: () Normal () Abaulada () Deprimida () Tensa PUPILAS: () Isocóricas () Anisocóricas () Mioticas () Mióticas () Fixas ATIVIDADE: () Ativo () Reactivo () Reactivo ao Manuseio () Reactivo ao Estímulo Doloroso () Areflexo MOBILIDADE: () Hipotonia () Hipertonia () Distonia () Espasmos () Convulsão: _____ SONO: () Regular () Irregular () Agitado () Vigília MMSS/MMII: _____ LOCOMOÇÃO: (Característica/Dispositivo) _____	

4.4 CARDIOVASCULAR

PERFUSÃO PERIFÉRICA: () Preservada () Diminuída

AUSCULTA CARDÍACA: _____

PULSO: () Cheio () Frágil () Regular () Irregular () Baqueamento digital () Sopro () Arritmia () Bradicardia () Taquicardia

DISPOSITIVOS: () CATETER VENOSO CENTRAL/Local/Lumens/data de inserção _____

() PICC /Local/Lumens/data de inserção _____

() CATETER UMBILICAL (ARTERIAL/VENOSO)/ Lumens/data de inserção _____

() CATETER VENOSO PERIFÉRICO/Local/Lumens/data de inserção _____

() CATETER ARTERIAL/Local/Lumens/data de inserção _____

4.5 CUIDADO CORPORAL/ INTEGRIDADE FÍSICA E CUTANEO-MUCOSA/ SEGURANÇA FÍSICA

HIGIENE: () Satisfatória () Insatisfatória

HIGIENE BUCAL: () Satisfatória () Insatisfatória () Gingivite () Cáries () Língua saburrosa DENTIÇÃO: () Completa () Incompleta

COURO CABELUDO: () Limpo () Sujo () Pediculose

PELE: íntegra () Sim () Não Característica / local: _____

() Normocrômico () Hipocrômico () Hiperemico () Cianótico () Ictérico

SEGURANÇA FÍSICA:

() Risco de broncoaspiração () Risco de infecção () Risco de queda: Baixo: 07 - 11 () Risco de úlceras: Baixo > ou = 22

() Risco de queda: Alto: 12 - 23 () Risco de úlceras: Alto < 22

AValiação PARA O RISCO DE LESÃO - ESCALA DE "BRADEN Q"

PERCEÇÃO SENSORIAL	UMIDADE	ATIVIDADE	MOBILIDADE	NUTRIÇÃO	FORÇA DE PRENSÃO E DESLIZAMENTO	PERFUSÃO TEGUMENTAR E OXIGENAÇÃO	TOTAL

AValiação PARA O RISCO DE QUEDA - ESCALA DE "HUMPTY DUMPTY"

IDADE	SEXO	DIAGNÓSTICO	FATORES AMBIENTAIS	MEDICAÇÃO UTILIZADA	DEFICIÊNCIAS COGNITIVAS	QUIRURGIA, SEDACÃO ANESTESIA	TOTAL

4.6 - ARRIGO/AMBIENTE

Acomodação na unidade: () Berço aquecido () Cama () Incubadora () Berço Comum

4.7 REGULAÇÃO TÉRMICA

() Normotermia () Hipotermia () Hipertermia () Calafrios () Sudorese () Aquecimento corporal Tipo: _____

4.8 REGULAÇÃO HORMONAL/ CRESCIMENTO CELULAR/ SEXUALIDADE

ALTERAÇÕES NO DESENVOLVIMENTO? () Não () Sim Quais? _____

PUBERDADE: () Sim () Não Característica: _____

GENITALIA NORMAL? () Sim () Não Alteração: _____

4.9 REGULAÇÃO IMUNOLÓGICA

ALERGIA? () Sim () Não Especificar: _____

DOENÇA AUTOIMUNE? () Sim () Não Especificar: _____

CALENDÁRIO VACINAL COMPLETO? () Sim () Não Em atraso: _____

4.10 DOR

Localiza estímulo doloroso? () Sim () Não

ESCORE: _____

Relato verbal da dor? () Sim () Não () Não se Aplica



4.11 SINAIS VITAIS / MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

Temperatura	Pulso	Respiração	Pressão arterial	Saturação	HGT	Peso	Estatura
_____ °C	_____ bpm	_____ rpm	_____ X _____ (_____) mmHg	_____ %	_____ mg/dl	_____ Kg	_____ cm

5. OUTROS DADOS RELEVANTES E OBSERVAÇÕES DO ENFERMEIRO

DATA: ____/____/____

Enfermeiro: _____

COREN: _____

 INC INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO	Código da Norma:	POP.SEG.003
		Revisão:	6
		Página:	29 de 31

ANEXO VI

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DO RISCO DE LESÃO POR PRESSÃO PEDIATRICO

 INC INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA	INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA
	FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERA POR PRESSÃO INFANTIL

Setor:	Prontuário:	Mês:	Ano:
Leito:	Data de Alta/Transferência:		

Paciente:	Sexo:	Peso:	Altura:
Data de Nascimento:			
Diagnóstico:			
Úlcera Previa: ☐ SIM ☐ NÃO Local:			

Data	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Percepção Sensorial																															
Umidade																															
Atividade																															
Mobilidade																															
Nutrição																															
Fricção e Cisalhamento																															
Total de Pontos																															
Assinatura																															

Risco Baixíssimo: escore de 27 a 23 pontos
Risco Baixo: escore de 22 a 20 pontos
Risco Moderado: escore de 19 a 15
Risco Alto: escore menor ou igual a 15 pontos

	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO	Código da Norma:	POP.SEG.003
		Revisão:	6
		Página:	30 de 31

ANEXO VII

SUPERFÍCIE ESPECIAL PARA MANEJO DA PRESSÃO (SEMP)

	INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA
	FORMULÁRIO DE SUPERFÍCIE ESPECIAL PARA MANEJO DA PRESSÃO (SEMP)

ESCALA DE BRADEN				
SEMP	SEM RISCO	RISCO BAIXO	RISCO MODERADO	RISCO ALTO
• Colchão estático comum (espuma Standart).	X			
• Sobrecolchão/ Colchão de alta tecnologia (viscoelastico, gel, poliuretano, látex).		X		
• Sobrecolchão/ Colchão de alta tecnologia; • Sistemas dinâmicos.			X	
• Colchões de substituição; • Sobrecolchão dinâmicos de alto desempenho; • Sobrecolchão de baixa perda de ar (facilitam a evaporação da umidade das áreas perianal e/ou sacral); • Camas Fluidificadas ou rotatórias.				X

Fonte: Tradução para língua portuguesa e validação da Escala de Braden Q (Maia, 2011).

	PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO	Código da Norma:	POP.SEG.003
		Revisão:	6
		Página:	31 de 31

ANEXO VIII

FICHA DE INDICADOR PERCENTUAL (%) DE PACIENTES SUBMETIDOS À AVALIAÇÃO DE RISCO PARA LPP NA ADMISSÃO

Sigla	TALPP
Nome	Taxa de pacientes submetidos à avaliação de risco para LPP na admissão
Conceituação	Mede a adesão dos profissionais à avaliação de risco para lesão por pressão na admissão que orientará os cuidados preventivos a serem implantados
Domínio	Processo
Importância	Mitigar a ocorrência de LPP em pacientes internados e o dano decorrente, através da avaliação de risco no momento da admissão, a fim de garantir o cuidado multiprofissional e o ambiente seguro para a assistência.
Método de cálculo	$\frac{\text{Número de pacientes com avaliação de risco para LPP na admissão}}{\text{Número de pacientes admitidos no período}} \times 100$
Definição dos termos utilizados no indicador	- Número de pacientes com avaliação de risco para LPP na admissão; - Número de pacientes admitidos
Interpretação	Quanto maior o percentual, maior é a adesão dos profissionais ao protocolo institucional de avaliação de risco de LPP. Avalia a implementação de medidas que contemplem a avaliação de risco para úlcera de pressão na admissão do paciente, garantam o cuidado multiprofissional em um ambiente seguro, e promovam a educação do paciente, familiares e profissionais.
Periodicidade de envio dos dados	Mensal
Público alvo	Pacientes admitidos no INC.
Parâmetros, dados estatísticos e recomendações	- BRASIL. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 40 p.: il. - PROQUALIS. Indicador incidência de ulcera de pressão. Acesso em 21 jan 2016. Disponível em http://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/13%20Incid%C3%A2ncia%20de%20%C3%BAlcera%20por%20press%C3%A3o.pdf - CQH. Manual de Indicadores de Enfermagem - 2ª edição 2012 PROGRAMA CQH COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR. - SANTOS. M.P, NEVES, R.C. & NEVES, C.O. Escalas utilizadas para prevenir úlceras por pressão em pacientes críticos. Revista Enfermagem Contemporânea. 2013 Ago;2(1):19-31.
Meta	100%
Ações esperadas para causar impacto no indicador	- Treinar a equipe multidisciplinar sobre o protocolo de LPP institucional; - Monitorizar através de auditorias; - Envolver o paciente no cuidado.
Fonte de Dados	Ficha de admissão da enfermagem ou Formulário de avaliação do risco de LPP