

Natalia Maria Brandão Soares  
Andressa dos Santos e Silva  
Luanne Beatriz Fialho de Carvalho  
Mayara Lourane Silva Martins  
Adriana da Silva Barros  
Andrade Alexsandra da Rocha Fontes

---

# PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO





# ***PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO***

---

FLORIANO-PI  
2025



## UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUÍ – UESPI

**Evandro Alberto de Sousa**

Reitor

**Jesus Antônio de Carvalho Abreu**

Vice-Reitor

**Mônica Maria Feitosa Braga Gentil**

Pró-Reitora de Ensino de Graduação

**Josiane Silva Araújo**

Pró-Reitora Adj. de Ensino de Graduação

**Raurys Alencar de Oliveira**

Pró-Reitor de Pesquisa e Pós-Graduação

**Fábia de Kássia Mendes Viana Buenos Aires**

Pró-Reitora de Administração

**Rosineide Candeia de Araújo**

Pró-Reitora Adj. de Administração

**Lucídio Beserra Primo**

Pró-Reitor de Planejamento e Finanças

**Joseane de Carvalho Leão**

Pró-Reitora Adj. de Planejamento e Finanças

**Ivoneide Pereira de Alencar**

Pró-Reitora de Extensão, Assuntos Estudantis e Comunitários

**Marcelo de Sousa Neto**

Editor da Universidade Estadual do Piauí

**Universidade Estadual do Piauí**

Rua João Cabral • n. 2231 • Bairro Pirajá • Teresina-PI

Todos os Direitos Reservados



**GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ**  
**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUÍ - UESPI**



Rafael Tajra Fonteles **Governador do Estado**

Themístocles de Sampaio Pereira Filho **Vice-Governador do Estado**

Evandro Alberto de Sousa **Reitor**

Jesus Antônio de Carvalho Abreu **Vice-Reitor**

**Administração Superior**

Mônica Maria Feitosa Braga Gentil **Pró-Reitora de Ensino de Graduação**

Josiane Silva Araújo **Pró-Reitora Adj. de Ensino de Graduação**

Rauirys Alencar de Oliveira **Pró-Reitor de Pesquisa e Pós-Graduação**

Fábia de Kássia Mendes Viana Buenos Aires **Pró-Reitora de Administração**

Rosineide Candeia de Araújo **Pró-Reitora Adj. de Administração**

Lucídio Beserra Primo **Pró-Reitor de Planejamento e Finanças**

Joseane de Carvalho Leão **Pró-Reitora Adj. de Planejamento e Finanças**

Ivoneide Pereira de Alencar **Pró-Reitora de Extensão, Assuntos  
Estudantis e Comunitários**

---

Marcelo de Sousa Neto **Editor**

Autores **Projeto Gráfico / Diagramação**

Autores **Revisão**

Editora e Gráfica UESPI **E-book**

Endereço eletrônico da publicação: <https://editora.uespi.br/index.php/editora/catalog/book/275>

P967 Protocolo de prevenção de lesão por pressão / Natalia Maria Brandão  
Soares [et al.]. - Teresina: EdUESPI, 2025.  
62 p.: il.

ISBN: 978-85-8320-278-3

1. Lesão por pressão. 2. Medidas preventivas. 3. Fatores de risco. 4.  
Escala de Braden. 5. Protocolo assistencial. I. Soares, Natalia Maria  
Brandão [et al.]. II. Título.

CDD 617.14

Ficha elaborada pelo Serviço de Catalogação da Universidade Estadual do Piauí – UESPI  
JOSÉ EDIMAR LOPES DE SOUSA JÚNIOR (Bibliotecário) CRB-3º/1512

**Editora da Universidade Estadual do Piauí - EdUESPI**

Rua João Cabral • n. 2231 • Bairro Pirajá • Teresina-PI

Todos os Direitos Reservados

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO  
PIAUÍ- UESPI

AUTORAS:

Natalia Maria Brandão Soares

Andressa dos Santos e Silva

Luanne Beatriz Fialho de Carvalho

Mayara Lourane Silva Martins

Adriana da Silva Barros Andrade

Alexsandra da Rocha Fontes

# SUMÁRIO

Introdução.....	06
Classificações.....	09
Fatores de risco.....	16
População em risco.....	17
Avaliação do risco.....	19
1. Escala de BRADEN.....	20
2. Escala de BRADEN Q.....	24
Fatores de risco - alto, baixo e moderado.....	26
Protocolo de prevenção.....	29
Como identificar o paciente com lesão por pressão?.....	48
Responsabilidades.....	51
Considerações finais.....	59
Referências.....	61

# INTRODUÇÃO

---

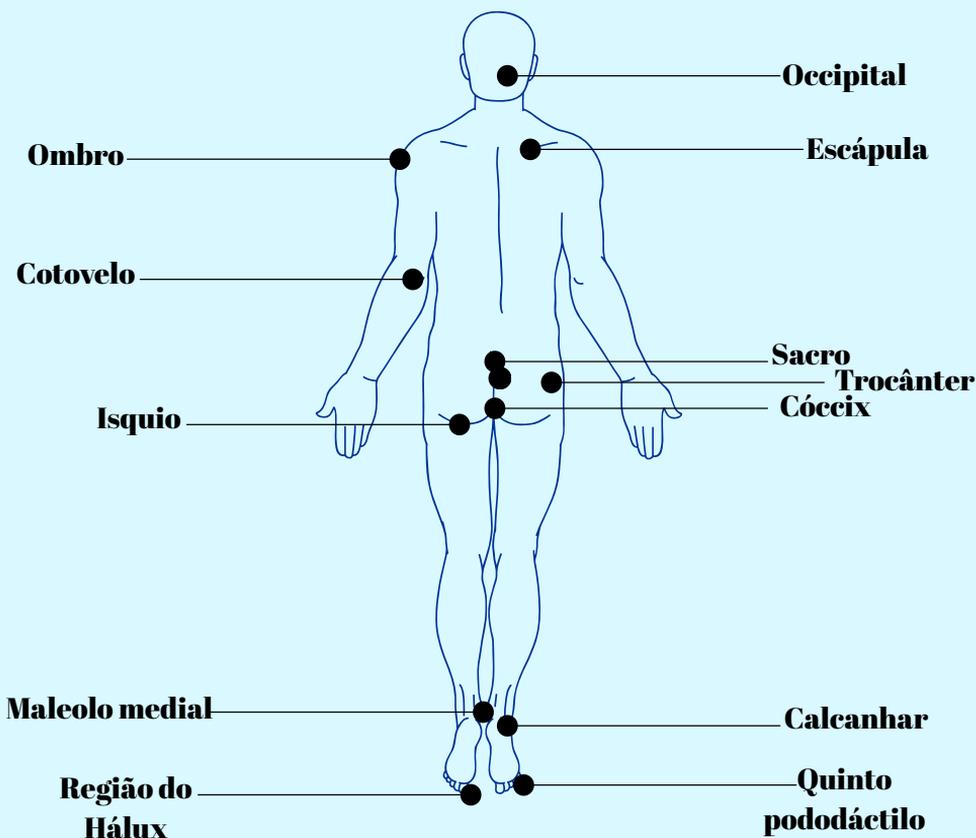
A *lesão por pressão (LPP)* é uma alteração na integridade da pele e em tecidos subjacentes, provocada por uma compressão prolongada e não aliviada, sendo mais comum em regiões com proeminências ósseas ou em áreas onde dispositivos médicos exercem pressão direta.

A lesão pode se apresentar na forma de pele íntegra, de uma bolha ou de úlcera aberta que pode ser dolorosa.

A lesão por pressão se desenvolve como resultado de uma pressão intensa e contínua ou da combinação entre pressão e cisalhamento.

A capacidade do tecido mole de resistir a essas forças pode ser influenciada por diversos fatores como: o microclima ao redor da pele (temperatura, umidade e ventilação), o estado nutricional, a hidratação, a sensibilidade, a circulação sanguínea, as doenças associadas e as próprias condições do tecido afetado.

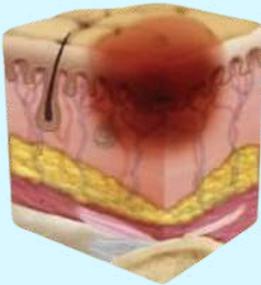
As áreas mais comuns são aquelas em que o osso está próximo à pele e recebem mais pressão quando o paciente está deitado ou sentado por longos períodos e as principais localizações são:



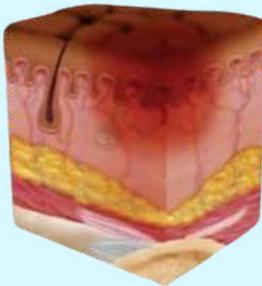
# CLASSIFICAÇÕES

## Lesão por pressão estágio 1:

Levemente pigmentada



Pigmentação escura



Fonte: POTTER, Patricia A.; PERRY, Anne Griffin. *Fundamentos de enfermagem*. 11. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2023.

- Caracterizada por ser uma pele intacta com vermelhidão localizada que não desaparece ao realizar pressão. Pode haver alterações na temperatura, na sensibilidade e na consistência da pele.

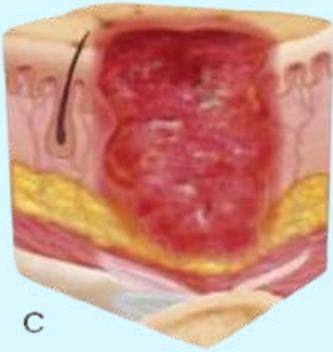
## Lesão por pressão estágio 2:



Fonte: POTTER, Patricia A.; PERRY, Anne Griffin. **Fundamentos de enfermagem**. 11. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2023.

- Caracterizada por ser uma lesão com perda parcial da pele, expondo a derme, com leito da ferida vermelho ou rosa e úmido. Pode ter bolha serosa. Sem tecido de granulação, esfacelo ou escara.

## Lesão por pressão estágio 3:



C

Fonte: POTTER, Patricia A.; PERRY, Anne Griffin. Fundamentos de enfermagem. 11. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2023.

- Caracterizada por ser uma lesão com perda total da espessura da pele, exposição de gordura, presença de tecido de granulação, epíbole, esfacelo e/ou escara. Pode haver descolamento e túneis.

# Lesão por pressão estágio 4:

Escara escura



Escara com descamação



Fonte: POTTER, Patrícia A.; PERRY, Anne Griffin. **Fundamentos de enfermagem**. 11. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2023.

- Caracterizada por ser uma lesão profunda com perda total da pele e com: exposição de estruturas como músculo, osso, tendão ou cartilagem. Podendo apresentar esfacelo, escara, bordas enroladas, descolamento e até túneis. A profundidade vai variar conforme a localização.

## • Lesão por pressão tissular profunda:



Fonte: POTTER, Patrícia A.; PERRY, Anne Griffin. **Fundamentos de enfermagem**. 11. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2023.

- Área com pele intacta ou não, apresentando mancha escura persistente (vermelha, marrom ou roxa), que não desaparece à pressão. Pode ter bolha com sangue e sinais como dor e alteração de temperatura.

## Lesão por pressão não classificável:



Fonte: POTTER, Patrícia A.; PERRY, Anne Griffin. **Fundamentos de enfermagem**. 11. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2023.

- Lesão profunda encoberta por esfacelo ou escara, o que impede avaliar sua profundidade. Ao remover o tecido necrótico, a lesão costuma ser classificada como Estágio 3 ou 4.

## Lesão por pressão relacionada a dispositivos médicos:



Fonte: Google imagens.

- Lesão causada por dispositivo usado para diagnóstico ou tratamento, apresentando o formato do equipamento na pele. Deve ser classificada conforme os estágios de lesão por pressão.

# FATORES DE RISCO

---

Percepção sensorial  
prejudicada

Mobilidade  
prejudicada

Alterações no nível de  
consciência

Cisalhamento

Atrito

Umidade

# POPULAÇÃO EM RISCO

---



Idosos

---



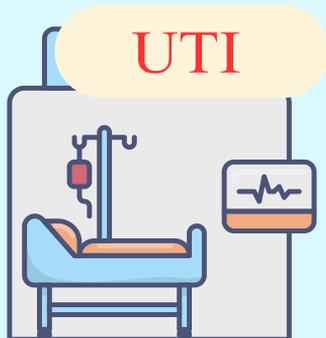
Indivíduos com  
deficiência física

---



Indivíduos em  
cuidados paliativos

---



Indivíduos na UTI

---

# POPULAÇÃO EM RISCO

---



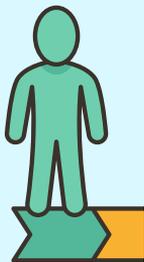
Indivíduos na  
reabilitação

---



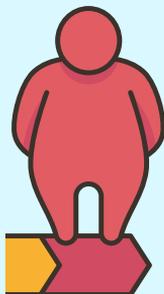
Indivíduos em  
cuidados domiciliares

---



Indivíduos com o IMC  
abaixo do normal

---



Indivíduos com o IMC  
acima do normal

---

# AVALIAÇÃO DO RISCO

---

A *Escala de Braden (EB)* é frequentemente utilizada em protocolos clínicos e instrumentos metodológicos voltados à prevenção das lesões por pressão (LP), principalmente em pacientes acamados.

Essa ferramenta auxilia o enfermeiro durante a avaliação clínica, orientando o raciocínio profissional e as decisões a serem tomadas.

# ESCALA DE BRADEN

**Tabela 48.5** Escala Braden para prognóstico de risco de úlcera.

## Percepção sensorial

Capacidade de responder adequadamente a desconforto relacionado à pressão	<p><b>1. Completamente limitada:</b></p> <p>Não responde (não geme, encolhe-se ou agarra) mediante estímulos dolorosos, devido ao nível reduzido de consciência ou a sedação</p> <p><i>ou</i></p> <p>Capacidade limitada de sentir dor na maioria das superfícies corporais</p>	<p><b>2. Muito limitada:</b></p> <p>Responde somente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar desconforto, exceto por meio de gemidos ou inquietação</p> <p><i>ou</i></p> <p>Tem déficit sensorial que limita sua capacidade de sentir dor ou desconforto em metade do corpo</p>	<p><b>3. Levemente limitada:</b></p> <p>Responde a comandos verbais, mas nem sempre consegue comunicar desconforto ou necessidade de ser virado</p> <p><i>ou</i></p> <p>Tem algum déficit sensorial que limita sua capacidade de sentir dor ou desconforto em uma ou nas duas extremidades</p>	<p><b>4. Sem déficit:</b></p> <p>Responde a comandos verbais</p> <p>Não tem nenhum déficit sensorial que limite sua capacidade de sentir ou expressar dor ou desconforto</p>
---	---	---	--	--

## Umidade

Grau de exposição da pele à umidade	<p><b>1. Constantemente úmida:</b></p> <p>A pele fica úmida praticamente constantemente por eliminações corporais, como transpiração ou urina</p>	<p><b>2. Muito úmida:</b></p> <p>A pele geralmente, mas não sempre, está úmida</p> <p>Necessária a troca da roupa de cama pelo</p>	<p><b>3. Ocasionalmente úmida:</b></p> <p>Pele ocasionalmente úmida, requerendo troca adicional de roupa de cama, aproximadamente 1 vez/dia</p>	<p><b>4. Raramente úmida:</b></p> <p>Pele normalmente seca</p> <p>Requer troca da roupa de cama somente nos intervalos de rotina</p>
-------------------------------------	---	--	---	--

**Tabela 48.5 Escala Braden para prognóstico de risco de úlcera.**

	Umidade detectada todas as vezes que o paciente é movimentado ou virado	menos uma vez por turno		
<b>Atividade</b>				
Grau de atividade física	<b>1. Acamado:</b> Confinado ao leito	<b>2. Cadeirante:</b> Capacidade de andar gravemente limitada ou inexistente  Não consegue sustentar seu próprio peso e/ou precisa de ajuda para se sentar em uma cadeira normal ou de rodas	<b>3. Anda ocasionalmente:</b> Anda ocasionalmente durante o dia, porém percorre distâncias muito curtas, com ou sem assistência  Passa a maior parte de cada turno no leito ou em uma cadeira	<b>4. Anda frequentemente:</b> Anda fora do quarto pelo menos 2 vezes/dia e dentro do quarto pelo menos uma vez a cada 2 h durante o período de vigília
<b>Mobilidade</b>				
Capacidade de mudar e controlar a posição do corpo	<b>1. Completamente imóvel:</b> Não faz nem a menor mudança de posição do corpo ou extremidade sem auxílio	<b>2. Muito limitada:</b> Faz ligeiras mudanças ocasionais na posição do corpo ou extremidade, mas é incapaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho	<b>3. Levemente limitada:</b> Faz mudanças frequentes, porém pequenas, de posição do corpo ou extremidade sozinho	<b>4. Sem limitações:</b> Faz grandes e frequentes mudanças de posição sem auxílio
<b>Nutrição</b>				
Padrão normal de ingestão de alimentos	<b>1. Muito ruim:</b> Nunca faz uma refeição completa; raramente come mais do que um terço de qualquer alimento oferecido; come duas porções ou menos de proteína	<b>2. Provavelmente inadequada:</b> Raramente faz uma refeição completa e geralmente come somente cerca de metade de qualquer	<b>3. Adequada:</b> Come mais da metade da comida na maioria das refeições  Come um total de quatro porções de proteína (carnes, laticínios) por dia	<b>4. Excelente:</b> Come a maioria dos alimentos de uma refeição; nunca recusa uma refeição; normalmente come um total de quatro ou mais

Tabela 48.5 Escala Braden para prognóstico de risco de úlcera.			
(carnes ou laticínios) por dia Toma pouco líquido Não toma suplemento alimentar líquido <i>ou</i> Está em regime de dieta zero e/ou em regime de líquidos claros ou infusão IV por mais de 5 dias	alimento oferecido A ingestão de proteínas inclui somente três porções de carne ou laticínios por dia <i>ou</i> Toma ocasionalmente um suplemento alimentar <i>ou</i> Recebe uma quantidade abaixo da ideal de alimentos líquidos ou alimentação por sonda	Ocasionalmente recusa uma refeição, mas normalmente toma um suplemento, se oferecido <i>ou</i> Está em regime de alimentação via sonda ou de NPT que provavelmente satisfaz todas as necessidades nutricionais	porções de carne e laticínios Ocasionalmente come entre as refeições Não requer suplementação
Atrito e cisalhamento			
<b>1. Problema:</b> Requer ajuda moderada a total para se movimentar; impossível se levantar completamente sem se arrastar sobre os lençóis  Frequentemente escorrega do leito ou cadeira, requerendo frequente reposicionamento com máxima assistência  Espasticidade, contraturas ou agitação leva a atrito quase constante	<b>2. Potencial problema:</b> Movimenta-se debilmente ou requer assistência mínima; durante uma movimentação, a pele provavelmente se esfrega até certo ponto contra o lençol, cadeira, contenções ou outros dispositivos  Mantém uma posição relativamente boa na cadeira ou no leito na maior parte do tempo, mas ocasionalmente escorrega	<b>3. Nenhum problema aparente:</b> Movimenta-se no leito e na cadeira sozinho e tem força muscular suficiente para se sentar completamente durante o movimento  Mantém um bom posicionamento no leito ou na cadeira durante todo o tempo	<b>PONTUAÇÃO TOTAL</b>

Tabela 48.5 Escala Braden para prognóstico de risco de úlcera.

**Instruções:** \*Pontue o paciente em cada uma das seis subescalas. A pontuação máxima é de 23, indicando pouco ou nenhum risco. Uma pontuação  $\leq 16$  indica "risco";  $\leq 9$  indica risco altíssimo.

A escala é composta por seis subescalas, das quais três estão relacionadas à intensidade e duração da pressão, percepção sensorial, nível de atividade e mobilidade e as outras três se referem à tolerância dos tecidos à pressão, umidade, estado nutricional, além da presença de fricção e cisalhamento.

A pontuação total varia de 6 a 23, uma pontuação total menor indica maior risco de desenvolvimento de lesão por pressão.

# ESCALA DE BRADEN Q

---

A Escala de Braden Q é uma versão adaptada da Escala de Braden, utilizada para avaliar o risco de desenvolvimento de lesões por pressão (LPs) em criança de 29 dias a 13 anos de idade, mediante os escores de pontuação.

- A escala de avaliação de risco determina, por meio de pontos, a probabilidade de ocorrência de LP em um paciente, com base em uma série de parâmetros considerados fatores de risco.

Pontos	1	2	3	4
Percepção Sensorial	Totalmente limitado	Muito limitado	Levemente limitado	Nenhuma limitação
Umidade	Completamente molhado	Muito molhado	Ocasionalmente molhado	Raramente molhado
Grau de Atividade	Acamado	Restrito à cadeira	Deambula ocasionalmente (maior parte leito ou cadeira)	Todas as crianças que são jovens demais para deambular ou deambulam frequentemente (pelo menos 2x ao dia)
Mobilidade	Totalmente imóvel	Bastante limitado	Levemente limitado	Não apresenta limitações
Nutrição	Muito pobre	Provavelmente inadequada	Adequada	Excelente
Fricção e Cisalhamento	Problema importante	Problema	Problema potencial	Nenhum problema
Perfusão tissular e oxigenação	Extremamente comprometida: hipotenso (PAM > 50 mmHg; < 40 mmHg em recém-nascido) ou o paciente não tolera as mudanças	Comprometida: Apresenta saturação de oxigênio <95% ou a hemoglobina <10 mg/dl ou o tempo de enchimento capilar >2 segundos. O pH sérico < 7,40.	Adequada: normotenso. Apresenta saturação de oxigênio <95% ou a hemoglobina <10 mg/dl ou o tempo de enchimento capilar > 2 segundos. O pH sérico é normal	Excelente: normotenso. Apresenta saturação de oxigênio > 95%, a hemoglobina normal e o tempo de enchimento capilar < 2 segundos.
Risco muito alto	6 a 9 pontos			
Risco alto	10 a 12 pontos			
Risco moderado	13 a 14 pontos			
Risco leve	15 a 18 pontos			
Sem risco	19 a 28 pontos			

Quadro 1: Escala de Braden-Q (Fatores de risco para Lesão por Pressão) – versão para crianças.  
Fonte: Paranhos (1999).

# FATORES DE RISCO - ALTO, BAIXO E MODERADO

---

## Risco baixo (15 a 18 pontos)

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

## Risco Moderado (13 a 14 pontos)

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

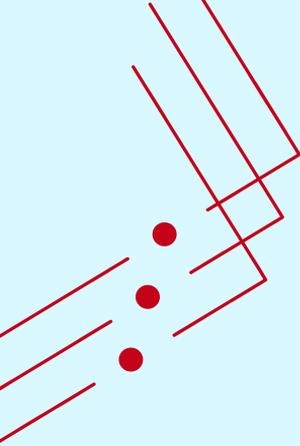
## Risco alto (10 a 12 pontos)

- Continuar as intervenções do risco moderado;
- Mudança de decúbito frequente;

- Utilização de coxins de espuma para facilitar a lateralização a 30°.

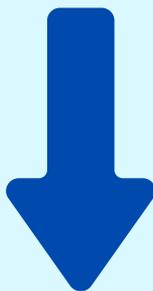
### Risco muito alto ( $\leq 9$ pontos)

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



# ***PROTOCOLO DE PREVENÇÃO***

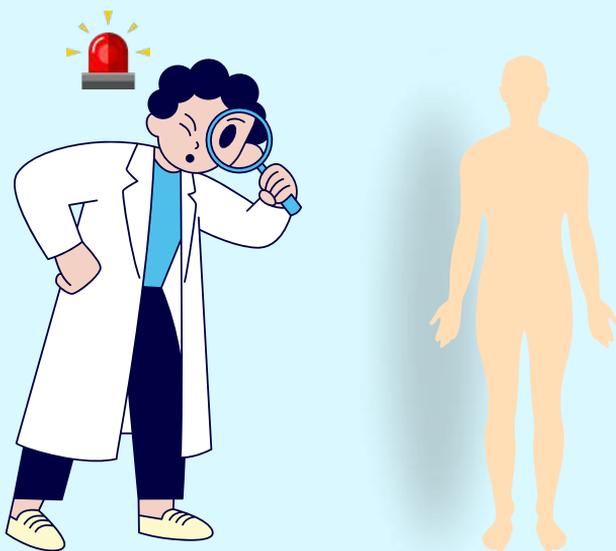
---





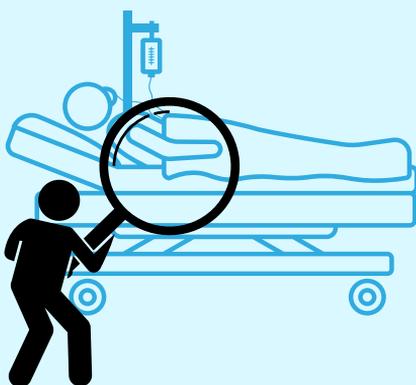
## 1-INSPEÇÃO DA PELE

A inspeção diária da pele é fundamental. Pacientes com risco de desenvolvimento de lesão por pressão nos estágios 1 e 2, necessitam diariamente de inspeção de toda superfície cutânea da cabeça aos pés.



Os pacientes, principalmente hospitalizados, podem apresentar uma deteriorização da pele em questão de horas.

Deve ser dada uma atenção as áreas de alto risco para o desenvolvimento de lesão por pressão.



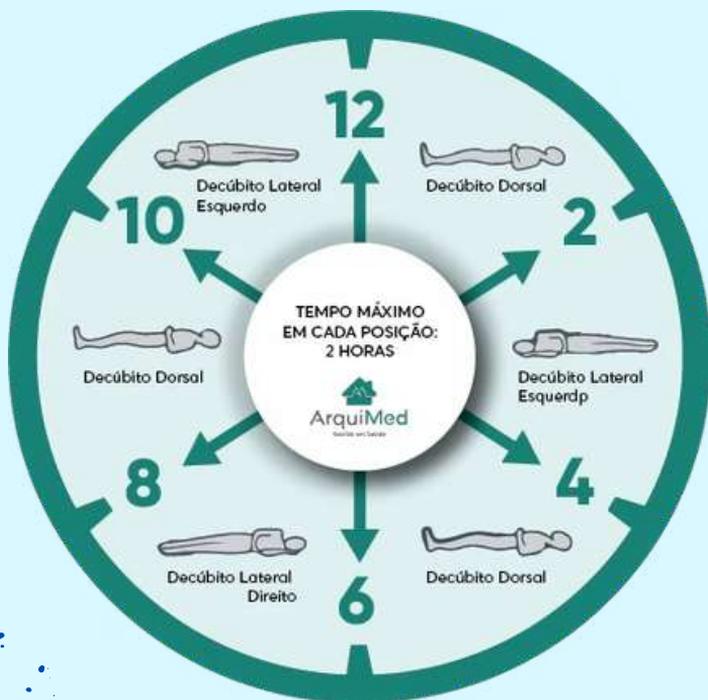


## 2- MUDANÇA DE DECÚBITO

A mudança do decúbito do paciente deve ser realizada para diminuição do tempo e da intensidade da pressão exercida sobre regiões sensíveis do corpo.

A alteração da posição do paciente objetiva preservar o conforto, a dignidade e a capacidade funcional do indivíduo.

Reposicionar o paciente de modo a aliviar ou redistribuir a pressão, evitando expor a pele à pressão excessiva ou a forças de torção (**cisalhamento**). O reposicionamento deve ser realizado de preferência a cada duas horas.



O posicionamento do paciente deve ser na posição **Semi-Fowler** com ângulo de **30°** e com uma inclinação de **30°** para as posições laterais (alternando os lado direito, lado e esquerdo e decúbito dorsal), se o paciente tolerar essas alterações de posições e sua condição clínica permitir.

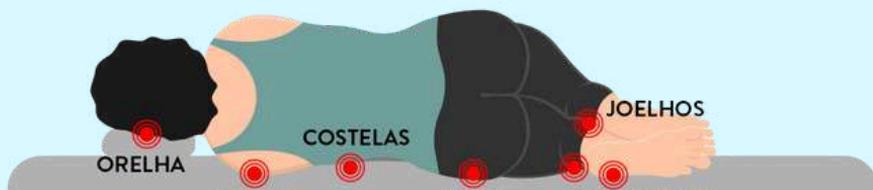
Evitar posturas que elevem a pressão, como a posição de Fowler acima de **30°**, a posição deitado de lado em **90°** ou a posição semi deitado.

# Principais posições para prevenção

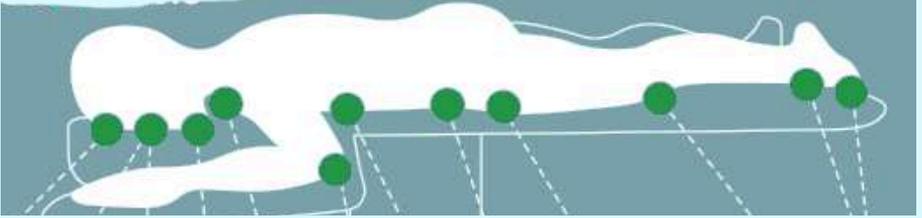
## 1-Decúbito dorsal



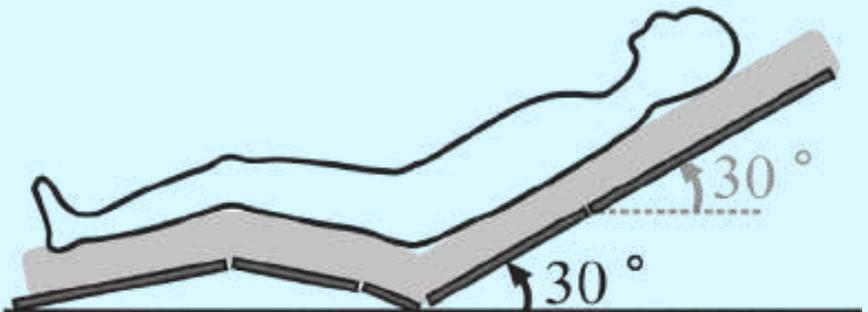
## 2-Decúbito lateral esquerdo/direito (de lado)

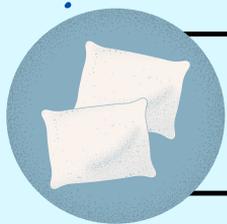


### 3- Decúbito ventral



### 4- Semi-Fowler a 30°



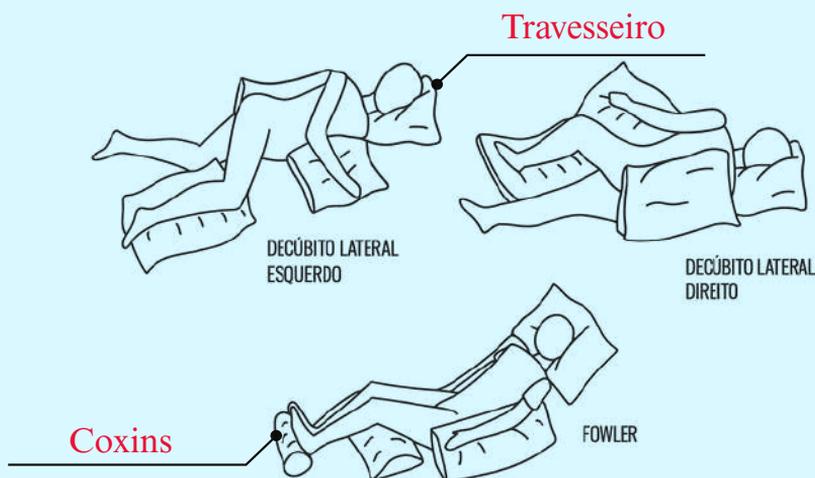


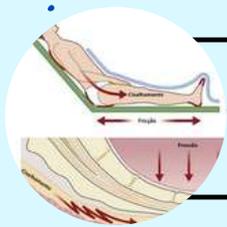
### 3- SUPERFÍCIES DE APOIO

A principal preocupação é aliviar a pressão, especialmente sobre as proeminências ósseas por meio de sua redistribuição.

Travesseiros e coxins são recursos acessíveis que ajudam a redistribuir a pressão. Quando utilizados de forma correta, podem expandir a superfície que sustenta o peso.

Superfícies de apoio específicas (colchões, camas e almofadas) ajudam a redistribuir a pressão que o corpo do paciente exerce sobre a pele e tecidos subcutâneos. Se o paciente tem a mobilidade reduzida e a pressão não for redistribuída, pode comprometer a circulação e causar o surgimento de lesões.





## 4-PREVENÇÃO DE FRICÇÃO/CISALHAMENTO

A cabeceira da cama deve ser elevada até no máximo  $30^\circ$ , e evitar pressão direta sobre os trocanteres na posição lateral e restringindo o tempo nessa inclinação, pois o corpo do paciente tende a escorregar, causando fricção e cisalhamento.



A equipe de enfermagem deve utilizar forro móvel ou dispositivos mecânicos para elevar e transferir pacientes acamados durante as mudanças de decúbito.

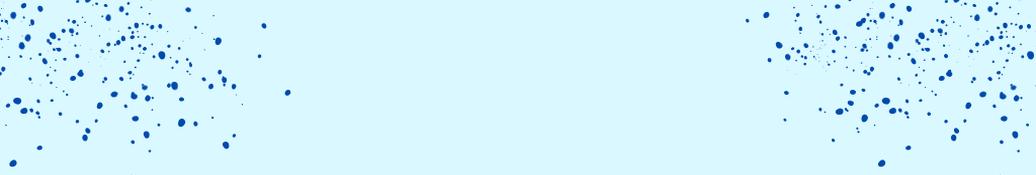
O uso correto desses recursos é fundamental para prevenir fricção ou forças de cisalhamento. Além disso, é importante verificar se não foi esquecido nenhum objeto sob o paciente, para evitar dano tecidual.



## 5-CUIDADOS DE HIGIENE

Pele úmida é mais vulnerável e propensa ao desenvolvimento de lesões. A pele deve ser limpa regularmente com produtos suaves para evitar irritação e secura da pele.





É importante reduzir a umidade causada por incontinência, transpiração ou exsudato de feridas. Quando não for possível controlar estas fontes de umidade, recomenda-se o uso de fraldas e absorventes para proteger a pele.

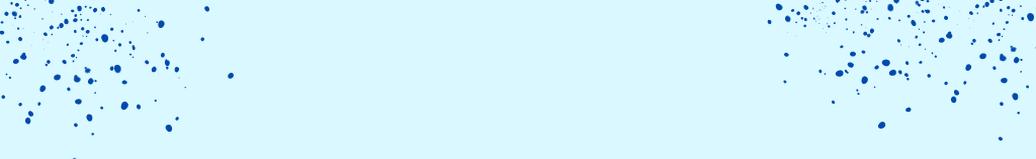
Agentes tópicos que atuam como barreiras contra a umidade e hidratam a pele também podem ser utilizados.



## 6-NUTRIÇÃO E HIDRATAÇÃO

A avaliação de pacientes com possível risco de desenvolvimento deve incluir a análise dos fatores nutricionais e do estado de hidratação.

Pacientes que apresentam déficit nutricional ou desidratação podem sofrer perda de massa muscular e de peso mais facilmente, o que torna os ossos mais proeminentes e dificulta a deambulação.



Edema e menor fluxo sanguíneo cutâneo costumam estar associados aos déficits nutricionais e hídricos, levando ao surgimento de lesões isquêmicas que favorecem as lesões na pele.

Pacientes mal nutridos têm o dobro da probabilidade de desenvolver lesões na pele. A ingestão adequada de líquidos, proteínas e calorias é fundamental para manter um estado nutricional saudável.



## 7-EDUCAÇÃO DA EQUIPE E FAMÍLIA

A educação em saúde é fundamental no cotidiano do cuidado, pois permite que tanto os profissionais quanto os cuidadores domiciliares ofereçam uma assistência qualificada e alinhada às necessidades dos pacientes.

Essa prática deve estar integrada aos pilares da saúde: promoção, prevenção e reabilitação.

Dentro desse contexto, destaca-se a importância da manutenção da integridade da pele como uma das prioridades da equipe de enfermagem, cuja atuação deve estar embasada em evidências científicas, testadas e comprovadas.



A prevenção das lesões por pressão (LPs) requer medidas adequadas, educação dos pacientes e dos cuidadores, além de estratégias que garantam o cuidado contínuo no domicílio. Conhecer os fatores de risco é essencial para evitar seu aparecimento e/ou sua piora.



## **COMO IDENTIFICAR PACIENTE COM RISCO DE DESENVOLVER LP?**

De acordo com a National Pressure Ulcer Advisory Panel ou NPUAP (organização norte-americana, sem fins lucrativos, dedicada à prevenção e tratamento de lesões por pressão), para identificar o paciente que corre esse risco deve-se utilizar uma abordagem estruturada que inclua uma avaliação geral de suas atividades e condições sempre que surgir fatores de risco.

O enfermeiro pode identificar o paciente em risco utilizando os "5 is":

**Inatividade:** inércia, ausência de movimento ou ação.

**Imobilidade:** dificuldade ou incapacidade de mudar de posição.

**Incontinência:** exposição prolongada da pele à umidade e substâncias irritantes, como urina e fezes, tornando-a mais frágil.

**Insuficiência nutricional:** falta de nutrientes essenciais para a saúde da pele e cicatrização de feridas.

**Insuficiência sensorial motora:** redução da capacidade de perceber dor ou pressão, dificultando a identificação.

# RESPONSABILIDADES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

---

## ENFERMEIRO:



- Identificar e classificar o perfil de risco do paciente (utilizar a escala de BRADEN);
- Prescrever e implementar ações preventivas, precocemente, de forma individualizada;
- Avaliar e reavaliar os resultados de acordo com a Prática Baseada em Evidências (PBE);
- Supervisionar as ações;

## RESPONSABILIDADES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

- Registrar diariamente a evolução da pele do paciente;
- Prescrição de curativos;
- Realizar os curativos de LPs mais complexas;
- Participar de treinamentos e capacitações de prevenção de LP;
- Orientar pacientes e familiares sobre prevenção da LP.

# RESPONSABILIDADES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

---

## TÉCNICO EM ENFERMAGEM:

- Identificar precocemente a LP e comunicar ao enfermeiro;
- Manter higiene e hidratação;
- Implementar as intervenções prescritas pelo enfermeiro;
- Fazer mudança de decúbito;



## **RESPONSABILIDADES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM**

---

- Registrar as intervenções e monitoramento;
- Realizar curativo de LP com base na prescrição;
- Participar de treinamentos e capacitações de prevenção de LP.

## NOTIFICAÇÃO E AÇÕES NA OCORRÊNCIA DE LPP

- Se o paciente desenvolver lesão por pressão, realizar medidas de tratamento conforme classificação do estágio da lesão.
- Orientar o paciente e familiares sobre medidas de prevenção para não agravar o estágio da lesão.
- Registrar no prontuário as informações de ocorrência de lesão por pressão e a conduta realizada.

# REGISTRO E MONITORAMENTO

Assim como a realização de todo o protocolo de prevenção de lesões por pressão (LPP) é de grande importância, o registro e o monitoramento das ações também são essenciais.

O registro das condutas de enfermagem e das respostas do paciente é fundamental para um planejamento eficaz das intervenções futuras.

Prontuário



# CONSIDERAÇÕES FINAIS

---

As lesões por pressão constituem um tema atual e recorrente na rotina hospitalar, exigindo atenção especial diante dos fatores que aumentam o risco de seu desenvolvimento.

A equipe deve estar atenta às áreas de risco, realizar mudanças de decúbito regularmente e avaliar o paciente de forma integral para garantir uma assistência de qualidade.

Dessa forma, torna-se fundamental a implementação rigorosa dos protocolos de prevenção, bem como a constante atualização dos profissionais de saúde quanto às estratégias preventivas, visando proporcionar uma assistência qualificada e segura ao paciente.



# REFERÊNCIAS

---

POTTER, Patricia A.; PERRY, Anne Griffin; STOCKERT, Patricia; HALL, Amy. **Fundamentos de enfermagem**. 11. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2023. Cap. 48 – Integridade da pele e cuidados com feridas. Acesso em: 16 jun. 2025.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Nota técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 05/2023: práticas de segurança do paciente em serviços de saúde: prevenção de lesão por pressão**.

**Brasília: Anvisa, 2023**. Disponível em:

<https://www.gov.br/anvisa/ptbr/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/nota-tecnica-gvims-ggtes-anvisa-no-05-2023-praticas-de-seguranca-do-paciente-em-servicos-de-saude-prevencao-de-lesao-por-pressao.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2025.

NANDA INTERNATIONAL. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2024–2026**. 13. ed. Porto Alegre: Artmed, 2024. Domínio 11 – Conforto, Classe 2 – Integridade física, Diagnóstico 00046 – Integridade da pele prejudicada, pp. 525. Acesso em: 20 jun. 2025.

LIMA, N. R. de; LIMA, N. R. de; SOUZA, J. C. de O.; SILVÉRIO, T. da S.; SOUZA FILHO, J. O. A.; SANTOS-NASCIMENTO, T. D. **Escala de Braden: benefícios de sua aplicação na prevenção de lesão por pressão no âmbito domiciliar**. Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR, Umuarama, v. 25, n. 2, p. 95-103, maio/ago. 2021. Acesso em: 20 jun. 2025.

CARDOSO GONÇALVES, A. D.; MOTA BINDA, A. L.; NASCIMENTO PINTO, E.; SANTOS DE OLIVEIRA, E.; BINDA NETTO, I. **A mudança de decúbito na prevenção de lesão por pressão em pacientes na terapia intensiva.** Nursing Edição Brasileira, [S. l.], v. 23, n. 265, p. 4151–4170, 2020. DOI: 10.36489/nursing.2020v23i265p4151-4170. Disponível em: <https://revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/view/626>. Acesso em: 23 jun. 2025.

SOUZA, M. C.; LOUREIRO, M. D. R.; BATISTON, A. P. **Organizational culture: prevention, treatment, and risk management of pressure injury.** Revista Brasileira de Enfermagem, v. 73, n. 3, p. e20180510, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0510>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/xxxxx>. Acesso em: 23 jun. 2025.

RIBEIRO, W. A.; DOS SANTOS, L. C. A.; DIAS, L. L. C.; FASSARELA, B. P. A.; ALVES, A. L. N.; NEVES, K. C.; DO AMARAL, F. S. **Fatores de riscos para lesão por pressão x estratégias de prevenção: interfaces do cuidado de enfermagem no âmbito hospitalar.** Revista Pró-UniverSUS, Umuarama, v. 13, n. 1, p. 02-06, jan./jun. 2022. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/362246111\\_Fatores\\_de\\_riscos\\_para\\_lesao\\_por\\_pressao\\_x\\_Estrategias\\_de\\_prevencao\\_Interfaces\\_do\\_cuidado\\_de\\_enfermagem\\_no\\_ambito\\_hospitalar/fulltext/636a55d0431b1f53007df33d/Fatores-de-riscos-para-lesao-por-pressao-x-Estrategias-de-prevencao-Interfaces-do-cuidado-de-enfermagem-no-ambito-hospitalar.pdf](https://www.researchgate.net/publication/362246111_Fatores_de_riscos_para_lesao_por_pressao_x_Estrategias_de_prevencao_Interfaces_do_cuidado_de_enfermagem_no_ambito_hospitalar/fulltext/636a55d0431b1f53007df33d/Fatores-de-riscos-para-lesao-por-pressao-x-Estrategias-de-prevencao-Interfaces-do-cuidado-de-enfermagem-no-ambito-hospitalar.pdf). Acesso em: 25 jun. 2025.

FUNDAÇÃO CENTRO DE CONTROLE DE ONCOLOGIA DO ESTADO DO AMAZONAS (FCECON). **Protocolo de prevenção de lesão por pressão**. Manaus: Núcleo de Segurança do Paciente, 2023. 26 p. Acesso em: 25 jun. 2025.

FEITOSA, D. V. dos S.; SILVA, N. S. de O.; PEREIRA, F. N. M.; ALMEIDA, T. F.; ESTEVAM, A. dos S. **Atuação do enfermeiro na prevenção de lesão por pressão: uma revisão integrativa da literatura**. Revista Eletrônica Acervo Saúde, [S. l.], n. 43, p. e2553, 12 mar. 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/bjpe/article/view/41246>. Acesso em: 26 jun. 2025.

QUADROS, A. D.; SMANIOTTO, M. S. C.; RIBEIRO, M. C.; RICHTER, S. A. **Conhecimento da equipe de enfermagem na prevenção de lesão por pressão no ambiente hospitalar**. Revista Enfermagem Atual In Derme, [S. l.], v. 96, n. 37, p. e-021216, 2022. DOI: 10.31011/reaid-2022-v.96-n.37-art.1328. Disponível em: <https://mail.revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/1328>. Acesso em: 26 jun. 2025.

SANTOS, A. S.; SANTOS, D. de J. L. C. dos; NOGUEIRA, B. V.; CALDAS, G. R. F.; OLIVEIRA, T. da S. de; CÂMARA JÚNIOR, C. A. **O papel do enfermeiro na prevenção e tratamento de lesão por pressão**. Revista Eletrônica Acervo Científico, v. 44, p. e12584, 31 maio 2023.

PRADO, R. T. **Como é a escala de Braden e como utilizá-la no ambiente da UTI?** *IESPE – Pós-graduação e Extensão*, 4 out. 2022. Disponível em: <https://www.iespe.com.br/blog/escala-de-braden/>. Acesso em: 4 jul. 2025.

FREITAS, Vanusa Fontoura. **A importância dos cuidados do técnico em enfermagem na prevenção de lesão por pressão em pacientes hospitalizados.** 2016. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso Técnico em Enfermagem) – Grupo Hospitalar Conceição – Escola GHC, Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul – Câmpus Porto Alegre, Porto Alegre, 2016.