SEGURANÇA DO PACIENTE

GUIA RÁPIDO DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO

BRASÍLIA - 2020





Secretário de Estado de Saúde do Distrito Federal Osnei Okumoto

Secretário Adjunto de Assistência à Saúde Petrus Leonardo Barron Sanchez

Subsecretário de Assistência Integral à Saúde Alexandre Garcia Barbosa

Coordenadora de Atenção Secundária e Integração de Serviços Lauanda Amorim Pinto

Diretora de Enfermagem Cristiane Pinto Costa Vieira

Elaboração 2020

Câmara Técnica de Cuidados com a Pele:

Alexandra Isabel de Amorim Lino
Daniela Borges Matias
Edlaine Lopes Meneses Cardoso
Luciene de Moraes Lacort Natividade
Luz Marina Alfonso Dutra
Rafaela Bertoglio Escher
Ronivaldo Pinto Ferreira
Sabrina Meireles de Andrade
Tacyana Cássia Ramalho de Souza
Tatiana Lidia Lira de Almeida

Câmara Técnica de Segurança do Paciente

Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente do Hospital Regional da Asa Norte-NQSP/HRAN

Hysnara Gomes Lima de Lucena Janine Araújo Montefusco Vale Jurani Maria José da Silva Lucimara Ferreira Macedo Paola Almeida dos Santos Sobral

Revisão 2020

Alexandra Isabel de Amorin Lino- RTD de estomaterapia Cláudia Rodrigues Mafra – Presidente da Câmara Técnica de Segurança do Paciente Saulo Jacinto da Silva Junior- Enfermeiro de Família e Comunidade

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	4
1-INTRODUÇÃO	5
2- AVALIAÇÃO DE RISCO PELA ESCALA DE BRADEN	6
3-ESCALA DE AVALIAÇÃO DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DE LESÕES DECORRENTES DO POSICIONAMENTO CIRÚRGICO (ELPO)	9
4- CLASSIFICAÇÃO, PREVENÇÃO E TRATAMENTO	11
5- LESÃO POR PRESSÃO ASSOCIADAS AO POSICIONAMENTO PRONA	16
5.1- Cuidados prévios à manobra de pronação	17
5.2- Cuidados com a pele do usuário durante a posição de pronação	19
6-CONDUTAS PREVENTIVAS	20
6.1- Medidas preventivas para fricção e cisalhamento	21
6.2- Materiais e equipamentos para redistribuição de pressão	22
7-Considerações	23
REFERÊNCIAS	24
ANEXO 1: Escala de Observação do Risco de Lesão da Pele em Neonatos (NSRAS) . 26
ANEXO 2: Escala de Braden	27
ANEVO 2. Feedle de Breden. O	20

APRESENTAÇÃO

A Câmara Técnica de Cuidados com a Pele (CATCP), Câmara Técnica de Segurança do Paciente (CATSP) e o NQSP/HRAN apresentam a primeira edição do "Guia de Prevenção de Lesão Por Pressão" importante instrumento para orientar os profissionais de saúde na prevenção e tratamento de Lesões Por Pressão (LP) em usuários internados nas unidades de saúde da rede SESDF.

A prevenção de LP tem um escopo multifatorial envolvendo profissionais de diversas categorias e áreas distintas. Para a operacionalização e adoção de novas práticas, torna-se necessária a consolidação de uma cultura organizacional que valorize a prevenção e promova o trabalho em equipe.

A LP, quando ocorrida após a admissão do usuário no serviço de saúde, é reconhecida como um evento adverso potencialmente evitável e também considerada como um marcador da qualidade da atenção à saúde tornando-se um grande desafio aos gestores e profissionais.

A estimativa de ocorrência de LP está entre 4 a 16% de pacientes hospitalizados em países desenvolvidos (ANVISA, 2017). No Brasil, a prevalência de LP nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) variou entre 35,2% a 63,6% e a incidência entre 11,1% e 64,3% (VASCONCELOS, CALIRI, 2017).

Dessa forma, foi elaborado esse guia rápido de orientações para o fortalecimento das ações de prevenção desse evento adverso relacionado à assistência à saúde com o objetivo de orientar os profissionais na promoção das práticas seguras de prevenção e tratamento de LP nas unidades de serviços de saúde da rede SESDF.

Ronivaldo Pinto Ferreira Presidente da Câmara Técnica de Cuidados com a Pele

Claudia Mafra Presidente da Câmara Técnica de Segurança do Paciente

1-INTRODUÇÃO

As **lesões por pressão** são danos localizados na pele e/ou tecidos moles subjacentes, causada por excesso de pressão isolada ou combinada constante em alguma parte do corpo sobre uma proeminência óssea ou também causada por um dispositivo médico, ou uma lesão numa membrana mucosa (NPUAP, 2016).

Alguns **fatores de risco**, tais como: imobilidade; integridade musculoesquelética alterada; talas, órteses e próteses; aparelhos restritivos; estado alterado da consciência; sensibilidade reduzida; umidade excessiva; emagrecimento; esquema inadequado de reposicionamento; superfície de apoio inadequada; sobrecarga em áreas corporais de risco; higiene corporal inadequada e falta de hidratação/ proteção da pele ressecada, contribuem para a sua ocorrência.

Como aqueles indivíduos que se encontram imóveis (confinados a cama e cadeira de rodas), deve-se notar que quanto menor a área do corpo pressionada, maior a intensidade da pressão, neste grupo estão os usuários com alterações na percepção sensorial, indivíduos com paraplegia, coma, submetidos à cirurgia de grande porte, pós trauma sedados, restrição mecânica com aparelhos gessados ou trações ortopédicas.

A ocorrência da lesão vai variar de acordo com a **intensidade**, **duração e tolerância da pele** e de estruturas subjacentes para suportá-la.

Quando a pressão sanguínea diminui (desidratação, enfermidade cardiovascular, sepse) pode ocorrer uma compressão capilar exagerada que impede o suprimento de fluxo sanguíneo ocorrendo a isquemia, hipóxia, acidose tissular, edema e necrose celular.

Outros fatores que contribuem para o aparecimento da LP é quando o suprimento sanguíneo cutâneo é reduzido pelo aumento da pressão externa sobre a pressão capilar (normal capilar arterial 32mmHg e venoso 12mmHg). Isto depende da natureza dos próprios tecidos e da habilidade da pele e das estruturas de suporte (vasos sanguíneos, colágeno, fluido intersticial) em redistribuir a pressão aplicada na superfície do tecido. O tecido muscular é o mais sensível à pressão e a isquemia.

A lesão pode se apresentar como pele intacta ou aberta como resultado de pressão intensa e/ou prolongada em combinação com o cisalhamento. O **cisalhamento** é causado pela interação da gravidade com a fricção, exercendo forças paralelas na pele (figura 1). É o que ocorre quando a cabeceira da cama é elevada acima de 30°, na qual o esqueleto tende a escorregar, obedecendo a força da gravidade, mas a pele permanece no lugar (ROGENSKI, 2014).



A figura acima demonstra a força de cisalhamento presente na região coccígea quando o paciente escorrega no leito.

FIGURA 1. Fonte: ROGENSKI,2014.

A **fricção** é criada pela força de duas superfícies, movendo-se uma sobre a outra, provocando a remoção das células epiteliais e causando abrasões e lesões semelhantes a queimaduras de segundo grau. Exemplo disso é o fato de arrastar o paciente no leito ao invés de levantar (ROGENSKI, 2014).

A LP, quando ocorrida após a admissão do indivíduo no serviço de saúde, é reconhecida com um **evento adverso potencialmente evitável** e também considerada como um marcador da qualidade da atenção à saúde tornando-se um grande desafio aos gestores e profissionais (BRASÍLIA, 2019).

2- AVALIAÇÃO DE RISCO PELA ESCALA DE BRADEN

A Escala de Braden (EB) é a mais utilizada no Brasil para medir o risco que o usuário dos serviços de saúde tem de apresentar uma LP. É constituída de seis variáveis para avaliação em seis subescalas: Percepção Sensorial, Umidade, Atividade, Mobilidade, Nutrição, Fricção e força de Cisalhamento.

Cada subescala é pontuada de 1 a 4, exceto a variável Fricção e Cisalhamento, que pontua de 1 a 3. O escore total pode variar de 6 a 23 pontos, sendo os usuários classificados da seguinte forma: risco muito alto (escores iguais ou menores a 9 pontos), risco alto (escores de 10 a 12 pontos), risco moderado (escores de 13 a 14 pontos), baixo risco (escores de 15 a 18 pontos) e sem risco (escores de 19 a 23 pontos).

Para a população pediátrica é utilizada a escala de Braden Q (aplicada a crianças com idade compreendida entre os 21 dias de vida e os 18 anos). No entanto, a população neonatal (dos 0 aos 21 dias) fica muito desprotegida no que se refere a utilização de instrumentos para a avaliação do risco de lesão por pressão, e assim a NSRAS (Escala de

Observação do Risco de Lesão da Pele em Neonatos) é direcionada para a complexidade dos cuidados com a pele, em neonatologia. É uma população que exige profissionais bem preparados para a identificação rápida dos problemas e para a realização eficaz das intervenções de enfermagem relacionado com a pele, a avaliação do risco de lesão e a identificação de produtos tóxicos que, ao serem utilizadas diretamente na pele do recémnascido que podem provocar descamação e/ou queimaduras da pele (MARTINS e CURADO, 2017).

A NSRAS (anexo 1) e constituída por seis itens: condição física geral (idade gestacional), estado mental, mobilidade, atividade, nutrição e umidade, cada um deles com um formato de medida ordinal com quatro pontos (1 a 4).

Os *scores* dos itens variam entre 6 e 24 pontos, sendo o *score* mais baixo representativo de baixo risco de lesão da pele e o *score* mais alto representativo de risco elevado de lesão da pele.

Então a escala de Braden proporciona uma avaliação criteriosa para o direcionamento de intervenções de aspectos preventivos para detecção precoce (SOUSA et al., 2006).

A avaliação de risco para esse tipo de lesão deverá ser realizada o mais precocemente (recomendável dentro das primeiras 8 horas) após a admissão do usuário na unidade. A escala de Braden (anexo 2 – versão completa e figura 2 – versão resumida) deverá ser aplicada para todos os pacientes acima de 5 (cinco) anos.

Pontos	1	2	3	4
Percepção Sensorial	Totalmente limitado	Muito limitado	Levemente limitado	Nenhuma limitação
Umidade	Completamente molhado	Muito molhado	Ocasionalmente molhado	Raramente molhado
Atividade	Acamado	Confinado à cadeira	Anda ocasionalmente	Anda frequentemente
Mobilidade	Totalmente imóvel	Bastante Iimitado	Levemente limitado	Não apresenta limitações
Nutrição	Muito pobre	Provavelmente inadequada	Adequada	Excelente
Fricção e Cisalhamento	Problema	Problema em potencial	Nenhum problema	-
	Risco Muito Alto		6 a 9 pc	ontos
	Risco Alto	10 a 12 pontos		
	Risco Moderado	13 a 14 p	ontos	
	Risco Leve		15 a 18 p	ontos

Figura 2:Escala de Braden (Fatores de risco para Lesão por Pressão) – versão resumida. **Fonte**: Paranhos (1999).

Para crianças de 1 a 5 anos deverá ser utilizada a **Escala de Braden Q** (anexo 3 – versão completa e quadro 1 – versão resumida) conforme quadro abaixo:

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			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		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	hemoglobina <10 mg/dl ou o tempo de		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 norma 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	5			

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

Fonte: Paranhos (1999).

3-ESCALA DE AVALIAÇÃO DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DE LESÕES DECORRENTES DO POSICIONAMENTO CIRÚRGICO (ELPO)

A ELPO é um instrumento válido e confiável para a avaliação de risco para o desenvolvimento de lesões (Figura 3), decorrentes do posicionamento cirúrgico, em usuários adultos. Sua aplicação pode auxiliar a tomada de decisão no cuidado ao usuário, durante o posicionamento cirúrgico, promover a melhoria da assistência, bem como

incentivar o desenvolvimento de protocolos de cuidados direcionados para o posicionamento cirúrgico do usuário dos serviços de saúde (LOPES et al.,2016). Recomenda-se que a ELPO seja aplicada ao posicionar o usuário na mesa operatória.

ltens Escore	5	4	3	2	1
Tipo de posição cirúrgica	Litotômica	Prona	Trendelemburg	Lateral	Supina
Tempo de cirurgia	acima de 6h	acima de 4h até 6h	acima de 2h e até 4h	acima de 1h até 2h	até 1h
Tipo de anestesia	geral+regional	geral	regional	sedação	local
Superficie de suporte	sem uso de superfície de suporte ou suportes rígidos sem acolchoamento ou perneiras estreitas	colchão da mesa cirúrgica de espuma (convencional)+coxins feitos de campos de algodão	colchão da mesa cirúrgica de espuma (convencional) +coxins de espuma	colchão da mesa cirúrgica de espuma (convencional)+coxins de viscoelástico	colchão da mesa cirúrgica de viscoelástico+coxins de viscoelástico
Posição dos membros	elevação dos joelhos >90° e abertura dos membros inferiores >90° ou abertura dos membros superiores >90°	elevação dos joelhos >90° ou abertura dos membros inferiores >90°	elevação dos joeihos <90° e abertura dos membros inferiores <90° ou pescoço sem alinhamento mento esternal	abertura <90° dos membros superiores	posição anatômica
Comorbidades	úlcera por pressão ou neuropatia previamente diagnosticada ou trombose venosa profunda	obesidade ou desnutrição	diabetes mellitus	doença vascular	sem comorbidades
Idade do paciente	>80 anos	entre 70 e 79 anos	entre 60 e 69 anos	entre 40 e 59 anos	entre 18 e 39 anos

Figura 3: Escala de avaliação de risco para o desenvolvimento de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico. **Fonte:** LOPES et al., 2016.

Segundo Lopes e colaboradores (2016), o escore da ELPO varia de 7 a 35 e quanto maior o escore, maior o risco de o usuário desenvolver complicações decorrentes do posicionamento cirúrgico. A nota de corte proposta estatisticamente com indicação de situação de maior risco é o **escore acima de 19**.

4- CLASSIFICAÇÃO, PREVENÇÃO E TRATAMENTO

CLASSIFICAÇÃO	CARACTERÍSTICAS DA PELE	COBERTURA (sugestões)	OBJETIVO DA COBERTURA
Estágio 1: Pele íntegra com eritema que não embranquece Fonte: Gordian Medical, Inc. dba American Medical Technologies	Pele íntegra com área localizada de eritema que não embranquece e que pode parecer diferente em pele de cor escura. Presença de eritema que embranquece ou mudanças na sensibilidade, temperatura ou consistência (endurecimento) podem preceder as mudanças visuais. Mudanças na cor não incluem descoloração púrpura ou castanha; essas podem indicar dano tissular profundo (NPUAP, 2016).	Espuma de Hidropolímero/hidrocelular Hidrocolóide transparente; Filme transparente; Obs: O estágio 1 é muito confundido com Dermatite Associada à Incontinência (DAÍ). O uso de hidrocoloide e filme transparente em DAI pode piorar a lesão.	 1-Diminuir as forças de pressão, fricção e cisalhamento; 2-Proteger a pele contra umidade; 3-Fazer barreira protetora diminuindo impacto da pressão; 4- O hidrocolóide e filme transparente permite visualizar a evolução da lesão sem retirar a cobertura;
Estágio 2: Perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme Fonte: http://enfermagem-a-arte-decuidar.blogspot.com/2014/10/feridascurativos-e-coberturas.html	O leito da ferida é viável, de coloração rosa ou vermelha, úmido e pode também apresentarse como uma bolha intacta (preenchida com exsudato seroso) ou rompida. O tecido adiposo e tecidos profundos não são visíveis. Tecido de granulação, esfacelo e escara não estão presentes. Essas lesões geralmente resultam de microclima inadequado e cisalhamento da pele na região da pélvis e no calcâneo. Esse estágio não deve ser usado para descrever as lesões de pele associadas à umidade (NPUAP, 2016).	Espuma de Hidropolímero; Hidrocolóide;	1-Absorver o baixo/médio exsudato da lesão; 2-Diminuir as forças de pressão, fricção e cisalhamento; 3-Proteger a pele contra umidade, bactérias e vírus; 4-Fazer barreira protetora diminuindo impacto da pressão;

CLASSIFICAÇÃO	CARACTERÍSTICAS DA PELE	COBERTURA(sugestões)	OBJETIVO DA COBERTURA
Estágio 3:	Perda da pele em sua espessura total na qual a gordura é visível e, frequentemente, tecido	<u>Cobertura primária:</u> Hidrofibra com prata;	1-Absorver o moderado exsudato da lesão; 2- Preenchimento de cavidade e bordas
Perda da pele em sua espessura	de granulação e epíbole (lesão com bordas	Alginato de Cálcio e Sódio;	descoladas;
total	enroladas) estão presentes.	Carvão ativado com prata;	3-Controle bacteriano e viral;
	Esfacelo e/ou escara pode estar visível. A profundidade do dano tissular varia conforme a localização anatômica; áreas com	Espuma de poliuretano com prata;	4-Diminuir as forças de pressão, fricção e cisalhamento; 4-Proteger a pele contra umidade excessiva,
	adiposidade significativa podem desenvolver lesões profundas. Podem ocorrer descolamento e túneis.	Cobertura Secundária: Espuma de hidropolimero (se a troca do curativo for diária inviabiliza o uso do	bactérias e vírus;
	Não há exposição de fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem e/ou osso. Quando o esfacelo ou escara prejudica a	hidropolímero diariamente)	
Fonte: Google imagens	identificação da extensão da perda tissular, deve-se classificá-la como Lesão por Pressão Não Classificável (NPUAP, 2016).		
Estágio 4:		Cobertura primária:	1-Absorver o elevado exsudato da lesão;
Perda da pele em sua espessura	Perda da pele em sua espessura total e perda	Hidrofibra com prata;	2-Controle bacteriano e viral;
total e perda tissular	tissular com exposição ou palpação direta da	Alginato de Cálcio e Sódio;	3-Diminuir as forças de pressão, fricção e
	fáscia, músculo, tendão, ligamento,	Carvão ativado com prata;	cisalhamento ;
	cartilagem ou osso. Esfacelo e/ou escara pode	Espuma de poliuretano para	4-Proteger a pele contra umidade excessiva,
1100	estar visível. Epíbole (lesão com bordas	preenchimento de cavidades (as cavidades	bactérias e vírus ;
	enroladas), descolamento e/ou túneis	devem ser preenchidas apenas em 70% para que	
	ocorrem frequentemente. A profundidade varia conforme a localização anatômica.	a área possa contrair e fechar).	
	Quando o esfacelo ou escara prejudica a	Cobertura Secundária:	
	identificação da extensão da perda tissular,	A troca deverá ser diária, assim a	
	deve-se classificá-la como Lesão por Pressão Não Classificável (NPUAP, 2016).	cobertura secundária deve ser gaze ou	
Fonte: Google imagen	ivao ciassiiicavei (NPOAP, 2010).	coxim.	

CLASSIFICAÇÃO	CARACTERÍSTICAS DA PELE	COBERTURA(sugestões)	OBJETIVO DA COBERTURA
Lesão por pressão não classificável: Perda da pele em sua espessura total e perda tissular não visível. Fonte: http://enfermagem-a-arte-de-cuidar.blogspot.com/2014/10/feridas-curativos-e-coberturas.html	Perda da pele em sua espessura total e perda tissular na qual a extensão do dano não pode ser confirmada porque está encoberta pelo esfacelo ou escara. Ao ser removido (esfacelo ou escara), Lesão por Pressão em Estágio 3 ou Estágio 4 ficará aparente. Escara estável (isto é, seca, aderente, sem eritema ou flutuação) em membro isquêmico ou no calcâneo não deve ser removida (NPUAP, 2016).	Desbridamento autolitico: Hidrocoloide; Hidrogel; Desbridamento enzimático: Colagenase;	1-Promover o desbridamento; Obs: Avaliar o desbridamento instrumental/cirúrgico
Lesão por pressão tissular profunda: Descoloração vermelho escura, marrom ou púrpura, persistente e que não embranquece. Fonte: NPUAP, 2016	Pele intacta ou não, com área localizada e persistente de descoloração vermelha escura, marrom ou púrpura que não embranquece ou separação epidérmica que mostra lesão com leito escurecido ou bolha com exsudato sanguinolento. A descoloração pode apresentar-se diferente em pessoas com pele de tonalidade mais escura. A ferida pode evoluir rapidamente e revelar a extensão atual da lesão tissular ou resolver sem perda tissular. Quando tecido necrótico, tecido subcutâneo, tecido de granulação, fáscia, músculo ou outras estruturas subjacentes estão visíveis, isso indica lesão por pressão com perda total de tecido (Lesão por Pressão Não Classificável ou Estágio 3 ou Estágio 4). Não se deve utilizar a categoria Lesão por Pressão Tissular Profunda (LPTP) para descrever condições vasculares, traumáticas, neuropáticas ou dermatológicas (NPUAP, 2016).	Hidratação + Proteção	Os calcâneos deverão ficar livres de pressão, permanecendo flutuantes. Hidratar e não aplicar cobertura para observar o local. Se ocorrer flictema, este deverá ser rompido quando exsudato purulento ou sanguinolento.

CLASSIFICAÇÃO	CARACTERÍSTICAS DA PELE	COBERTURA(sugestões)	OBJETIVO DA COBERTURA
Lesão por Pressão Relacionada a Dispositivo Médico	Dispositivo Médico A Lesão por Pressão Relacionada a Dispositivo Médico resulta do uso de dispositivos criados e aplicados para fins diagnósticos e terapêuticos. A lesão por pressão resultante geralmente apresenta o padrão ou forma do dispositivo. Essa lesão deve ser categorizada usando o sistema de classificação de lesões por pressão (NPUAP, 2016).	Prevenção com hidrocolóide ou espuma de hidropolimero.	Diminuir a força de pressão do dispositivo sobre a pele.
Fonte: www.revistaferidas.com.br		Fixador adesivo de cânula, sonda e cateter nasal.	Proteção da pele e melhor fixação
		Quando houver presença da lesão tratar conforme avaliação do enfermeiro.	Quando usada para proteger a pele sob um dispositivo médico, selecione uma cobertura que: não interfira na função do dispositivo, não aumente a pressão sob o dispositivo, ou seja, que não seja grossa demais e que absorva o excesso de umidade e/ou transfira a umidade para o ambiente (WUWHS, 2016).
Lesão por Pressão em Membranas Mucosas Fonte: Google imagens	A lesão por pressão em membranas mucosas é encontrada quando há histórico de uso de dispositivos médicos no local do dano. Devido à anatomia do tecido, essas lesões não podem ser categorizadas (NPUAP, 2016).	Quando houver a lesão instalada em mucosa tratar conforme avaliação do enfermeiro.	Regeneração da mucosa.

A extensão dos efeitos físicos de uma cobertura específica varia de acordo com as propriedades dos materiais dos quais ela é composta, e também com a forma como a cobertura é confeccionada. Assim segue as indicações segundo Call e colaboradores (2015):

Modificar a pressão, cisalhamento, atrito e microclima usando as propriedades da cobertura						
FATOR	PROPRIEDADE DA COBERTURA QUE PODE MODIFICAR O FATOR	EXEMPLOS				
Pressão	Forro felpudo alto (espessura ou 'enchimento' que contém ar) que amortece Grande área de apoio de carga, ou seja, para redistribuir a pressão.	Coberturas mais espessas, por exemplo, os com múltiplas camadas (que podem incluir espuma) suficientemente grande para se estender além da área de risco.				
Cisalhamento	Capacidade de absorver e redistribuir as forças de cisalhamento pela ótima aderência à pele, forro felpudo alto e movimento lateral das camadas da cobertura.	Coberturas multicamada que contêm um material com forro felpudo alto, por exemplo, uma espuma adesivo elástico (hidrocoloíde) para permitir a absorção das forças de cisalhamento, suficientemente grande para cobrir a área de risco sobrepondo-se à pele afetada para redistribuir o cisalhamento da área de risco.				
Atrito	Superfície exterior com baixo coeficiente de atrito* para reduzir a geração de cisalhamento.	Película (filme transparente) Coberturas com uma superfície externa de baixo atrito.				
Microclima (umidade)	Absorvente para reter a transpiração da pele. Elevada taxa de transmissão de vapor úmido (TTVU) para permitir que a umidade seja liberada do aspecto externo da cobertura.	Espuma, hidrocoloide. Camada exterior com uma elevada TTVU. Camada externa resistente à água, a				
	Impermeável a líquidos, por exemplo, à urina.	cobertura é adesiva e protege o microambiente local e exclui fatores externos.				

^{*}Observação: Uma cobertura com um coeficiente de atrito muito baixo pode tornar difícil para um paciente manter a posição, se aplicado ao sacro, por exemplo.

Quadro 2: Efeitos físicos das coberturas na prevenção de LP. Fonte: CALL, et al. 2015; LEVY, et al. 2015.

^{**}A pesquisa in vitro sugeriu que, embora algumas coberturas possam aumentar ligeiramente a temperatura da pele, o aumento não é suficiente para causar lesões teciduais.

5- LESÃO POR PRESSÃO ASSOCIADAS AO POSICIONAMENTO PRONA



Figura 4: usuário em posição prona. Fonte: http://www.terapiaventilatoria.uc.cl/Articulos/la-posicion-prona-en-pacientes-con-sdra

A mudança de Posicionamento em Pronação (PP) foi proposta em virtude da distribuição heterogênea da lesão pulmonar nos usuários com Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo (SDRA), sendo um método relativamente simples que tem sido mostrado para melhorar a troca gasosa e oxigenação e, em estudos mais recentes, reduzir a mortalidade desses usuários, podendo assim, ser utilizada como parte da estratégia ventilatória. Vários mecanismos têm sido propostos para explicar estes efeitos como: melhoria da ventilação regional, uma maior homogeneidade de relações ventilação/ perfusão, aumento no volume pulmonar e recrutamento alveolar devido à descarga de movimento do diafragma na posição prona (HU et al., 2014; GUÉRIN et al., 2013).

São diversas as áreas sujeitas à LP durante a pronação, conforme demonstrado na figura (5) abaixo, e além dessas lesões podem ocorrer também edema facial (principalmente nas pálpebras e lábios) e lesões mucosas (úlceras de córnea ou língua).

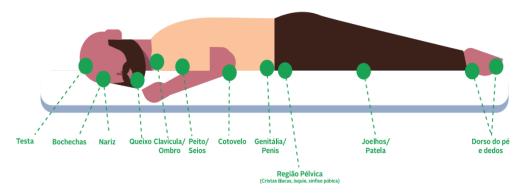


Figura 5: áreas de pressão durante a pronação. **Fonte**: Guia rápido para a prevenção de lesões por pressão associadas ao posionamento prona.Convatec.

5.1- Cuidados prévios à manobra de pronação

*Considerações:

- ✓ Denição médica da necessidade da realização da manobra de prona e, junto do enfermeiro e do fisioterapeuta, a hora da realização da manobra.
- A equipe responsável pela pronação deve ser composta por 6 membros: médico, fisioterapeuta, enfermeiro e 2 técnicos, além de uma pessoa que será o responsável pela leitura e checagem de todos os itens do checklist (fisioterapeuta/ ou enfermeiro/ ou técnico). Obs: se o usuário estiver com dreno de tórax, a equipe deve ser constituída por mais um membro, que é responsável por seus cuidados.
- 1- Siga o checklist, verificando: TOT, sedação, fixação dos dispositivos invasivos, pausar e abrir SNE (2h antes), aspiração de vias aéreas, pré-oxigenar (100% por 10 min.); materiais (providenciar coxins; aproximar carro de parada cardiorrespiratória e caixa de intubação; testar material de aspiração e AMBU); gerais (cuidados oculares e com a pele; revisar fixação dos dispositivos invasivos e curativos; pausar hemodiálise contínua (recircular e heparinizar cateter) e de via aérea (aspirar vias aéreas; verificar fixação do cadarço; registrar pressão do balonete do tubo endotraqueal); verificar sedação.

2a- Realizar o envelopamento:

- ✓ Posicionar eletrodos e dômus da PAI nos MMSS;
- ✓ Alinhar MMSS e MMII;
- ✓ Alinhar cabos de monitorização;
- ✓ Colocar coxins em tórax e pelve.



Fonte: Oliveira , V.M. e colaboradores, 2017

2b- Realizar o envelopamento:

- ✓ Posicionar cabeceira a zero grau;
- Pausar infusões, manter viabilizando vasopressores e NPT;
- ✓ Posicionar o lençol móvel sobre o usuário;
- ✓ Colocar drenos (o de tórax mantém fora e uma pessoa fica responsável), sondas e dômus da PAI dentro do envelope.



3- Formar o envelope:

✓ Enrolar a borda dos lençóis o mais próximo possível do corpo do usuário.



Fonte: Oliveira ,V.M. e colaboradores, 2017

- 4- De forma sincrônica iniciar a manobra em três etapas:
 - 1º Deslocar o usuário para o lado contrário da ventilação mecânica.
 - 2º Lateralizar o usuário.
 - 3º Girar para a posição prona.



Fonte: Oliveira , V.M. e colaboradores, 2017

5- Após a manobra realizar os seguintes cuidados: posição do TOT e pressão do cuff; sedação e outras drogas (reiniciar infusões); retornar dieta após 1h;posicionar sondas e drenos, abrir clampes.

6- Continuar os cuidados:

- ✓ Posicionar eletrodos em dorso;
- ✓ Realizar Trendelemburg reverso;
- ✓ Colocar coxins em pernas e face mantendo o abdômen livre;
- ✓ Elevar membro superior em *posição de nadador.



Fonte: Oliveira ,V.M. e colaboradores, 2017

*Posição de nadador: um braço fletido para cima e outro estendido para baixo, com rosto virado para o braço fletido, com alternância a cada 2h, evitando a lesão do plexo braquial. Ver figura anterior.

RETORNANDO A POSIÇÃO SUPINA:

- ✓ Deve-se observar os mesmos pontos do checklist do momento da prona: posição do TOT, parar infusões e dieta, alinhar membros, posicionar eletrodos, drenos, PAI, zerar decúbito, pré-oxigenar.
- ✓ De forma sicrônica iniciar a manobra para posição supina em três etapas: deslocar o usuário para o mesmo lado da ventilação mecânica; lateralizar o usuário e girar para a posição supina.

OBSERVAÇÕES:

- ✓ Ao avaliar se o usuário obteve uma boa resposta a posição prona deve-se observar após 1h se ocorreu um aumento de 10mmHg
 PaO2 ou de 20mmHg na relação PaO2/FiO;
- ✓ A posição prona pode permanecer por 16 a 20h;
- ✓ O intervalo entre as pronações devem ser entre 6 e 8h.

5.2- Cuidados com a pele do usuário durante a posição de pronação

	AÇÕES DE PREVENÇÃO DE LESÕES DE PELE DURANTE A PRONAÇÃO
1	Monitorar lesões faciais;
2	Monitorar locais onde há compressão da pele por mais de 2 horas em uma superfície ou com um
	dispositivo;
3	Realizar reposicionamento a cada 2 horas "posição de nadador";
4	Preparar a pele com barreiras protetoras em áreas de maior risco de lesões por umidade e/ ou onde serão colocados adesivos;
5	Aplicar coberturas de espuma para controlar o microclima, reduzir a pressão e a fricção;
6	Revisar e selecionar os dispositivos que geram maior risco para LP: fixação do tubo orotraquealetc;
7	Verificar se os dispositivos estão firmemente conectados para evitar deslocamento acidental, sem criar
	pressão adicional: fixação do cateter vesical e da sonda nasogástrica ou nasoenterica;
8	Manter a pele limpa e seca sob os dispositivos médicos: fixação do tubo orotraqueal e da cânula de
	traqueostomia. Considerar o uso de uma cobertura protetora para prevenir LP relacionadas a dispositivos
_	médicos.
9	Monitorar a hidratação da pele;
10	Redistribua os pontos de pressão na face e no corpo enquanto estiver na posição prona;
11	Evitar gerar pontos de pressão adicionais, relacionado a dispositivos como sondas, equipos e cabos de
	monitorização. Posicionar/organizar as linhas de infusão, drenos e sondas, evitando assim que fiquem sob o usuário;
12	
12	Alterar a localização do dispositivo em intervalos de rotina e remova-os quando não for necessário;
13	Evitar que o corpo escorregue devido à posição ou diferença no tamanho dos coxins sob a pele;

6-CONDUTAS PREVENTIVAS

A maioria dos casos de LP pode ser evitada com o conhecimento dos fatores associados ao seu processo de formação e, para tanto, faz- se necessário a identificação dos usuários em risco e da implementação de estratégias especificas de prevenção confiáveis direcionando as intervenções para uma assistência segura (CREMASCO et al., 2009).

As seis etapas essenciais de prevenção de LP, segundo a ANVISA (2013) são:

ETAPA 1: AVALIAÇÃO DE LP NA ADMISSÃO

A identificação de usuários quanto ao risco para o desenvolvimento de LP por meio de utilização de ferramenta validada permite adoção imediata de medidas preventivas.

ETAPA 2: REAVALIAÇÃO PERIÓDICA DO RISCO DE DESENVOLVIMENTO DE LP

A reavaliação diária permite aos profissionais de saúde ajustar a estratégia preventiva conforme necessidade do usuário. A avaliação de risco deverá ser realizada preferencialmente pela escala de Braden.

ETAPA 3: INSPEÇÃO DIÁRIA DA PELE

Em virtude da rápida mudança de fatores de risco em usuários agudamente enfermos, a inspeção diária da pele é fundamental. Deve-se ter especial atenção ás áreas corporais de maior risco para LP, como as regiões anatômicas sacral, ísquio, calcâneo, occipital, trocanter, escapular, maleolar e regiões corporais submetidas à pressão por dispositivos médicos como cateteres, tubos e drenos.

ETAPA 4: MANEJO DA UMIDADE- MANUTENÇÃO DO USUÁRIO SECO E COM A PELE HIDRATADA

Pele úmida se torna mais vulnerável e propícia ao desenvolvimento de lesões cutâneas, tendendo a se romper mais facilmente. Medidas preventivas para higiene, hidratação, manejo da umidade e proteção da pele são apresentadas abaixo:

- a. Higienização e hidratação da pele: limpar a pele sempre que apresentar sujidade ou necessário com água morna e sabão neutro para reduzir a irritação e o ressecamento da pele. Aplicar hidratante com movimentos suaves e circulares após o banho, evitando massagear áreas de proeminências ósseas ou hiperemiadas. Evitar produtos com álcool.
- b. Manejo da umidade: proteger a pele da exposição à umidade excessiva com a utilização de produtos de barreira (pomada de óxido de zinco). Aplicar após o banho/higienização ou conforme necessidade.
- c. Proteção da pele: considerar a aplicação de curativos de espuma ou hidrocoloide extra fino nas proeminências ósseas para prevenir LP em zonas anatômicas frequentemente submetidas a fricção e cisalhamento, em especial a região sacral e elevação do calcanhar. O uso desses produtos NÃO deve substituir todos os outros cuidados necessários.

ETAPA 5: OTIMIZAÇÃO DA NUTRIÇÃO E DA HIDRATAÇÃO

Avaliar fatores nutricionais e de hidratação em usuários com possível risco de apresentar LP. Déficit nutricional ou desidratação podem apresentar perda de massa muscular e de peso, tornando os ossos mais salientes e a deambulação mais difícil. Edema e menor fluxo sanguíneo cutâneo geralmente acompanham déficits nutricionais e desidratação, resultando em lesões isquêmicas que contribuem para o desenvolvimento de lesões de pele. Usuários desnutridos e desidratados devem ser avaliados pela equipe de saúde com intervenções apropriadas.

ETAPA 6: MINIMIZAR A PRESSÃO

Manter a circulação nas áreas do corpo com risco de desenvolvimento de LP com redistribuição da pressão, especialmente sobre as proeminências ósseas. Reposicionar o usuário a cada 2 (duas) horas ou de acordo com a necessidade avaliada.

- ✓ Usar inclinação de 30° em semi- Fowler e laterais sempre que o usuário tolerar e a sua condição clínica permitir.
- ✓ Usar forro móvel de elevação para movimentação do usuário acamado.
- ✓ Evitar posicionar o usuário diretamente sobre cateteres, tubos, drenos e proeminências ósseas com hiperemia.
- ✓ Utilizar dispositivos de suspensão dos calcâneos que os elevem completamente numa total ausência de carga de forma a distribuir o peso da perna ao longo da parte posterior sem colocar pressão sobre o tendão de Aquiles. Manter o joelho levemente fletido.
- ✓ Se o usuário não pode ser movido ou está posicionado com a cabeceira da cama elevada acima de 30°, coloque uma espuma de poliuretano sobre o sacro.
- ✓ Utilizar um curativo de proteção (hidrocolóide extra fino) sob dispositivos médicos.
- ✓ Os seguintes dispositivos não devem ser utilizados para elevar os calcâneos: dispositivos em forma de anel, luvas cheias de água.
- ✓ Evitar anéis de espuma de recorte ou rosca.
- ✓ Manter usuário ativo.
- ✓ Evitar posicionar o usuário diretamente sobre o seu trocânter.

6.1- Medidas preventivas para fricção e cisalhamento

- ✓ Elevar a cabeceira da cama até no máximo 30º e evitar pressão direta nos trocânteres quando em posição lateral, limitando o tempo de cabeceira elevada, pois o corpo do usuário tende a escorregar, ocasionando fricção e cisalhamento.
- ✓ Usar forro móvel ou dispositivo mecânico de elevação para mover usuários acamados durante transferência e reposicionamento.
- ✓ Deve-se verificar se nada foi esquecido sob o corpo do usuário, para evitar dano tecidual.
- ✓ Utilizar quadro de avisos próximo ao leito para estimular o usuário a movimentar-se na cama, quando necessário.
- ✓ Avaliar a necessidade do uso de coberturas para proteger proeminências ósseas, a fim de evitar o desenvolvimento da lesão por pressão por fricção (hidrocolóide, hidropolímero).

6.2- Materiais e equipamentos para redistribuição de pressão

- ✓ Utilizar colchões associado a superfície piramidal em todos os indivíduos de risco para desenvolver LP.
- ✓ A seleção de uma superfície de apoio adequada deve levar em consideração fatores como o nível individual de mobilidade na cama, o conforto, a necessidade de controle do microclima, bem como o local e as circunstâncias da prestação de cuidados.
- ✓ Não utilizar colchões ou sobreposições de colchões de células pequenas de alternância de pressão com o diâmetro inferior a 10 cm.
- ✓ Use uma superfície de apoio ativo (colchão pneumático) para os indivíduos com maior risco de desenvolvimento de LP, quando o reposicionamento manual frequente não é possível.
- ✓ Uso de superfícies de apoio para a prevenção de LP nos calcâneos.
- ✓ Os calcâneos devem ser mantidos afastados da superfície da cama (livres de pressão). Utilizar uma almofada ou travesseiro abaixo das pernas na altura da panturrilha para elevá-los e mantê-los flutuantes, evitando pressão sobre o tendão de Aquiles. O joelho deve ter ligeira flexão.
- ✓ Utilizar um assento de redistribuição de pressão para os usuários com mobilidade reduzida e que apresentam risco de desenvolvimento de úlceras por pressão quando estes estiverem sentados em uma cadeira.
- ✓ Almofadas de ar e espuma redistribuem melhor a pressão, já as almofadas de gel, de pele de carneiro sintéticas e dispositivos recortados em forma de anel causam maior pressão.

7-Considerações

Com o avanço da saúde, considerar uma estratégia que garanta uma assistência livre de danos principalmente, nos cuidados em LP, reduz custos dispendioso para instituição assim como para o usuário, evitando um sofrimento físico e emocional.

A SESDF dispõe do protocolo de **Segurança do Paciente: prevenção de Lesão por Pressão (LP)** disponível no endereço: http://www.saude.df.gov.br/protocolos-aprovados/.

Para prevenção de lesões de pele pelo uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI) seguir a recomendações do infográfico disponível em: http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2020/02/PREVENCAO DE LESOES PELO USO DE EPI.pdf.

O uso dos produtos para prevenção e tratamento de lesões de pele tem suas indicações de uso no guia rápido **Indicação dos curativos baseado nos produtos padronizados pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal**, disponível no endereço: http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/INDICA%C3%87%C3%83O-DOS-CURATIVOS-2019.pdf.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária- ANVISA.** Anexo 02: Protocolo para prevenção de úlcera por pressão, 2013.

BRASIL. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária** – ANVISA NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES Nº 03/2017 Práticas seguras para prevenção de Lesão por Pressão em serviços de. Saúde. Disponível em:

http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271855/Nota+T%C3%A9cnica+GVIMSGGTES+n%C2%BA+03-2017/54ec39f6-84e0-4cdb-a241-31491ac6e03e. Acesso dia 03/08/2020.

CALL ,E.et al. Enhancing pressure ulcer prevention using wound dressings: what are the modes of action? Int Wound J 2015; 12: 408-13.

DOMANSKY, R. C. BORGES, E.L. Manual para prevenção de lesões de pele: recomendações baseadas em evidências, Rio de Janeiro, Editora Rubio, 2012.

Documento do Consenso da World Union of Wound Healing Societies (WUWHS). O papel das coberturas na prevenção da lesão por pressão. **Wounds International**, 2016.

GUÉRIN, C. Prone ventilation in acute respiratory distress syndrome. **European Respiratory Review**, n. 23, p. 249–257, 2014.

HU, S.L.et al. The effect of prone positioning on mortality in patients with acute respiratory distress syndrome: a meta-analysis of randomized controlled trials. **Critical Care**, China, 2014, 18(3):R109.

LEVY. A, BEN-OR FRANK. M, GEFEN. A. The biomechanical efficacy of dressings in preventing heel ulcers. **J Tiss Viabil** 2015; 24: 1-11.

LOPES ,C.M.M., HAAS, V.J., DANTAS, R.A.S., OLIVEIRA ,C.G., GALVÃO ,C.M. Escala de avaliação de risco para lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016;24:e2704. Acesso: 17/08/2020. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02704.pdf . DOI: http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0644.2704.

MAIA, A.C.A.R., PELLEGRINO, D.M.S., BLANES L., DINI, G.M., FERREIRA, L.M. Tradução para a língua portuguesa e validação da escala de Braden Q para avaliar o risco de úlcera por pressão em crianças. **Rev Paul Pediatr** 2011;29(3):406-14.

MARTINS, C.O.A; CURADO, M.A.S. Escala de Observação do Risco de Lesão da Pele em Neonatos: validação estatística com recém-nascidos **Revista de Enfermagem** Referência Série IV - n.º 13 - ABR./MAI./JUN. 2017.

NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (NPUAP). Pressure Injury Stages; **Staging Consensus Conference** that was held April, 2016.

OLIVEIRA, Vanessa Martins et al . Checklist da prona segura: construção e implementação de uma ferramenta para realização da manobra de prona. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo , v. 29, n. 2, p. 131-141, June 2017 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci arttext&pid=S0103-

507X2017000200131&lng=en&nrm=iso>. access on 12 Aug. 2020. http://dx.doi.org/10.5935/0103-507x.20170023.

PARANHOS, W.Y., SANTOS, V.L.C.G. Avaliação de risco para úlceras de pressão por meio da Escala de Braden, na língua portuguesa. **Rev Esc Enferm USP**. 1999; 33 (nº esp): 191-206. Disponível em: http://143.107.173.8/reeusp/upload/pdf/799.pdf>.

ROGENSKI N.M.B. Úlceras por pressão: definição, fatores de risco, epidemiologia e classificação. **Editora Atheneu**. São Paulo, 2014.

Secretária de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Segurança do paciente: prevenção de Lesão por Pressão (LP)**. Disponível em: http://www.saude.df.gov.br/protocolos-aprovados/. Acesso em: 12 de Agosto de 2020.

VASCONCELOS, Josilene de Melo Buriti; CALIRI, Maria Helena Larcher. Ações de enfermagem antes e após um protocolo de prevenção de lesões por pressão em terapia intensiva. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, e20170001, 2017. Available from ">https://doi.org/10.5935/1414-8145.20170001. Epub Jan 16, 2017. https://doi.org/10.5935/1414-8145.20170001.

WECHI,S.J. et. al. Escala de Braden: instrumento norteador para a prevenção de úlceras por pressão Braden **ESTIMA**, v.15 n.3, p. 145-151, 2017 DOI: 10.5327/Z1806 3144201700030005.

ANEXO 1: Escala de Observação do Risco de Lesão da Pele em Neonatos (NSRAS)

Escala de Observação do Risco de Lesão da Pele em Neonatos (NSRAS)						
Condição física geral	4. Idade Gestacional < 28 semanas.	3. Idade gestacional > 28 semanas, mas < 33 semanas.	2. Idade gestacional > 33 semanas, mas < 38 semanas.	1. Idade gestacional > 38 semanas.		
Estado mental	4. Completamente limitado. Não responde a estímulos dolorosos, devido à redução do nível de consciência ou sedação ou ao desenvolvimento motor esperado para a idade gestacional (não se estremece, agarra ou geme, não há aumento da pressão arterial ou da frequência cardíaca).	3. Muito limitado. Responde apenas a estímulos dolorosos (estremece, agarra, geme, aumento da pressão arterial e frequência cardíaca).	2. Ligeiramente limitado. Letárgico/Hipotónico	1. Nenhuma limitação. Desperto e Ativo.		
Mobilidade	4. Completamente imóvel. Não faz qualquer alteração ligeira de posição do corpo ou das extremidades sem ajuda (com ou sem sedação).	3. Muito limitada. Capaz de fazer ligeiras alterações ocasionais do corpo ou das extremidades, mas incapaz de fazer alterações frequentes de forma independente.	2. Ligeiramente limitada. Capaz de fazer alterações frequentes, embora ligeiras, de posição do corpo ou extremidades de forma independente.	1. Nenhuma limitação. Capaz de fazer alterações frequentes e significativas de posição sem ajuda (por exemplo, virar a cabeça).		
Atividade	4. Completamente limitado à incubadora. Está confinado à incubadora aquecida com umidade sem poder sair dela.	3. Limitado à incubadora. Está confinado à incubadora só saindo dela excepcional.	2. Ligeiramente limitada. Numa incubadora, mas pode ir ao colo, canguru, etc.	1. Nenhuma limitação. Num berço aberto.		
Nutrição	1. Muito pobre. Jejum e / ou com líquidos intravenosa (nutrição parenteral ou terapia de soro).	3. Inadequada. Não recebe a quantidade ideal de dieta líquida para as necessidades (fórmula / leite materno) tendo de ser suplementada com fluidos endovenosos.	2. Adequada. Alimentação por sonda gástrica que permite satisfazer as necessidades nutricionais para o crescimento.	Excelente. mamadeira/amamentação em todas as refeições que satisfazem as necessidades nutricionais para o crescimento.		
Umidade	4. Constantemente úmida. A pele está úmida sempre que a criança é manipulada ou posicionada.	3. Úmida. A pele está frequentemente úmida. Os lençóis têm que ser trocados pelo menos uma vez de 8/8 horas, devido a frequentes dejeções semilíquidas e/ ou vômitos.	2. Ocasionalmente úmida. A pele está ocasionalmente úmida. Requer uma troca de lençóis extra aproximadamente uma vez por dia, devido a algumas dejeções e/ou vômitos.	1. Raramente úmida. A pele está geralmente seca, os lençóis apenas requerem serem mudadas a cada 24 horas.		
		TOTAL	ı	ı		
sco ALTO < 13 pontos	s 17 pontos			Classificaçã	0:	

Fonte: MARTINS e CURADO, 2017.

ANEXO 2: Escala de Braden

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO DE DESENVOLVER LESÕES DE PRESSÃO ESCALA DE BRADEN - ADAPTADA PONTO						
PERCEPÇÃO SENSORIAL: habilidade de responder à pressão relacionada ao desconforto	1.Completamente limitado: não reage, não responde a estímulo doloroso (não geme, não se segura a nada, não se esquiva) devido a nível de consciência ou a sedação ou a capacidade limitada de sentir dor na maior parte do corpo.	2. Muito limitado: responde a estímulos dolorosos. Não é capaz de comunicar desconforto, exceto através de gemido ou agitação. Ou possui alguma deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais da metade do corpo.	3. Levemente limitado: responde aos comandos verbais, porém nem sempre consegue comunicar o desconforto ou expressar a necessidade de ser mudado de posição ou tem um certo grau de deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	4.Nenhuma limitação: responde a comandos verbais, não tem déficit sensorial que limitaria a capacidade de sentir ou verbalizar dor ou desconforto.		
UMIDADE: nível ao qual é exposta à umidade	1. Constantemente úmida: pele mantida molhada quase constantemente por transpiração, urina. Umidade é detectada às movimentações do paciente.	2. Muito úmida: pele frequentemente, mas nem sempre molhada. A roupa da cama deve ser trocada pelo menos uma vez por turno.	3. Ocasionalmente úmida: pele fica ocasionalmente molhada, requerendo uma troca extra de roupa de cama por dia.	4. Raramente úmida: pele geralmente seca, a troca de roupa de cama é necessária somente nos intervalos de rotina.		
ATIVIDADE FÍSICA	Acamado: mantém- se sempre no leito, confinado à cama.	2. Restrito à cadeira: a habilidade de caminhar está severamente limitada ou nula. Não é capaz de sustentar o próprio peso e/ou precisa ser ajudado a se sentar.	ocasionalmente: porém por distâncias bem curta, com ou sem ajuda. Passa a maior parte do tempo na cama.	4. Caminha frequentemente: anda fora do quarto duas vezes por dia e dentro do quarto pelo menos uma vez a cada 2 horas, durante as horas que está acordado.		
MOBILIDADE: capacidade de mudar e controlar a posição do corpo	1. Completamente imóvel: não faz nenhum movimento do corpo, nem mesmo pequenas mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda.	2. Muito limitado: faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou extremidades, mas é incapaz de fazer mudanças frequentes ou significantes sozinho.	3. Levemente limitado: faz mudanças frequentes, embora pequenas, mudanças na posição de corpo ou extremidades sem ajuda.	4. Nenhuma limitação: faz importantes e frequentes mudanças de posição sem auxílio.		
NUTRIÇÃO: padrão usual de consumo alimentar	1. Muito pobre: não come toda a refeição. Toma pouco líquido. Raramente come mais de 1/3 do alimento oferecido. Come 2 porções ou menos de proteína/dia. Não toma nenhum suplemento dietético.	2. Provavelmente inadequado: raramente faz refeição completa e geralmente come cerca de metade do alimento oferecido. Ingestão de proteína inclui somente 3 porções/dia. De vez em quando toma suplemento alimentar.	3. Adequado: come mais da metade da maioria das refeições. Ingere um total de 4 porções de proteína/dia. Ocasionalmente recusará uma refeição, mas geralmente aceitará um complemento oferecido.	4. Excelente: come a maior parte de cada refeição. Nunca recusa refeição. Ingere 4 porções de proteína/dia. Ocasionalmente come entre as refeições. Não requer suplemento alimentar.		
FRICÇÃO E CISALHAMENTO	1. Problema: necessita assistência moderada ou assistência máxima para mover-se.	2. Potencial para o problema: movimenta-se livremente ou necessita uma assistência mínima.	3. Nenhum problema aparente: movimenta-se sozinho na cama ou cadeira e tem suficiente força muscular para erguer-se completamente durante o movimento.			

Fote: Paranhos, 1999.

ANEXO 3: Escala de Braden- Q

AntiplaDe: corpo Capacidade de mudar e controlar a posição do corpo ou extermidades sem juida posição do corpo ou extermidades sem juida posição do corpo ou extermidades sem juida se encolhe ou extermidades sem juida posição do corpo ou extermidades sem juida e aprincipação e tempo todo. ATIVIDADE: Grau de attributado fisica Capacidade de deservicidades sem juida por posição do corpo ou das extermidades per mudanças consolamina de aprincipação de porto pos que a completamente limitado consegue sustentar o proprior peso de consegue sustentar o proprior peso de proprior	CLASSIFICAÇ	ÃO DO RISCO DE DESEN	NVOLVER LESÕES DE PR	RESSÃO ESCALA DE BRADE	N Q - ADAPTADA	PONTOS
atividade física Permaneze no leito o tempo todo. Permo todo. Permo todo. Permo tedo. Permo tedo. Permo tedo. Responde aperte numa cadeira de rodas. 1.Totalmente Ilimitado: SENSORIAL-Capacidade de responder de maneira apropriada ao desconforto relacionado à pressão. Permo de exemplo de acesorio de responder de maneira apropriada ao desconforto relacionado à pressão. Demonbular or deambular or deambular of fora do quarto pelo menos duas vezes por dale de dentro do quarto pelo menos uma vez a cadeira. 2. Mutto Ilimitado: Responde ao estomado doloroso. (não geme, sa posição de responder de maneira apropriada ao desconforto relacionado à pressão. Demonbular of fora do quarto pelo menos uma vez a cada duas prossa durante as horas está acordado. 2. Mutto Ilimitado: Responde aos comandos verbais. Não apresenta deficit sensorial que limite a capacidade de sentir ou apresenta alguma disfunção a sensorial que limite a capacidade de sentir dor ou apresenta alguma disfunção sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou apresenta alguma disfunção son vertire do corporal. UMIDADE: Grau de exposição da pele à lumidade o policite corporal. CA unidade e percebida cada avez que o paciente é movimentado ou munidado de posição. PERCEPÇÃO LONSTAIL-Capacidade de sentir ou consegue comunicar desconforto ou apresenta alguma disfunção son vertire dos corporal. Demondia parte da superficie corporal. PERCEPÇÃO EN CADA de desconforto de mais da metado de posição. Demondia parte da superficie dos senter dor. Demondia parte da superficie dos senter dor. Demondia parte da superficie dos senter dor. Demondia parte da superficie dos corpo de comunicar de debater e movimento. Demondia parte da superficie dos corpo de comunicar de desconforto em mais da metado do corpo. Demondia parte da superficie dos corpo de comunicar de debater e movimento. Demondia parte da superficie dos corpo de comunicar de desconforto em mais da metado do corpo. Demondia parte da superficie dos corpo de comunicar de debater e movimen	Capacidade de mudar e controlar a posição do	Imóvel: Não faz mudanças, nem mesmo pequenas, na posição do corpo ou extremidades sem	Faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou das extremidades, mas é incapaz de fazer mudanças completamente	Faz mudanças frequentes, embora pequenas, na posição do corpo ou	Faz mudanças importantes e frequentes na posição do	
Responde aos comandos verbais, mas nem sequer consegue comunicar de sentir ou aparcial de exposição da pressão. UMIDADE: Grau de exposição da pele à umidade EXPOSIÇÃO E CISALHAMENTO: Fricção corre quando a pele se a superficide das estituras de suporte. Cisalhamento cocrre quando a pele se a superficide sous assestraturas de suporte. Cisalhamento cocrre quando a pele se a superficide sous assestraturas de suporte. Cisalhamento cocrre quando a pele se a superficide sous assestraturas de suporte. Cisalhamento cocrre quando a pele se a superficide sous assestraturas de suporte. Cisalhamento cocrre quando a pele se nos contantes. EXPOSIÇÃO E CISALHAMENTO: Fricção cocre quando a pele se nos contratura, o prurido de sustentidos contantes de suporte. Cisalhamento cocrre quando a pele e a superficide sosse adjacente desilezar son o leito e há fricção quase constante. EXPOSIÇÃO E CISALHAMENTO: Fricção cocre quando a pele e a superficide sosse adjacente descendar do comunicar de suporte. Cisalhamento cocrre quando a pele e no contratura, o prurido de sistingual de comunicação do una descendar do comunicação do una distinação costante dimida: a pele está foror. A completamente dimida: a pele está foror do una descendar do completamente dimida: a pele está foror do una descendar do completamente dimida: a pele está foror do una descendar de cama cada do casalhamente dimida: a pele está foror do una descendar de cama cada do casalhamente dimida: a pele está foror do una descendar do casalhamente dimida por suor, urina, mescessita de ajuda moderada a maxima a sestruturas de suporte. Cisalhamente dimida por suor, urina, mescessita de ajuda moderada a maxima a sestrutura de completame		Permanece no leito o	cadeira: A capacidade de deambular está gravemente limitada ou inexistente. Não consegue sustentar o próprio peso e/ou precisa de ajuda para sentar-se numa	ocasionalmente: Deambula ocasionalmente durante o dia, porém por distâncias bem curtas com ou sem ajuda. Passa maior parte do turno no leito ou na	são jovens demais para deambular ou deambulam frequentemente:Deambula fora do quarto pelo menos duas vezes por dia e dentro do quarto pelo menos uma vez a cada duas horas durante as	
UMIDADE: Grau de exposição da pele à umidade a pele dica constantemente úmida: a pele dica constantemente úmida: a pele dica constantemente úmida: a pele está frequentemente, mas expere úmida. A roupa de cama precisa ser trocada precisa ser trocada precisa ser trocada oito horas. FRICÇÃO E CISALHAMENTO: Fricção ocorre quando a pele se move contra as estruturas de suporte. Cisalhamento ocorre quando a pele e a superfície óssea adjacente deslizam uma sobre a outra. Servicia de exposição da pele à a superfície óssea adjacente deslizam uma sobre a outra. Servicia de exposição da pele à a mover a financia de exposição. Problema importante: a espasticidade, a contratura, o prurido or agitação levam a outra. Servicia de suporte. Cisalhamento ocorre quando a pele e a superfície óssea adjacente deslizam uma sobre a outra. Servicia de suporte. Cisalhamento ocorre quando a pele e a superfície óssea adjacente deslizam uma sobre a outra. Servicia de suporte. Cisalhamento ocorre quando a pele e a superfície óssea adjacente deslizar obre mo leito e há fricção quase constante. Servicia de suporte. Cisalhamento ocorre quando a pele e a superfície óssea adjacente deslizar obre mo leito e há fricção quase constante. Servicia de suporte. Cisalhamento ocorre quando a pele e a superfície óssea adjacente deslizam uma sobre a outra. Servicia de suporte. Cisalhamento ocorre quando a pele e a superfície óssea adjacente deslizar obre mo leito e há fricção dessea dipacente deslizar sobre os lençóis do leito ou cadeira, necessitando de recosa doze horas. Servicia de cama pele está ocasionalmente úmida, a pele está ocasionalmente áctivo de roupa de cama precisa ser trocada potenas. Servicia de cama cada doze horas. Ser completamente durante úmida. A roupa de cama precisa ser trocada potenas. Ser completamente ocor movimento, provavelmente ocor re desilizar sobre los cadeira, necessitando de rec	SENSORIAL:Capacidade de responder de maneira apropriada ao desconforto	limitado: Não responde ao estímulo doloroso (não geme, não se encolhe ou se agarra), devido à diminuição do nível de consciência, ou sedação ou limitação da capacidade de sentir dor na maior parte da superfície	Responde apenas ao estímulo doloroso. Não consegue comunicar desconforto, exceto por gemido ou inquietação; ou apresenta alguma disfunção sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais da metade	Responde aos comandos verbais, mas nem sequer consegue comunicar desconforto ou a necessidade de mudar de posição, ou apresenta alguma disfunção sensorial em uma ou duas extremidades que se limita a capacidade de	Responde aos comandos verbais. Não apresenta déficit sensorial que limite a capacidade de sentir ou	
CISALHAMENTO: Fricção ocorre quando a pele se move contra as estruturas de suporte. Cisalhamento ocorre quando a pele e a superfície óssea adjacente deslizam uma sobre a outra. Importante: a espasticidade, a contratura, o prurido ou agitação levam a criança a debater-se quando a pele e a outra. Disalhamento ocorre quando a pele e a superfície óssea adjacente deslizam uma sobre a outra. Disalhamento ocorre quando a pele e a superfície óssea adjacente deslizam uma sobre a outra. Disalhamento ocorre quando a pele e a superfície óssea adjacente deslizam uma sobre a outra. Disalhamento ocorre quando a pele e a superfície óssea adjacente deslizar sobre os lençóis do leito ou cadeira, necessitando de reposicionamento frequente com o máximo de assistência. Disalhamento ocorre quando a pele se move contratura, o prurido ou agitação levam a criança a debater-se no leito e tem força muscular suficiente para levantar-se completamente ocorre atrito entre a pele e os lençóis, cadeira, coxins ou outros dispositivos. A maior parte do tempo mantém uma posição relativamente boa na cadeira e no leito, mas ocasionalmente	exposição da pele à	úmida: a pele dica constantemente úmida por suor, urina, etc. A umidade é percebida cada vez que o paciente é movimentado ou	2. Frequentemente úmida: a pele está frequentemente, mas nem sempre úmida. A roupa de cama precisa ser trocada pelo menos a cada	úmida: a pele está ocasionalmente úmida, necessitando de troca de roupa de cama a cada	geralmente está seca, as trocas de fraldas são feitas de rotina e as roupas de cama necessitam serem trocadas apenas a cada	
	CISALHAMENTO: Fricção ocorre quando a pele se move contra as estruturas de suporte. Cisalhamento ocorre quando a pele e a	importante: a espasticidade, a contratura, o prurido ou agitação levam a criança a debater-se no leito e há fricção	necessita de ajuda moderada a máxima para se mover. É impossível se levantar completamente sem deslizar sobre os	potencial: movimenta-se com dificuldade ou necessidade de mínima assistência. Durante o movimento,	aparente: capaz de levantar- se completamente durante uma mudança de posição. Movimenta-se sozinho na cadeira e no leito e tem força muscular suficiente para levantar-se completamente	

Fote: Paranhos, 1999.

Secretaria de Saúde

