



Secretaria Municipal de Saúde

Protocolo de Prevenção de Lesão por Pressão

Telêmaco Borba - 2023

2ª Edição

2023

Prefeito Municipal de Telêmaco Borba

Marcio Artur de Matos

Secretário Municipal da Saúde

Anderson Catto

Divisão de Saúde Pública

Marlise Marcondes Lopes

Coordenação da Estratégia Saúde da Família

Tatiana Rochinski

Coordenação do Serviço de Odontologia

Anna Cristina Pedroso

Enfermeira da Vigilância Epidemiológica

Bianca Mayumi Mitani

2024

Prefeito Municipal de Telêmaco Borba

Marcio Artur de Matos

Secretário Municipal da Saúde

Anderson Catto

Divisão de Saúde Pública

Marlise Marcondes Lopes

Coordenação da Estratégia Saúde da Família

Tatiana Rochinski

Enfermeira da Vigilância Epidemiológica

Bianca Mayumi Mitani

Farmacêutica do Núcleo de Apoio ao Saúde da Família

Maiara Tauana Souza Nievola

Sumário

INTRODUÇÃO	4
Objetivo geral	4
Objetivos específicos	4
Campo de atuação	5
Responsabilidade	5
SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO	5
Lesão por Pressão Estágio 1: Pele íntegra com eritema não branqueável.....	5
Lesão por Pressão Estágio 2: Perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme.....	6
Lesão por Pressão Estágio 3: Perda da pele em sua espessura total.....	7
Lesão por pressão Estágio 4: Perda da pele em sua espessura total e perda tissular.	8
Lesão por Pressão Não Classificável: Perda da pele em sua espessura total e perda tissular não visível.....	9
Lesão por Pressão Tissular Profunda: descoloração vermelho escura, marrom ou púrpura, persistente e que não branqueável.	9
LOCALIZAÇÕES MAIS COMUNS DAS LESÕES POR PRESSÃO	11
FATORES DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO 11	
Fatores Externos.....	11
Fatores Internos.....	12
ETAPAS DO PROCEDIMENTO	13
Avaliação do risco de desenvolvimento de lesão por pressão.....	13
Escala de braden (eb).....	13
Escala de braden q (eb-q).....	13
TRATAMENTO DA ÚLCERA POR PRESSÃO	17
TIPOS DE DESBRIDAMENTO	19
REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS	21
anexo A - Escala de braden para avaliação do risco de lesão por pressão.....	22
anexo B - Escala de braden q (ebq) para avaliação do risco de lesão por pressão ...	25
anexo C - Termo de consentimento de autorização para registro fotográfico.....	29
anexo D- Atendimento ao paciente com risco de lesão por pressão.....	30
anexo E - Prescrição de cuidados para prevenção de lesão por pressão para pessoas acamadas em domicilio	32

INTRODUÇÃO

As lesões por pressão acometem pacientes acamados e/ou com restrição de movimento podendo causar danos ao paciente, representa uma condição comum, porém amplamente evitável, além de exercer impacto econômico importante para o sistema de saúde.

Lesão por pressão é um dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionada ao uso de dispositivo médico ou a outro artefato. A lesão pode se apresentar em pele íntegra ou como úlcera aberta e pode ser dolorosa. A lesão ocorre como resultado da pressão intensa e/ou prolongada em combinação com o cisalhamento. A tolerância do tecido mole à pressão e ao cisalhamento pode também ser afetada pelo microclima, nutrição, perfusão, comorbidades e pela sua condição (NPUAP, 2016).

As ações de enfermagem devem estar associadas à implantação de estratégias de prevenção dessas lesões e levar em conta os fatores de risco encontrados, o que contribui para obtenção dos resultados esperados.

Esse protocolo tem a finalidade de prevenir e/ou minimizar a ocorrência de Lesão por Pressão em pacientes domiciliares acamados e com diminuição de mobilidade, ficando sujeito a avaliações periódicas e reformulações necessárias à adequação aos avanços tecnológicos, científicos e à política de saúde vigente na Secretaria Municipal de Saúde de Telêmaco Borba.

OBJETIVO GERAL

Promover medidas preventivas que garantam a integridade da pele, evitando ou minimizando o surgimento de lesão por pressão.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Promover estratégias assistenciais para manutenção da integridade da pele;

- Estimular o autocuidado do paciente;
- Estimular o cuidador/familiar a realizar as ações preventivas para o desenvolvimento de lesão por pressão;
- Orientar o familiar/cuidador a realizar curativo em domicílio quando necessário;
- Prevenir a ocorrência de lesão por pressão (LPP) e outras lesões da pele;
- Diminuir risco de infecção e desconforto do paciente;
- Reduzir custos no tratamento de lesão por pressão;
- Evitar e/ou diminuir internamento hospitalar ocasionado pela lesão por pressão;
- Promover o tratamento adequado em pacientes com lesão por pressão instalada.

CAMPO DE ATUAÇÃO

- Atenção Primária
- Atendimento domiciliar

RESPONSABILIDADE

Enfermeiro, médico, técnicos e auxiliares de enfermagem, ACS e familiar/cuidador.

SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO

Lesão por Pressão Estágio 1: Pele íntegra com eritema não branqueável

Pele íntegra com área localizada de eritema não branqueável de uma área localizada, normalmente sobre proeminência óssea. Neste tipo de lesão observa-se a cicatrização espontânea se forem realizadas as ações preventivas, tais como mudança de decúbito e posicionamento do paciente. Mudanças na cor

não incluem descoloração púrpura ou castanha, essas podem indicar dano tissular profundo.

Stage 1 Pressure Injury - Lightly Pigmented

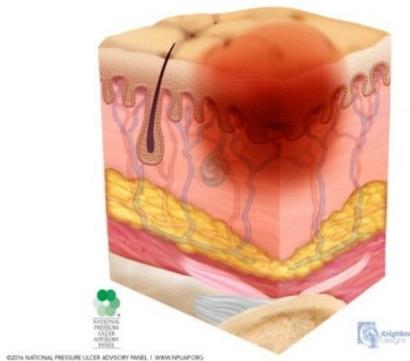


Figura 1 - Lesão por pressão estágio 1
Copyright National Pressure Ulcer Advisory
Panel - NPUAP®)



Figura 2 - Lesão por pressão estágio 1 Fonte: Delay,
C. Cuidando de Feridas. 3ed. São Paulo: Atheneu,
2008

Lesão por Pressão Estágio 2: Perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme

Perda da epiderme com comprometimento parcial da derme. O leito da ferida é viável, de coloração rosa ou vermelha, úmido, sem crosta e pode também apresentar-se como uma flictena intacta (preenchida com exsudato seroso) ou rompida. O tecido adiposo e tecidos profundos não são visíveis. Essas lesões geralmente resultam de microclima inadequado e cisalhamento da pele na região da pélvis e no calcâneo. Esfacelo (tecido desvitalizado) e escara (necrose) não estão presentes. Esse estágio não deve ser usado para descrever as lesões de pele associadas à umidade, incluindo a dermatite associada à incontinência, a lesão de pele associada a adesivos médicos ou as feridas traumáticas (lesões por fricção, queimaduras, abrasões).

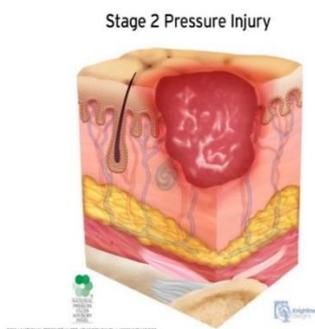


Figura 3 - Lesão por pressão estágio 2
Copyright National Pressure Ulcer
Advisory Panel - NPUAP®)

Figura 4 - Lesão por pressão estágio 2
<http://www.pelenova.com.br/paginas.php/biotecnologia.Intervencoesdermatologicas>

Lesão por Pressão Estágio 3: Perda da pele em sua espessura total

Perda da pele em sua espessura total na qual o tecido subcutâneo fica visível (gordura) frequentemente, tecido de granulação e epíbolo (lesão com bordas enroladas) estão presentes, esfacelo e /ou escara pode estar visível. A profundidade do dano tissular varia conforme a localização anatômica; áreas com adiposidade significativa podem desenvolver lesões profundas. Podem ocorrer descolamento e túneis. Porém não há exposição de fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem e/ou osso. Quando a presença de esfacelo ou escara prejudica a identificação da extensão da perda tissular, então se deve classificá-la como Lesão por Pressão Não Classificável.

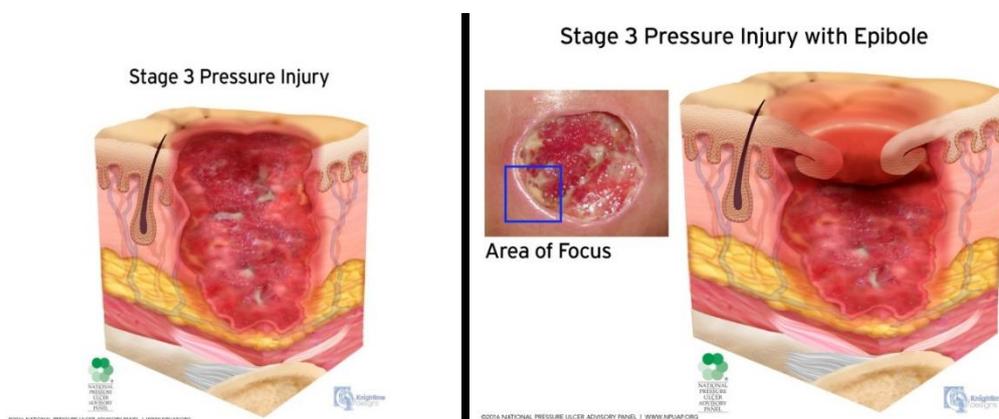


Figura 5 - Lesão por pressão estágio 3
Copyright National Pressure Ulcer Advisory Panel - NPUAP®)

Lesão por pressão Estágio 4: Perda da pele em sua espessura total e perda tissular.

Perda da pele em sua espessura total e perda tissular com exposição ou palpação direta da fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem ou osso. Esfacelo e /ou escara (tecido morto de cor preta com textura seca semelhante a couro) pode estar visível. Epíbole (lesão com bordas enroladas), descolamento e/ou túneis ocorrem frequentemente. A profundidade varia conforme a localização anatômica, podendo levar ao aparecimento de uma osteomielite. Quando o esfacelo ou escara prejudica a identificação da extensão da perda tissular, deve-se classificá-la como Lesão por Pressão Não Classificável.

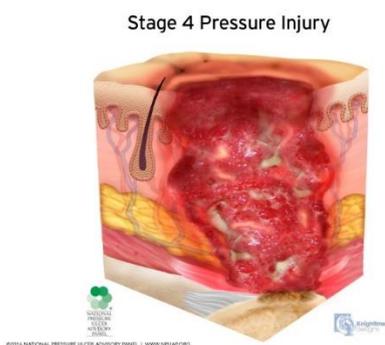


Figura 6 - Lesão por pressão estágio 4
Copyright National Pressure Ulcer
Advisory Panel - NPUAP®)



Figura 7 - Lesão por pressão estágio 4
http://www2.eerp.usp.br/site/grupos/feridasronicas/index.php?option=com_content&view=article&id=19&Itemid=28. Feridas crônicas prevenção e tratamento

Lesão por Pressão Não Classificável: Perda da pele em sua espessura total e perda tissular não visível.

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 (necrose) estável (isto é, seca, aderente, sem eritema ou flutuação) em membro isquêmico ou no calcâneo não deve ser removida.



Figura 8 - Lesão por Pressão Não Classificável
Copyright National Pressure Ulcer Advisory Panel - NPUAP®)

Lesão por Pressão Tissular Profunda: Descoloração vermelha escura, marrom ou púrpura, persistente e que não branqueável.

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. Dor e mudança na temperatura frequentemente precedem as alterações de coloração da pele. A descoloração pode apresentar-se diferente em pessoas com pele de tonalidade mais escura. Essa lesão resulta de pressão intensa e/ou prolongada e de cisalhamento na interface osso-músculo. 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 (LTP) para descrever condições vasculares, traumáticas, neuropáticas ou dermatológicas.

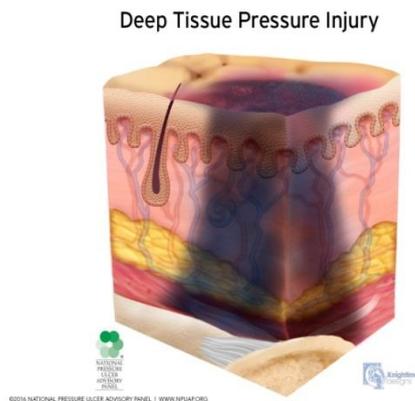


Figura 9 - Lesão por Pressão Tissular Profunda
Copyright National Pressure Ulcer Advisory Panel - NPUAP®)

Figura 10 - Lesão por Pressão Tissular Profunda
http://www.interne.com.br/novidades/index.php?option=com_content&view=article&id=8158

Lesão por Pressão Relacionada a Dispositivo Médico

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

Lesão por Pressão em Membranas Mucosas

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

LOCALIZAÇÕES MAIS COMUNS DAS LESÕES POR PRESSÃO

6.5.3. Localizações mais comuns das úlceras por pressão

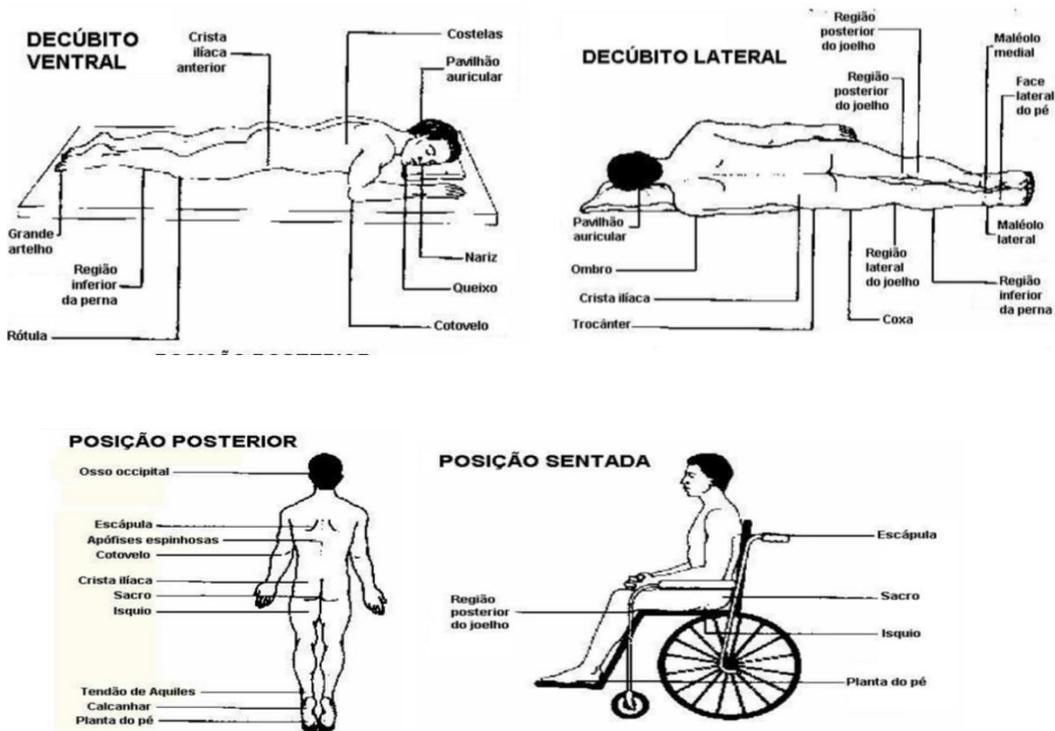


Figura 11 - Tratamento de feridas e úlceras - 04 ed. - 62028. Cathy Thomas Hess. Ano: 2002 Editora: Reichmann Affonso Editores. Tipo: seminovo/usado. Sebo Em Busca.

FATORES DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO

Fatores Externos

1 - Pressão contínua: quando em área de lesão ou proeminência óssea ocorre pressão excessiva ou contínua, a irrigação sanguínea torna-se prejudicada, dificultando a irrigação no local da lesão.

2 - Cisalhamento: ocorre quando o paciente desliza na cama; o esqueleto e os tecidos mais próximos se movimentam, mas a pele das nádegas permanece imóvel. Um dos piores hábitos é o de apoiar as costas na cabeceira da cama, que favorece o deslizamento, causando dobras na pele (cisalhamento).

3 - Fricção: ocorre quando duas superfícies são esfregadas uma contra a outra. A causa mais comum é “arrastar” o paciente ao invés de levantá-lo. A umidade piora os efeitos da Fricção.

4 - Umidade: é importante diminuir a exposição da pele a umidade excessiva, para que não haja rompimento da epiderme.

Fatores Internos

1 - Idade Avançada: o idoso é mais suscetível às lesões e ao retardo das fases de cicatrização devido à deficiência nutricional, ao comprometimento imunológico, circulatório e respiratório, ao ressecamento da pele e fragilidade capilar. Outras características da idade que aumentam a suscetibilidade às lesões são: a produção de vitamina D, a resposta inflamatória, a síntese de colágeno, a angiogênese, a velocidade de cicatrização e a diminuição da espessura da derme.

2 - Doenças concomitantes: Hipertensão Arterial Severa (HAS), Diabetes Mellitus (DM), hepatopatias, nefropatias, problemas vasculares e neoplasias retardam e impedem a evolução do processo de cicatrização.

3 - Condições nutricionais: são os nutrientes que fornecem o substrato necessário para o organismo realizar o processo de cicatrização e para fazer frente às infecções. A deficiência de alguns nutrientes compromete diretamente no processo cicatricial. O paciente deve ser acompanhado com exames laboratoriais e dados antropométricos e referenciado para a nutricionista.

4 - Drogas sistêmicas: corticoides, anti-inflamatórios de uso prolongado, agentes citotóxicos, entre outras inibem o processo de cicatrização.

5 - Mobilidade reduzida ou ausente: paciente com diminuição da capacidade de mudar de posição de forma independente devem ter a pressão local aliviada pela mudança de decúbito.

ETAPAS DO PROCEDIMENTO

AVALIAÇÃO DO RISCO DE DESENVOLVIMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO

1. Realizar visita domiciliar para pacientes acamados;
2. Avaliar o risco do paciente desenvolver lesão por pressão utilizando a escala de Braden para pacientes acima de 5 anos, em caso de paciente pediátrico de 1 a 5 anos utilizar escala de Braden Q;

A escala de Braden é um instrumento de avaliação de risco para o desenvolvimento da lesão por pressão oferecendo maior eficiência na avaliação. Sendo recomendada pela EPUAP- European Pressure Ulcer Advisory Panel(1997).

ESCALA DE BRADEN (EB)

RISCO	PONTUAÇÃO NA ESCALA DE BRADEN
Risco Baixo	15 a 18 pontos
Risco Moderado	13 a 14 pontos
Risco Alto	10 a 12 pontos
Risco muito Alto	≤ 9 pontos

A classificação do risco dá-se de maneira inversamente proporcional à pontuação, ou seja, quanto maior o número de pontos, menor é a classificação de risco para a ocorrência da lesão por pressão. Deve ser utilizado todas as 6 subclasses, pontuando cada fator conforme avaliação. (anexo A)

ESCALA DE BRADEN Q (EB-Q)

RISCO	PONTUAÇÃO NA ESCALA DE BRADEN Q
Baixo Risco	Maior ou igual a 22 pontos
Alto Risco	Menor que 22 pontos

A classificação do risco dá-se de maneira inversamente proporcional à pontuação, ou seja, quanto maior o número de pontos, menor é a classificação de risco para a ocorrência da lesão por pressão. Deve ser utilizado todas as 7 subclasses, pontuando cada fator conforme avaliação. (anexo B)

3. A avaliação deve levar em consideração o grau de dependência do paciente:

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE	DEFINIÇÃO
Independente	Pacientes que não necessitam de auxílio para o auto cuidado e atividades rotineiras.
Semi-dependente	Pacientes que necessitam de auxílio para o auto cuidado e atividades rotineiras.
Dependente	Pacientes que apresentam impedimento para realizar o auto cuidado e todas as atividades rotineiras.

4. Reavaliar rotineiramente todos os pacientes que apresentarem fatores de risco para o desenvolvimento de lesão por pressão;
5. Os fatores de risco identificados na fase de avaliação fornecem informações para o desenvolvimento do plano de cuidados.

O roteiro de cuidados proposto para a prevenção de lesão por pressão podem e devem ser modificadas conforme avaliação do enfermeiro (a) responsável, e qualquer orientação de cuidados e procedimento devem ser documentadas em prontuário. Segue as recomendações das medidas preventivas conforme a classificação do risco.

RISCO BAIXO (15 A 18 PONTOS NA ESCALA DE BRADEN)

Prescrever e orientar o paciente, familiar/cuidador sobre os cuidados a serem realizados:

- Cronograma de mudança de decúbito;
- Otimização da mobilização: Incentive a mobilização precoce passiva e/ou ativa, respeitando as condições clínicas do paciente. O médico/enfermeiro deve referenciar para fisioterapia conforme classificação de risco.
- Proteção do calcanhar: Os calcâneos devem ser mantidos afastados da superfície da cama (livres de pressão).
 - Os dispositivos utilizados para prevenção de lesão por pressão nos calcâneos devem elevá-los de tal forma que o peso da perna seja distribuído ao longo da sua parte posterior, sem colocar pressão sobre o tendão de Aquiles.
 - Utilizar uma almofada ou travesseiro abaixo das pernas (região dos gêmeos) para elevar os calcâneos e mantê-los flutuantes.
 - Manejo da umidade, nutrição, fricção e cisalhamento, bem como uso de superfícies de redistribuição de pressão: Orientar o familiar/cuidador a manter os lençóis secos, sem vincos e sem restos alimentares.
 - O joelho deve ter ligeira flexão;
O enfermeiro (a) deve referenciar ao nutricionista e a equipe médica se observado a presença de sinais clínicos de desnutrição ou que podem predispor alterações no estado nutricional: edema, perda de peso, disfagia, inapetência, desidratação, entre outros.
 - Elevar a cabeceira da cama no máximo 30° e evitar pressão direto nos trocanteres quando em posição lateral, limitando o tempo de cabeceira elevada, pois o corpo do paciente tende a escorregar, ocasionando fricção e cisalhamento;
 - Orientar o cuidador/familiar a não massagear proeminência óssea quando hiperemiadas, pois podem danificar os tecidos profundos neste caso promova alívio da pressão nessas áreas;
 - Quando sentado se os pés do paciente não chegam ao chão, coloque sobre um banquinho ou apoio para os pés,

isso impede que o paciente deslize para fora da cadeira. A altura do apoio para os pés deve ser escolhida de forma a fletir ligeiramente a bacia para frente, posicionando as coxas numa inclinação ligeiramente inferior à posição horizontal.

RISCO MODERADO (13 A 14 PONTOS NA ESCALA DE BRADEN)

Prescrever e orientar o paciente, familiar/cuidador sobre os cuidados a serem realizados:

- Continuar as intervenções do risco baixo;
- Mudança de decúbito com posicionamento a 30° na posição de semi-Fowler;

RISCO ALTO (10 A 12 PONTOS NA ESCALA DE BRADEN)

Prescrever e orientar o paciente, familiar/cuidador sobre os cuidados a serem realizados:

- Continuar as intervenções do risco moderado;
- Mudança de decúbito frequente;
- Utilização de coxins de espuma para facilitar a lateralização a 30°;

Utilize superfícies de suporte e alívio da carga mecânica para minimizar os efeitos do excesso de pressão causado pela imobilidade, como o uso de almofadas, travesseiros ou coxins apropriados.

RISCO MUITO ALTO (\leq 9 PONTOS NA ESCALA DE BRADEN)

Prescrever e orientar o paciente, familiar/cuidador sobre os cuidados a serem realizados:

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

O roteiro de cuidados proposto para a prevenção de lesão em paciente pediátricos podem e devem ser modificadas conforme avaliação do enfermeiro (a) responsável e qualquer orientação de cuidados e procedimento devem ser documentadas em prontuário. Segue as recomendações das medidas preventivas. Prescrever e orientar familiar/cuidador sobre os cuidados a serem realizados:

- Examinar a pele e as mucosas quanto à vermelhidão, calor exagerado, edema e drenagem;
- Observar as extremidades quanto à cor, calor, inchaço, pulsos, textura, edema e ulcerações;
- Monitorar a pele quanto a ressecamento e umidade excessivos;
- Monitorar aparecimento de fontes de pressão e atrito;
- Examinar as roupas quanto à compressão;
- Mantenha a pele livre do excesso de umidade;
- Limpe a pele com sabonete neutro;
- Utilize o mínimo de fitas adesivas;
- Elimine pressão secundária por dispositivos tecnológicos, como cânulas de traqueostomia, tubos, sondas de gastrostomia, etc;
- Manter o corpo da criança em posição de alinhamento neutro: use colchões, almofadas, cunhas e dispositivos semelhantes para prevenir abdução do quadril, pressão em proeminências ósseas, como calcâneos, cotovelos e regiões sacra e occipital;
- Na posição lateralizada devem ser colocados dispositivos entre os joelhos, embaixo da cabeça, e abaixo do braço para manter o alinhamento do corpo;
- A cabeceira deve permanecer em 30°, exceto quando contra-indicada;

TRATAMENTO DA ÚLCERA POR PRESSÃO

1º Passo: Avaliar a Lesão

A avaliação é essencial para classificação da Lesão por pressão, o que assegura a seleção adequada para os produtos que serão utilizados.

Deve-se avaliar:

- Tempo de existência;
- Estágio da lesão;
- Aspecto;
- Localização;
- Tamanho, profundidade: a mensuração permite avaliar e documentar a

evolução da ferida em seu processo cicatricial. Deve-se usar uma régua para medir em cm, o maior comprimento e a maior largura da superfície da lesão; multiplicar altura x largura = cm² As feridas cavitárias devem ser medidas com o auxílio de swabs ou instrumentais de curativos. Outros tipos de mensuração podem ser realizados com papel milimetrado e filme transparente liso. O registro fotográfico também pode ser utilizado sendo um adjuvante importantíssimo no acompanhamento da evolução da lesão, permitindo visualização e comparação dos vários aspectos da ferida durante o tratamento;

Cabe ressaltar que o registro fotográfico só pode ser feito com a devida autorização do paciente. (Anexo C)

- Presença de exsudato;
- Dor.

2º Passo: Realizar o curativo

O curativo ideal deve proporcionar conforto ao paciente, ser de fácil aplicação e remoção, não exigir trocas frequentes (manter a umidade adequada que proporcione o ambiente favorável para o processo de cicatrização, uma vez que umidade excessiva levará a uma maceração da pele adjacente o que impede a epitelização) e ter uma boa relação custo-benefício. Utilizar o POP CURATIVO

- **Limpeza da Úlcera por Pressão**

A limpeza deve ser realizada utilizando soro fisiológico morno em jato para irrigar a ferida. A temperatura em torno de 37°C, favorece o nível de oxigenação no tecido aumentando a atividade dos neutrófilos que tem como função fagocitar bactérias, na presença de tecido de granulação usar baixa pressão ao limpar o leito da ferida para que o tecido neo-formado não seja lesionado.

- **Desbridamento**

Este processo de limpeza permite a remoção dos tecidos desvitalizados e aderidos, utilizando algumas técnicas.

TIPOS DE DESBRIDAMENTO

•**Método mecânico:** é a remoção através de uma força mecânica, uma gaze umedecida com soro fisiológico é colocada no leito da ferida e deixada até secar e depois removida. Este método é bastante doloroso podendo necessitar de analgesia.

•**Método Autolítico:** método natural que ocorre na presença de meio úmido que ativa células fagocíticas e enzimas proteolíticas do próprio indivíduo. Este método pode ser promovido utilizando-se coberturas como hidrogel e hidrocolóide. Este processo é lento e não pode ser utilizado em feridas infectadas e colonizadas e em pacientes com deficiência do aporte nutricional.

•**Método Enzimático:** método seletivo que utiliza enzimas exógenas para quebra de tecido necrótico. Ex: Colagenase, Papaína, Fibrase, entre outros.

•**Método com Instrumental Cortante:** requer uso de instrumentais cirúrgicos, pode ser de dois tipos:

Conservador- método seletivo de remoção de tecido aderente não viável, por instrumental cortante, que se limita até a fáscia; não há necessidade de anestesia, pode ser feito por enfermeiro habilitado e capacitado para o procedimento, e médico não cirurgião.

Cirúrgico- método seletivo de remoção de grande área de tecido aderente não viável, por instrumental cortante, que não se limita até a fáscia; há necessidade de anestesia, realizado apenas por médico cirurgião.

3 ° Passo: Registro da lesão

- Deve constar em prontuário a fase do processo de cicatrização (não alterar o estágio conforme a evolução, mesmo apresentando tecido de

epitelização ela será classificada com o estágio da primeira avaliação ex: úlcera por pressão estágio IV apresentando tecido de epitelização);

- Profundidade em cm, presença de túnel e/ou fístula, descolamento;
- Presença de exsudato, aspecto, coloração, quantidade, consistência, dor, localização e extensão;
- Características da ferida tipo de tecido: necrose de liquefação (esfacelo), granulação, epitelização, necrose de coagulação (escara), presença de biofilme, fibrina;
- Aspectos da borda e pele ao redor da ferida: hiperemia, edema, calor, ressecamento, escamativa, dermatite ocre, maceração, hiperkeratose;
- Tipo de desbridamento se realizado;
- Queixas referidas pelo paciente durante a realização do procedimento: dor, desconforto e prurido ;
- Tipo de curativo realizado: oclusivo, aberto, compressivo, horário realizado e cobertura utilizada;
- Registrar o número de trocas;
- Registrar medidas e ações de prevenção adotadas;
- Registrar o resultado da Escola de Braden na evolução de enfermagem;
- Realizar a prescrição de enfermagem;
- Orientar o paciente e/ou cuidador quanto aos cuidados a serem adotados com a pele fragilizada e lesões.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Braden, Bergstrom 1988. Adaptada e validada no Brasil por Paranhos, Santos 1999.

Cathy Thomas Hess. Editoras: Reichmann Affonso Editores. TRATAMENTO DE FERIDAS E ULCERAS - 04 ed. Tipo: seminovo/usado. Sebo Em Busca Ano: 2002

GUIA DE CONSULTA RÁPIDA: INFORMATIVO PARA SUPERVISÃO E CUIDADOS COM A PELE/MUCOSA E AVALIAÇÃO DE RISCO POR PRESSÃO NOS PACIENTES PEDIÁTRICOS/Universidade estadual de medicina Paulista, 2016.

NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL – NPUAP/ www.npuap.org. 2017.

PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE ÚLCERA POR PRESSÃO POR PRESSÃO/ Protocolo de Enfermagem. Hemorio.1ªed. 2010.

PROTOCOLO PARA PREVENÇÃO DE ÚLCERA POR PRESSÃO* Ministério da Saúde/ Anvisa/ Fiocruz 09/07/2013.

PROTOCOLO DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE FERIDAS. Belo Horizonte.2013.

Publicação oficial da Associação Brasileira de Estomaterapia - SOBEST e da Associação Brasileira de Enfermagem em Dermatologia- SOBENDE. Adaptação cultural realizada por Profa Drª Maria Helena Larcher Caliri, Profª Drª Vera Lucia Conceição de Gouveia Santos, Drª Maria Helena Santana Mandelbaum, MSN Idevania Geraldina Costa. 2017.

ÚLCERA POR PRESSÃO ESTÁGIO I - Fonte: Delay, C. Cuidando de Feridas. 3ed. São Paulo: Atheneu, 2008.

Anexo A - ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE LESÃO POR PRESSÃO

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO ACIMA DE 5 ANOS

NOME DO PACIENTE:		DN:			Data	Data	Data
Endereço:		AVALIADOR:					
FATORES DE RISCO	1 Ponto	2 Pontos	3 Pontos	4 Pontos	PONTUAÇÃO		
PERCEPÇÃO SENSORIAL: Capacidade de reação ao desconforto.	Totalmente limitada: Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação.	Muito limitada: Reage somente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, a não ser por gemidos ou sensorial que limita a sua habilidade de sentir dor em mais da metade do corpo.	Levemente limitada: Obedece a instruções verbais, mais nem sempre consegue comunicar o desconforto ou necessidade de ser mudado de posição, ou tem limitação sensorial que limita a sua capacidade de sentir dor em uma ou duas extremidades.	Nenhuma limitação: Obedece a instruções verbais. Não tem problemas sensoriais que limitam sua capacidade de sentir ou expressar dor ou desconforto.			
UMIDADE: nível de exposição da pele à umidade.	Completamente úmida: A pele mantém-se sempre úmida devido à sudorese, urina, etc. É detectada umidade sempre que o doente é movimentado.	Muito úmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, úmida. Os lençóis devem ser trocados pelo menos uma vez durante o plantão.	Ocasionalmente úmida: A pele está ocasionalmente úmida, exigindo uma troca adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	Raramente úmida: pele está geralmente seca, os lençóis são trocados apenas nos horários de rotina.			

ATIVIDADE	Acamado: Sempre no leito.	Confinado a cadeira: Fica restrito a cadeira na maior parte do tempo, a habilidade de caminhar está severamente limitada ou é inexistente.	Caminha ocasionalmente: Passa a maior parte do tempo sentado ou na cama, caminha apenas distâncias curtas.	Caminha frequentemente: Caminha sem assistência, pelo menos duas vezes por dia fora do quarto e a cada duas horas dentro do quarto.			
MOBILIDADE: habilidade de mudar e controlar as posições corporais.	Totalmente Imóvel: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	Muito limitada: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	Levemente limitado: Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	Não apresenta limitações: Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.			
NUTRIÇÃO: alimentação habitual.	Muito pobre: Nunca come toda a refeição. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come duas porções ou menos de proteína por dia. Toma pouco líquido. Não toma nenhum suplemento nutricional. Está em jejum ou com dieta líquida	Provavelmente inadequada: Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas 1/2 porção da comida que é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou laticínios. Ocasionalmente toma um suplemento nutricional ou recebe	Adequada: Come mais da metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias com proteínas (carne, peixe, laticínios). Ocasionalmente recusa uma refeição, provavelmente irá tomar o suplemento nutricional oferecido ou está	Excelente: Come a maior parte das refeições por completo. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente quatro ou mais refeições (carne, peixe, laticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.			

	ou hidratação EV por mais de 5 dias.	menos do que a quantidade ideal da dieta via SNE.	sob terapia nutricional oral, enteral .				
FRICÇÃO E CISALHAMENTO	Problema: Requer ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Escorrega frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidades, contraturas ou agitação leva a uma fricção quase constante.	Problema em potencial: Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente escorrega.	Nenhum problema aparente: Movimenta-se independentemente na cama ou na cadeira e tem força suficiente para levantar seu corpo completamente. Mantém constantemente boa posição na cama ou na cadeira.				
				Pontuação total:			

Apresentação da Escala de Braden. Risco muito Alto: ≤ 9 pontos; Risco Alto: 10 a 12 pontos; Risco Moderado: 13 a 14 pontos; Baixo Risco: 15 a 18 pontos.
Tabela 1- Ayello EA, Braden B. Advances in Skin & Wound care.2002.Copyright Braden, Bergstrom 1988.Adaptada e validada no Brasil por Paranhos, Santos 1999.

Anexo B - ESCALA DE BRADEN Q (EBQ) PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE LESÃO POR PRESSÃO

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO PARA CRIANÇAS DE 01 À 5 ANOS

NOME DO PACIENTE: _____		DN: _____			Data	Data	Data
Endereço: _____		AVALIADOR: _____					
FATORES DE RICO	1 Ponto	2 Pontos	3 Pontos	4 Pontos	PONTUAÇÃO		
MOBILIDADE Capacidade de Mudar e controlar a posição do corpo.	Completamente Imóvel: Não faz mudanças, nem mesmo pequenas na posição do corpo ou das extremidades, sem ajuda.	Muito limitado: Faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou extremidades, mas é incapaz de fazer mudanças completamente sozinho.	Levemente limitado: Faz mudanças frequentes, embora pequenas, na posição do corpo ou das extremidades, sem ajuda.	Nenhuma limitação: Faz mudanças importantes e frequentes na posição do corpo, sem ajuda.			
ATIVIDADE Grau de atividade física.	Acamado: Permanece no leito o tempo todo.	Restrito à cadeira: A capacidade de deambular está gravemente limitada ou inexistente. Não consegue sustentar o próprio peso e/ou precisa de ajuda para sentar-se em uma cadeira ou cadeira de rodas.	Deambulação ocasional: Deambula ocasionalmente durante o dia, porém por distâncias bem curtas, com ou sem ajuda. Passa a maior parte do turno no leito	Crianças 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.			

<p>PERCEPÇÃO SENSORIAL Capacidade de responder de maneira apropriada ao desconforto relacionado à pressão.</p>	<p>Completamente limitada: 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 corporal.</p>	<p>Muito limitada: Responde apenas ao estímulo doloroso. Não consegue comunicar desconforto, exceto por gemido ou inquietação; ou apresenta alguma disfunção sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais da metade do corpo.</p>	<p>Levemente limitada: Responde aos comandos verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, ou apresenta alguma disfunção sensorial em uma ou duas extremidades que limita a capacidade de sentir dor.</p>	<p>Nenhuma alteração: Responde aos comandos verbais. Não apresenta déficit sensorial que limite a capacidade de sentir ou comunicar dor ou desconforto.</p>			
<p>UMIDADE Grau de exposição da pele à umidade.</p>	<p>Constantemente úmida: A pele fica constantemente úmida por suor, urina, etc. A umidade é percebida cada vez que o paciente é movimentado ou mudado de posição.</p>	<p>Frequentemente úmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, úmida. A roupa de cama precisa ser trocada pelo menos a cada oito horas.</p>	<p>Ocasionalmente úmida: A pele está ocasionalmente úmida, necessitando de troca de roupa de cama a cada 12 horas.</p>	<p>Raramente úmida: A pele geralmente está seca, as trocas de fraldas são feitas de rotina e as roupas de cama necessitam ser trocadas apenas a cada 24h.</p>			
<p>FRICÇÃO E CISALHAMENTO Fricção: a pele se move contra as estruturas de suporte.</p>	<p>Problema importante: A espasticidade, a contratura, o prurido ou a agitação levam a</p>	<p>Problema: Necessita de ajuda moderada a máxima para se mover. É impossível se levantar completamente sem</p>	<p>Problema Potencial: Movimenta-se com dificuldade ou necessita de mínima assistência. Durante o movimento,</p>	<p>Nenhum problema aparente: Capaz de levantar-se completamente durante uma mudança de posição. Movimenta-se sozinho na</p>			

<p>Cisalhamento: a pele e a superfície óssea adjacente deslizam uma sobre a outra.</p>	<p>criança debater-se no leito e há fricção quase constante.</p>	<p>deslizar sobre os lençóis do leito ou cadeira, necessitando de reposicionamento frequente com o máximo de assistência.</p>	<p>provavelmente ocorre atrito entre a pele e os lençóis, cadeira, coxins ou outros dispositivos. A maior parte do tempo mantém uma posição relativamente boa na cadeira e no leito, mas ocasionalmente escorrega.</p>	<p>cadeira e no leito, e tem força muscular suficiente para levantar-se completamente durante o movimento. Mantém uma posição adequada no leito e na cadeira o tempo todo.</p>			
<p>NUTRIÇÃO Padrão habitual de consumo alimentar.</p>	<p>Muito pobre: Em jejum e/ou mantido com ingesta hídrica ou hidratação IV por mais de 5 dias ou albumina < 2,5 mg/dl ou nunca come uma refeição completa. Raramente come mais da metade de algum alimento oferecido. O consumo de proteínas inclui apenas duas porções de carne ou derivados de leite por dia. Ingerir pouco líquido. Não ingere</p>	<p>Inadequada: Dieta líquida por sonda ou NPP que fornece calorias e minerais insuficientes para a idade ou albumina < 3 mg/dl ou raramente come uma refeição completa. Geralmente come apenas a metade de algum alimento oferecido. O consumo de proteínas inclui apenas três porções de carne ou derivados de leite por dia. Ocasionalmente ingere suplemento dietético</p>	<p>Adequada: Dieta por sonda ou NPP que fornece calorias e minerais suficientes para a idade ou come mais da metade da maioria das refeições. Consome um total de quatro porções de proteínas (carne, derivados de leite) por dia. Ocasionalmente recusa uma refeição, mas geralmente toma suplemento dietético, se oferecido.</p>	<p>Excelente: Dieta geral que fornece calorias suficientes para a idade. Por exemplo, come/bebe a maior parte de cada refeição/alimentação. Nunca recusa uma refeição. Geralmente come um total de quatro ou mais porções de carne e derivados de leite. Ocasionalmente, come entre as refeições. Não necessita de suplementação.</p>			

	suplemento dietético líquido.						
PERFUSÃO TECIDUAL E OXIGENAÇÃO	Extremamente comprometida: Hipotenso (PAM <50 mmHg; <40 mmHg em recém-nascido) ou o paciente não tolera as mudanças de posição.	Comprometida: Normotenso. 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.			
Pontuação total:							

Apresentação da Escala de Braden. Alto risco: Menor que 22 pontos; Baixo Risco : Maior ou igual a 22 pontos.

Tabela 2- Guia de consulta rápida: informativo para supervisão e cuidados com a pele/mucosa e avaliação de risco por pressão nos pacientes pediátricos/Universidade estadual de medicina Paulista,2016.



Secretaria Municipal de Saúde

PREFEITURA MUNICIPAL DE TELÊMACO BORBA

Anexo C - TERMO DE CONSENTIMENTO DE AUTORIZAÇÃO PARA REGISTRO FOTOGRÁFICO

TERMO DE CONSENTIMENTO

Autorização para Registro Fotográfico

Telêmaco Borba, ____ de _____ de _____.

Eu _____, portador (a) da Cédula de identidade nº _____, ou responsável pelo paciente acima citado, autorizo, a fotografar e veicular a imagem, para fins didáticos e científicos sem quaisquer ônus e restrições.

AUTORIZO, de livre e espontânea vontade, a cessão de direitos da veiculação, não recebendo para tanto qualquer tipo de remuneração. Tenho conhecimento de que é assegurado o anonimato da pessoa fotografada.

Assinatura do paciente ou responsável

Assinatura do profissional

Anexo D - ATENDIMENTO AO PACIENTE COM RISCO DE LESÃO POR PRESSÃO

TERMO DE COMPROMISSO

Objetivos do tratamento

Na prevenção e tratamento de lesão por pressão o serviço tem por objetivos:

Realizar escala de Braden para avaliação de risco de desenvolvimento de lesão por pressão;

Prescrever e orientar ao paciente, familiar/cuidados as medidas preventivas de desenvolvimento de lesão por pressão;

Avaliar e acompanhar o portador de lesão por pressão;

Encaminhar para outros profissionais quando se fizer necessário;

Propiciar condições que facilitam a cicatrização da ferida;

Orientar e estimular o autocuidado, assim como estimular o cuidador/familiar a engajarem-no cuidado com o paciente.

Entendimento por parte do paciente cuidador/familiar

Fica claro ao paciente e/ou cuidados o direito e a oportunidade de fazer perguntas relacionadas ao serviço, tratamento, seus objetivos e suas regras, sendo que os profissionais do serviço estarão sempre aptos a respondê-las.

É de sua responsabilidade: respeitar e seguir todas as orientações e prescrições fornecidas pelos profissionais de saúde; não retirar ou trocar o curativo no domicílio sem a autorização do profissional; procurar o Serviço de Saúde fora da data agendada em caso de intercorrências ou complicações; assumir as atividades relativas a limpeza, higiene pessoal, e cuidados com o curativo conforme orientado pelo profissional de saúde.

Consentimento

De acordo com o exposto acima, aceito participar do tratamento proposto pelo Serviço.

Assinatura do Participante

Assinatura do Cuidador/familiar

Nome legível: _____

Autorização

Autorizo que os dados referentes a evolução do meu tratamento sejam publicados na forma de pesquisa, desde que resguarde sigilo sobre minha identidade.

Assinatura do Participante

Data:

_____, ____ de _____ de _____

Foi discutido o protocolo de tratamento com o paciente, usando linguagem acessível e apropriada.

Acredita-se ter fornecido as informações necessárias e bom entendimento das mesmas.

Assinatura e Carimbo do Profissional Responsável

PREFEITURA MUNICIPAL DE TELÊMACO BORBA

Anexo E - PRESCRIÇÃO DE CUIDADOS PARA PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO PARA PESSOAS ACAMADAS EM DOMICÍLIO

UBS: _____

DATA EM QUE O PACIENTE/CUIDADOR FOI ORIENTADO: ____/____/____

PACIENTE: _____

Fique atento, a lesão por pressão (ferida) surge de uma hora para outra e pode levar meses para cicatrizar. Vamos prevenir!! Leia atentamente e siga as cuidados para prevenção:

(1) Realize mudança de posição pelo menos a cada duas horas em pacientes acamados e a cada 1 hora quando sentado, se não houver contra-indicações relacionadas às condições gerais do paciente, inclusive a noite. Mudar a pessoa de lugar ou de posição, faça isso com muito cuidado, evitando que a pele roce no lençol ou na cadeira, pois a pele pode estar muito fina e frágil e pode se ferir. As feridas normalmente aparecem na região sacral (próximo ao cóccix), quadril, nádegas, costas, calcanhares, cotovelos e orelhas. Fique atento principalmente a essas áreas.

(2) Mantenha a roupa de cama e da pessoa, limpas sem restos alimentares e bem esticada, pois as rugas, vincos e dobras podem ferir a pele.

(3) Se a pessoa fica a maior parte do tempo em cadeira de rodas ou poltrona, é preciso ajuda-la a aliviar o peso do corpo sobre as nádegas, da seguinte forma: se a pessoa tem força nos braços oriente a pessoa cuidada a sustentar o peso do corpo, ora sobre uma nádega, ora sobre outra. Se a pessoa não consegue se apoiar nos braços o cuidador deve ajuda-la se movimentar.

(4) Quando sentado, se os pés do paciente não chegam ao chão, coloque-os sobre um banquinho ou apoio para os pés, o que impede que o paciente deslize para fora da cadeira. A altura do apoio para os pés deve ser escolhida de forma

a fletir ligeiramente a bacia para frente, posicionando as coxas numa inclinação ligeiramente inferior à posição horizontal.

(5) Os locais do corpo onde os ossos são mais salientes como os joelhos, devem estar protegidos com travesseiros, almofadas, lençóis ou toalhas dobradas em formas de rolos. Os calcanhares devem ser mantidos levantados da cama aliviando a pressão, usando um travesseiro debaixo da panturrilha ou barriga da perna. Não utilize almofadas em forma de anel, pois não garantem o princípio de distribuição de peso.

(6) A pele da pessoa deve ser frequentemente avaliada e bem hidratada. Utilize o momento do banho e troca de fraldas para observar sinais de vermelhidão, manchas, bolhas, depressões ou feridas. Para manter a hidratação da pele é preciso oferecer água em pequenas quantidades várias vezes ao dia, mesmo que a pessoa cuidada não demonstre sentir sede. Após o banho é preciso massagear a pele com cremes apropriados, esse cuidado além de hidratar melhora a circulação do sangue. Atenção não massagear áreas com sinais de ulcerações (ferida).

(7) Mantenha a pele da pessoa cuidada sempre limpa e seca. Ao fazer a higiene corporal, evite esfregar a pele com força, pois isso pode romper a pele. Faça movimentos suaves, use pouca quantidade e sabonete e enxague bem, para que a pele não fique ressecada. Seque bem a pele com toalha suave evitando esfregar com força para evitar maceração. Evite o uso de água muito quente.

(8) Se a pessoa cuidada utilizar fraldas, é necessário trocá-las cada vez que urinar e evacuar, para evitar que a pele fique úmida.

(9) Leve a pessoa cuidada a um local onde possa tomar sol por 15 a 30 minutos, de preferência antes das 10:00 e depois das 16:00 horas, o sol fortalece a pele, fixa as vitaminas do corpo e previne o surgimento de feridas.

Observações: _____

Em caso de dúvidas, ou se observar alteração na pele, entre em contato com os profissionais da unidade de saúde do seu bairro.

ASSINATURA DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL