

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM</b>	<b>POP CDC Nº056. 007</b>	DATA: 13/01/2013
		<b>Revisão 01: 30/07/2014</b>	PÁG: 1

### CUIDADOS AO PACIENTE PORTADOR DE ÚLCERA POR PRESSÃO

<b>ELABORAÇÃO:</b>	Enf <sup>as</sup> Estomaterapeutas: Luciana Seabra, Vânia Coutinho, Dayse C. Nascimento e Graciete S. Marques
<b>VALIDAÇÃO:</b>	Comissão de curativos/CCHUPE, COMPOPE
<b>REVISÃO:</b>	Enf <sup>as</sup> Estomaterapeutas: Dayse C. Nascimento, Graciete S. Marques e Fernanda Rodrigues.
<b>APROVAÇÃO:</b>	Enf <sup>o</sup> Rogério Marques de Souza

#### CONCEITO

Consiste na implementação de medidas sistematizadas no tratamento do paciente portador úlcera por pressão (UP), com estratégias multidisciplinares visando a melhoria do cuidado.

#### FINALIDADE

- Realizar avaliação do paciente e da úlcera com exame físico utilizando coberturas de acordo com a categoria da UP;
- Monitorar e documentar a evolução da lesão de pele na categoria da UP;
- Atender o protocolo de prevenção de Úlcera por Pressão respaldado pelo Ministério da Saúde/Anvisa.

#### INDICAÇÕES E CONTRA INDICAÇÕES

##### Indicação:

Instituir condutas específicas para todos os pacientes com UP: categorias I, II, III, IV, Úlceras que não podem ser classificadas ou com suspeita de lesão tissular profunda.

**Contraindicação:** Não há

RESPONSÁVEL PELA PRESCRIÇÃO	RESPONSÁVEL PELA EXECUÇÃO	HORA DE ENF (*NIC)
Enfermeiro	Enfermeiro e técnicos de enfermagem (conforme o procedimento)	16-45 min*

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM</b>	<b>POP CDC Nº056. 007</b>	DATA: 13/01/2013
		<b>Revisão 01: 30/07/2014</b>	PÁG: 2
<b>CUIDADOS AO PACIENTE PORTADOR DE ÚLCERA POR PRESSÃO</b>			
<b>ELABORAÇÃO:</b>	Enf <sup>as</sup> Estomaterapeutas: Luciana Seabra, Vânia Coutinho, Dayse C. Nascimento e Graciete S. Marques		
<b>VALIDAÇÃO:</b>	Comissão de curativos/CCHUPE, COMPOPE		
<b>REVISÃO:</b>	Enf <sup>as</sup> Estomaterapeutas: Dayse C. Nascimento, Graciete S. Marques e Fernanda Rodrigues.		
<b>APROVAÇÃO:</b>	Enf <sup>o</sup> Rogério Marques de Souza		

## MATERIAL/EQUIPAMENTOS

- Bandeja ou cuba rim não estéril;
- Gaze não estéril;
- Almotolia com álcool a 70%;
- Almotolia com álcool a 70% glicerinado;
- Régua, cateter de aspiração de calibre 6- 8Fr , decalque plástico para mensurar a ferida
- Equipamentos de proteção individual, máscara, gorro, capote e luva de procedimento;
- Soro Fisiológico 0,9%, quantos frascos for necessário;
- Agulha 40x12;
- Gaze estéril;
- Coberturas e produtos conforme categoria da lesão;
- Superfície de suporte: Colchão de ar com compressor, Coxins, almofadas, travesseiros;
- Relógio de mudança de decúbito ou similar;
- Lixeira para resíduo infectante;
- Biombo

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM</b>	<b>POP CDC Nº056. 007</b>	DATA: 13/01/2013
		<b>Revisão 01: 30/07/2014</b>	PÁG: 3
<b>CUIDADOS AO PACIENTE PORTADOR DE ÚLCERA POR PRESSÃO</b>			
<b>ELABORAÇÃO:</b>	Enf <sup>as</sup> Estomaterapeutas: Luciana Seabra, Vânia Coutinho, Dayse C. Nascimento e Graciete S. Marques		
<b>VALIDAÇÃO:</b>	Comissão de curativos/CCHUPE, COMPOPE		
<b>REVISÃO:</b>	Enf <sup>as</sup> Estomaterapeutas: Dayse C. Nascimento, Graciete S. Marques e Fernanda Rodrigues.		
<b>APROVAÇÃO:</b>	Enf <sup>o</sup> Rogério Marques de Souza		

## DESCRIÇÃO TÉCNICA

1. Ler a prescrição do paciente, **vide plano de contingência**;
2. Realizar higienização das mãos com água e sabão conforme o POP CCIH N°01;
3. Separar uma bandeja ou cuba rim para o procedimento;
4. Fazer desinfecção da bandeja com gaze embebida em álcool 70%, unidirecional, repetindo o movimento três vezes e aguardando a secagem espontânea;
5. Higienizar as mãos com álcool glicerinado 70%;
6. Preparar o material;
7. Levar a bandeja ou carro de curativos ou uma superfície fixa até a unidade do paciente;
8. Apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante;
9. Checar os dados de identificação na pulseira do paciente conforme o POP CIC (Cuidado Indireto ao Cliente) N° 041;
10. Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
11. Checar a instalação do Colchão de ar com compressor, conforme POP 056.002;
12. Promover privacidade, utilizando biombos;
13. Higienizar as mãos com álcool glicerinado;
14. Calçar as luvas de procedimentos, e os demais equipamentos de proteção individual, se necessário;
15. Implementar as condutas necessárias de acordo com a avaliação prévia do enfermeiro, vide também no plano de contingência;
16. Posicionar o paciente adequadamente;
17. Retirar o curativo anterior, avaliar a lesão, consultar o Anexo 2;

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM</b>	<b>POP CDC Nº056. 007</b>	DATA: 13/01/2013
		<b>Revisão 01: 30/07/2014</b>	PÁG: 4

### CUIDADOS AO PACIENTE PORTADOR DE ÚLCERA POR PRESSÃO

<b>ELABORAÇÃO:</b>	Enf <sup>as</sup> Estomaterapeutas: Luciana Seabra, Vânia Coutinho, Dayse C. Nascimento e Graciete S. Marques
<b>VALIDAÇÃO:</b>	Comissão de curativos/CCHUPE, COMPOPE
<b>REVISÃO:</b>	Enf <sup>as</sup> Estomaterapeutas: Dayse C. Nascimento, Graciete S. Marques e Fernanda Rodrigues.
<b>APROVAÇÃO:</b>	Enf <sup>o</sup> Rogério Marques de Souza

18. Realizar a técnica de curativos conforme o POP 056-006 e instituir tratamento conforme Anexo 1;
19. Realizar mudança de decúbito 2/2h em combinação com uso de superfícies redutoras de pressão (vide anexo 6), de acordo com as restrições clínicas; instituir o uso de relógio ou sinalizadores alternar decúbito lateral direito, dorsal e lateral esquerdo – vide Anexo 5;
20. Considerar o decúbito lateral com uma inclinação a 30°, amparando um dos glúteos com um travesseiro ou almofada - vide anexo 6;;
21. Manter posicionamento com cabeceira elevada 30° na posição semi Fowler, conforme indicações ou restrições clínicas, a fim de evitar o cisalhamento;
22. Deixar o paciente confortável;
23. Manter a organização da unidade do paciente;
24. Desprezar o material utilizado nos locais apropriados;
25. Realizar higienização das mãos com água e sabão conforme o POP da CCIH N°01;
26. Realizar as anotações necessárias, assinando e carimbando o relato no prontuário do paciente (técnico de enfermagem na folha de observação de enfermagem e o enfermeiro na folha de evolução).

### CUIDADOS ESPECIAIS/ PLANO DE CONTINGÊNCIA

- Para executar o procedimento deve-se inicialmente ler a prescrição do paciente e/ou o prontuário do paciente.
- O tratamento deve ser constituído conforme protocolo de Classificação e Tratamento para Úlcera por Pressão do CCHUPE - **Vide anexo 1** .
- Orientar o paciente sobre a importância da aceitação e participação durante os procedimentos, incluindo o seu auto-cuidado.

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM</b>	<b>POP CDC Nº056. 007</b>	DATA: 13/01/2013
		<b>Revisão 01: 30/07/2014</b>	PÁG: 5

### CUIDADOS AO PACIENTE PORTADOR DE ÚLCERA POR PRESSÃO

<b>ELABORAÇÃO:</b>	Enf <sup>as</sup> Estomaterapeutas: Luciana Seabra, Vânia Coutinho, Dayse C. Nascimento e Graciete S. Marques
<b>VALIDAÇÃO:</b>	Comissão de curativos/CCHUPE, COMPOPE
<b>REVISÃO:</b>	Enf <sup>as</sup> Estomaterapeutas: Dayse C. Nascimento, Graciete S. Marques e Fernanda Rodrigues.
<b>APROVAÇÃO:</b>	Enf <sup>o</sup> Rogério Marques de Souza

- Incluir o acompanhante ou cuidador na implementação dos cuidados, educando-o para a manutenção dos cuidados em domicílio.
- Propiciar a avaliação interdisciplinar visando qualidade da assistência e segurança do paciente.
- Adotar técnicas de movimentação e posicionamento no leito, com o uso de lençol móvel, evitando fricção da pele com a superfície do leito;
- Utilizar material auxiliar como travesseiros, coxins, almofadas, suportes de espuma para o posicionamento e alinhamento do paciente no leito, evitando contatos diretos entre proeminências ósseas e/ou superfície do leito, mantendo posição confortável ao paciente.
- Não utilizar bóias em formato de anel, almofadas com água, luvas com água, alpiste, gel.
- Evitar o uso de água quente, prevenindo assim o ressecamento da pele;
- Não massagear proeminências ósseas, especialmente quando já estiverem hiperemiadas;
- Preferencialmente deve-se limpar a ferida com soro fisiológico 0,9% morno em jato, com auxílio da agulha 40x12, conforme técnica de curativos POP 056-006.
- Não utilizar agentes antissépticos, tais como: povidine, iodoform, ácido acético, iodo, peróxido de hidrogênio, hipoclorito, clorhexidine, sabão ou similar.
- Quando houver necessidade do desbridamento conservador, consultar o POP 056-005.
- O uso de coberturas e produtos na UP tem como objetivos fornecer ambiente úmido, manter a região perilesional seca, controlar exsudatos e eliminar espaço morto, deve-se consultar o POP 056-004.
- O enfermeiro deve consultar a farmácia de manipulação do HUPE sobre a disponibilidade dos produtos na instituição: Papaína em pó em diversas concentrações: 2%, 6%, 10%, 15% e 30% (prescrito pelo CCHUPE); Sulfadiazina de prata a 1% em creme, Hidrogel;

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM</b>	<b>POP CDC Nº056. 007</b>	DATA: 13/01/2013
		<b>Revisão 01: 30/07/2014</b>	PÁG: 6

### CUIDADOS AO PACIENTE PORTADOR DE ÚLCERA POR PRESSÃO

<b>ELABORAÇÃO:</b>	Enf <sup>as</sup> Estomaterapeutas: Luciana Seabra, Vânia Coutinho, Dayse C. Nascimento e Graciete S. Marques
<b>VALIDAÇÃO:</b>	Comissão de curativos/CCHUPE, COMPOPE
<b>REVISÃO:</b>	Enf <sup>as</sup> Estomaterapeutas: Dayse C. Nascimento, Graciete S. Marques e Fernanda Rodrigues.
<b>APROVAÇÃO:</b>	Enf <sup>o</sup> Rogério Marques de Souza

Creme de uréia a 10 % ou a 20 %; Creme de uréia a 10% com Óleo de semente de uva a 10%, Óxido de Zinco a 10% em pó ou pasta e Óxido de zinco a 10% com Nistatina.

- O enfermeiro deve consultar a CME- central de esterilização do HUPE sobre a disponibilidade de gaze vaselinada estéril.
- A avaliação da equipe multiprofissional é fundamental, considerando todos os integrantes da equipe responsáveis pela qualidade da assistência e segurança do paciente. Poderão ser necessários ajustes medicamentosos, nutricionais, intervenções para auxiliar a mobilização ou mobilidade dos pacientes, entre outras medidas.
- Reavaliar o paciente diariamente e a ferida em cada troca de curativos, se necessário modificar a conduta. Uma vez categorizada a ferida, não haverá regressão da classificação, a mesma deverá ser sempre registrada como foi avaliada inicialmente.
- Na UP categoria I a lesão pode ser difícil de ser detectada, principalmente em pessoas de pele negra, pois a área de hiperemia não é facilmente visível, deve-se avaliar as áreas com endurecimento, calor e edema, iniciando as medidas de alívio da pressão.
- As condutas de indicadas para tratamento para as Úlceras que não podem ser classificadas; Suspeita de lesão tissular profunda, devem constar de produtos para hidratação.
- Posicionar os pacientes de forma que os calcâneos sejam mantidos afastados da superfície do leito e os joelhos tenham ligeira flexão para evitar hiperextensão evitando obstrução da veia poplítea.
- Há disponíveis na instituição colchões de ar com compressor para cada unidade de internação, sendo as seguintes recomendações: examinar o produto antes de usá-lo ; não realizar higiene no leito com o compressor ligado; não deixar cair água no compressor para evitar danos elétricos.

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM</b>	<b>POP CDC Nº056. 007</b>	DATA: 13/01/2013
		<b>Revisão 01: 30/07/2014</b>	PÁG: 7

### CUIDADOS AO PACIENTE PORTADOR DE ÚLCERA POR PRESSÃO

<b>ELABORAÇÃO:</b>	Enf <sup>as</sup> Estomaterapeutas: Luciana Seabra, Vânia Coutinho, Dayse C. Nascimento e Graciete S. Marques
<b>VALIDAÇÃO:</b>	Comissão de curativos/CCHUPE, COMPOPE
<b>REVISÃO:</b>	Enf <sup>as</sup> Estomaterapeutas: Dayse C. Nascimento, Graciete S. Marques e Fernanda Rodrigues.
<b>APROVAÇÃO:</b>	Enf <sup>o</sup> Rogério Marques de Souza

- Em caso do paciente estiver incontinente e com UP categoria III - IV considerar o uso do cateter vesical intermitente após avaliação interdisciplinar.
- Atentar para o registro apropriado e pontual das alterações encontradas considerando os aspectos legais envolvidos na formação da úlcera, desde a admissão até a alta hospitalar.
- A utilização do registro fotográfico deverá ter previamente a autorização por escrito do paciente e/ou acompanhante responsável.
- Registrar no momento da alta as características da ferida ou a integridade cutânea preservada e orientações fornecidas para o autocuidado e prevenção.
- Encaminhar o paciente ainda com UP após alta hospitalar, para o ambulatório de Curativos- CHUPE.

#### **Em pediatria e neonatal:**

Reforça-se empregar estratégias de distração e conforto para a realização do curativo.

O uso de alginato de cálcio deve ser limitado em recém natos e prematuros, pela preocupação do potencial de absorção de cálcio. Há também cautela com agentes para o debridamento enzimático em pediatria com feridas necrosadas.

#### **Terminologia utilizada e expressões utilizadas:**

- **Úlcera por Pressão:** “É uma lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea, em resultante da pressão ou da combinação entre pressão e cisalhamento, causado pela fricção”.\*
- **Grau, estágio ou categoria:** Atualmente é empregado o termo “**Categoria**” por ser neutro devendo substituir “estágio” ou “grau”, já que atende as definições de úlcera por pressão e os níveis de dano tecidual são iguais, mesmo que um grupo classifique uma úlcera de

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM</b>	<b>POP CDC Nº056. 007</b>	DATA: 13/01/2013
		<b>Revisão 01: 30/07/2014</b>	PÁG: 8

### CUIDADOS AO PACIENTE PORTADOR DE ÚLCERA POR PRESSÃO

<b>ELABORAÇÃO:</b>	Enf <sup>as</sup> Estomaterapeutas: Luciana Seabra, Vânia Coutinho, Dayse C. Nascimento e Graciete S. Marques
<b>VALIDAÇÃO:</b>	Comissão de curativos/CCHUPE, COMPOPE
<b>REVISÃO:</b>	Enf <sup>as</sup> Estomaterapeutas: Dayse C. Nascimento, Graciete S. Marques e Fernanda Rodrigues.
<b>APROVAÇÃO:</b>	Enf <sup>o</sup> Rogério Marques de Souza

pressão como estágio II, grau II ou categoria II.

- Superfícies de suporte:** São dispositivos específicos para a redistribuição da pressão, conhecido também como *superfície redutoras de pressão*, indicado sempre para os pacientes com risco de desenvolver a UP e em todo o tratamento para o paciente com UP. Alguns exemplos: colchão de ar, colchão de espuma e almofadas.

\* MINISTÉRIO DA SAÚDE. ANEXO 02

### DOCUMENTOS CORRELATOS (NORMAS, RESOLUÇÕES, LEIS E ARTIGOS)

ALMEIDA CE, et. al. Manual para a realização de curativos. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2007.

BORGES EL, et. al. Feridas: como tratar. 2ª edição. Belo Horizonte: Coopmed, 2008

BOWDEN VR, GREENBERG CS. Procedimentos de enfermagem pediátrica (tradução de Mariângela Vidal Sampaio et al.). 3ª ed. Rio de Janeiro; Guanabara Koogan, 2013.p.699-704.

DEALEY, C. Cuidando de Feridas: Um guia para as enfermeiras. 3ª Ed. São Paulo: Atheneu, 2008

DOMANSKY RC, BORGES EL. (org.) Manual para prevenção de lesões de pele: recomendações baseadas em evidências. Rio de Janeiro. Edit Rubio, 2012. P. 119-86.

European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009 Disponível em [http://www.epuap.org/guidelines/QRG\\_Prevention\\_in\\_Portuguese.pdf](http://www.epuap.org/guidelines/QRG_Prevention_in_Portuguese.pdf) [acesso em março de 2014].

FAUSTINO AM et al. O conhecimento de enfermeiros acerca dos novos descritores de classificação para úlcera por pressão: estudo descritivo. Online Brazilian Journal of Nursing, Vol 9, No 1 (2010). Disponível em <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/issue/archive>. acesso em 19 de agosto de 2014.

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT. How-to-guide: Prevent Pressure Ulcers. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2011. Disponível em <<http://www.ihc.org>> [Acesso em: 20 Março 2014].

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM</b>	<b>POP CDC Nº056. 007</b>	DATA: 13/01/2013
		<b>Revisão 01: 30/07/2014</b>	PÁG: 9

### CUIDADOS AO PACIENTE PORTADOR DE ÚLCERA POR PRESSÃO

<b>ELABORAÇÃO:</b>	Enf <sup>as</sup> Estomaterapeutas: Luciana Seabra, Vânia Coutinho, Dayse C. Nascimento e Graciete S. Marques
<b>VALIDAÇÃO:</b>	Comissão de curativos/CCHUPE, COMPOPE
<b>REVISÃO:</b>	Enf <sup>as</sup> Estomaterapeutas: Dayse C. Nascimento, Graciete S. Marques e Fernanda Rodrigues.
<b>APROVAÇÃO:</b>	Enf <sup>o</sup> Rogério Marques de Souza

JORGE AS, DANTAS, SRPE. Abordagem multiprofissional no tratamento de feridas. São Paulo: Atheneu, 2005.

MALAGUTTI W, KAKIHARA C T. Curativos, estomias e Dermatologia. São Paulo: Martinari, 2010.

MAIA ACAR, Pellegrino DMS, Blanes L, Dini GM, Ferreira LM. 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.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. ANEXO 02: Protocolo para Prevenção de úlcera por Pressão. de 09/07/2013. Disponível em < [www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente](http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente)> [acesso em janeiro de 2014].

RANGEL EML, CALIRI MHL. Uso das diretrizes para o tratamento da úlcera por pressão por enfermeiros de um hospital geral. Rev. Eletr. Enf.2009;11(1):70-77. Disponível em <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/pdf/v11n1a09.pdf>> [acesso em junho de 2014].

SANTOS VCG, CALIRI MHL. Conceito e Classificação de Úlcera por Pressão: atualização do NPUAP. Estima. 2007;5 (3):43 - 4.

SERPA LP, SANTOS VLGG, CAMPANILI TCGF e Queiroz, M. Validade preditiva da escala de Braden para o risco de desenvolvimento de úlcera por pressão em paciente críticos. Rev. Latino-Am. Enfermagem. Jan-fev 2011;19(1):[08 telas] disponível em: <<http://ead.eerp.usp.br/rlae/>>

[Acesso em junho de 2014].

Silva CMMF, et al. Instruções de trabalho de enfermagem. Prevenção de úlcera por pressão.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. HOSPITAL DAS CLÍNICAS. Vice-diretoria técnica de enfermagem. Belo Horizonte: Nescon, 2011: 256-9

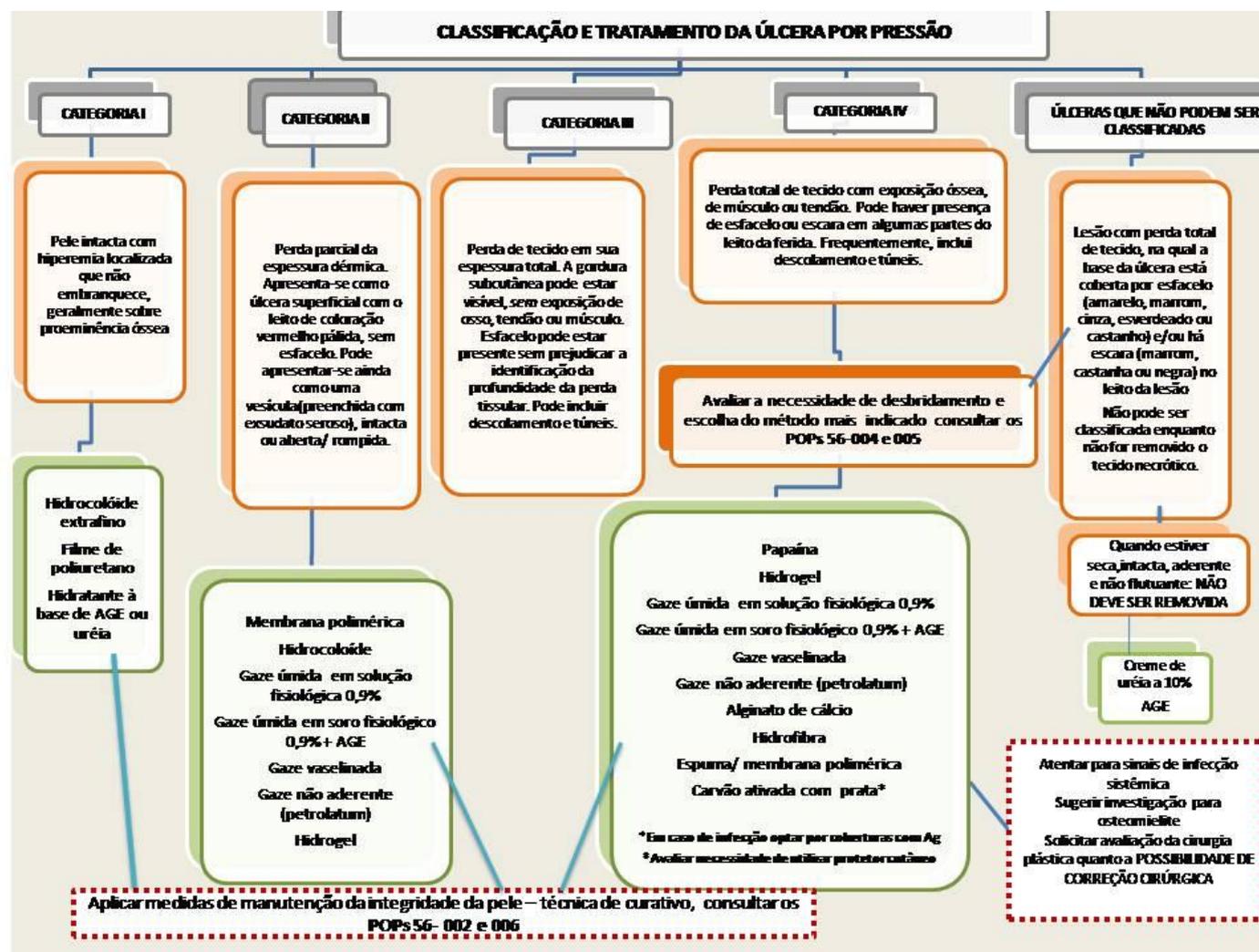
SILVA RCL, FIGUEIREDO NMA e MEIRELES IB. Feridas fundamentos e atualizações em enfermagem. São Paulo, Yendis, 2007.

**CUIDADOS AO PACIENTE PORTADOR DE ÚLCERA POR PRESSÃO**

<b>ELABORAÇÃO:</b>	Enf <sup>as</sup> Estomaterapeutas: Luciana Seabra, Vânia Coutinho, Dayse C. Nascimento e Graciete S. Marques
<b>VALIDAÇÃO:</b>	Comissão de curativos/CCHUPE, COMPOPE
<b>REVISÃO:</b>	Enf <sup>as</sup> Estomaterapeutas: Dayse C. Nascimento, Graciete S. Marques e Fernanda Rodrigues.
<b>APROVAÇÃO:</b>	Enf <sup>o</sup> Rogério Marques de Souza

**ANEXOS**

1- Esquema ilustrativo do protocolo: Classificação e Tratamento para úlcera por pressão da CCHUPE. Fonte: CCHUPE: formatação de Marques, G.S. e Nascimento, D. C. maio/2014.



**CUIDADOS AO PACIENTE PORTADOR DE ÚLCERA POR PRESSÃO**

<b>ELABORAÇÃO:</b>	Enf <sup>as</sup> Estomaterapeutas: Luciana Seabra, Vânia Coutinho, Dayse C. Nascimento e Graciete S. Marques
<b>VALIDAÇÃO:</b>	Comissão de curativos/CCHUPE, COMPOPE
<b>REVISÃO:</b>	Enf <sup>as</sup> Estomaterapeutas: Dayse C. Nascimento, Graciete S. Marques e Fernanda Rodrigues.
<b>APROVAÇÃO:</b>	Enf <sup>o</sup> Rogério Marques de Souza

2- Quadro com definição de categorias e descritores para UP segundo NPUAP, 2007

Fonte: CCHUPE- formatação de Marques, G.S. e Nascimento, D. C. julho/2014.

**CATEGORIAS E DESCRITORES DE UP, SEGUNDO NPUAP, 2007**

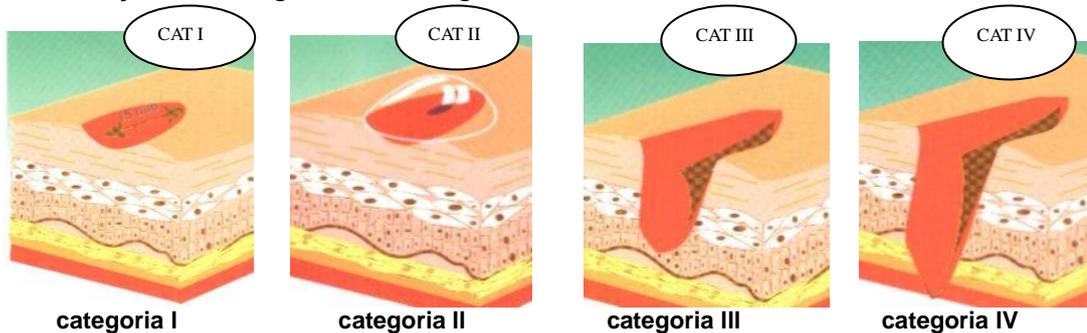
CATEGORIA E DESCRITORES	DEFINIÇÃO	DESCRIÇÃO ADICIONAL
Descritor 1: Suspeita de lesão fissular profunda	Área localizada de pele íntacta de coloração púrpura ou castanha ou bolha sangüinolenta devido a dano no tecido mole, decorrente de pressão e/ou cisalhamento. A área pode ser precedida por um tecido que se apresenta dolorido, endurecido, amolecido, esponjoso e mais quente ou frio comparativamente ao tecido adjacente.	Lesão fissular profunda pode ser de difícil detecção em indivíduos com pele de tonalidades mais escuras. A sua evolução pode incluir uma pequena bolha sobre o leito escurecido da ferida. A lesão pode evoluir e ficar coberta por uma fina escara. A evolução pode ser rápida com exposição de camadas tissulares adicionais mesmo com tratamento adequado.
Categoria I	Pele íntacta com hiperemia de uma área localizada que não embranquece, geralmente sobre proeminência óssea. A pele de cor escura pode não apresentar embranquecimento visível; sua cor pode diferir da pele ao redor.	A área pode apresentar-se dolorosa, endurecida, amolecida, mais quente ou mais fria comparativamente ao tecido adjacente. Feridas em categoria I podem ser difíceis de detectar em pessoas de pele com tonalidades escuras. Pode indicar pessoas "em risco" (um sinal precursor de risco).
Categoria II	Perda parcial da espessura dérmica. Apresenta-se como úlcera superficial com o leito de coloração vermelho pálfido, sem escácelo. Pode apresentar-se ainda como uma bolha (preenchida com exsudato seroso), íntacta ou aberta/rompida.	Apresenta-se como uma úlcera superficial brilhante ou seca sem escácelo ou amolecimento (aspecto de equimose)*. Esta categoria não deve ser usado para descrever skin tears, abrasões por adesivos, dermatite porional, maceração ou escoriação.  * indica suspeita de lesão fissular profunda.
Categoria III	Perda de tecido em sua espessura total. A gordura subcutânea pode estar visível, sem exposição de osso, tendão ou músculo. Escácelo pode estar presente sem prejudicar a identificação da profundidade da perda tissular. Pode incluir descolamento e túneis.	A profundidade da úlcera por pressão em categoria III varia conforme a localização anatômica. A asa do nariz, orelha, as regiões occipital e malar não possuem tecido subcutâneo e, portanto, as úlceras podem ser rasas neste estágio. Em contraste, áreas com adiposidade significativa podem desenvolver úlceras por pressão em categoria III bastante profundas. Ossos e tendões não são visíveis nem diretamente palpáveis.
Categoria IV	Perda total de tecido com exposição óssea, de músculo ou tendão. Pode haver presença de escácelo ou escara em algumas partes do leito da ferida. Frequentemente, inclui descolamento e túneis.	A profundidade da úlcera por pressão em categoria IV varia conforme a localização anatômica. A asa do nariz, orelha, as regiões occipital e malar não possuem tecido subcutâneo e, portanto, as úlceras podem ser rasas neste estágio. As úlceras em categoria IV podem estender-se aos músculos e/ou estruturas de suporte (como tíbia, tendão ou cápsula articular), possibilitando a ocorrência de osteomielite. A exposição de osso/tendão é visível ou diretamente palpável.
Descritor 2: Úlceras que não podem ser classificadas	Lesão com perda total de tecido, na qual a base da úlcera está coberta por escácelo (amarelo, marrom, cinza, esverdeado ou castanho) e/ou há escara (marrom, castanha ou negra) no leito da lesão.	A verdadeira profundidade e, portanto, a categoria da úlcera não pode ser determinado até que suficiente escácelo e/ou escara sejam removidos para expor a base da úlcera. Escara estável (seca, aderente, íntacta, sem eritema ou flutuação) nos calcâneos save como "cobertura natural (biológica) corporal" e não deve ser removida.

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE ENFERMAGEM</b>	<b>POP CDC Nº056. 007</b>	DATA: 13/01/2013
		<b>Revisão 01: 30/07/2014</b>	PÁG: 12

### CUIDADOS AO PACIENTE PORTADOR DE ÚLCERA POR PRESSÃO

<b>ELABORAÇÃO:</b>	Enf <sup>as</sup> Estomaterapeutas: Luciana Seabra, Vânia Coutinho, Dayse C. Nascimento e Graciete S. Marques
<b>VALIDAÇÃO:</b>	Comissão de curativos/CCHUPE, COMPOPE
<b>REVISÃO:</b>	Enf <sup>as</sup> Estomaterapeutas: Dayse C. Nascimento, Graciete S. Marques e Fernanda Rodrigues.
<b>APROVAÇÃO:</b>	Enf <sup>o</sup> Rogério Marques de Souza

### 3- Ilustrações e imagens de categorias de UP



Fontes: Goggle imagem. Disponível em : <úlcera por pressão> acesso em maio de 2014.

Imagens 1, 2 e 3 do Arquivo pessoal e CCHUPE de Marques,GS; Nascimento, DC e Rodrigues, FR.; Imagem 4 do estudo em Goggle imagem. Disponível em <úlcera por pressão> acesso em maio de 2014

### 4- Ilustração dos novos descritores para UP, conforme NUAP 2007: A- Úlceras que não podem ser classificadas; e B- suspeita de lesão tissular profunda.



Fonte: Goggle imagem. Disponível em <úlcera por pressão> acesso em maio de 2014.

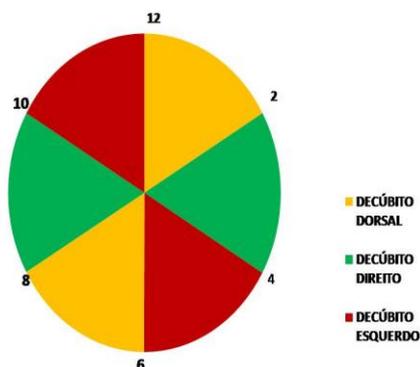
**CUIDADOS AO PACIENTE PORTADOR DE ÚLCERA POR PRESSÃO**

<b>ELABORAÇÃO:</b>	Enf <sup>as</sup> Estomaterapeutas: Luciana Seabra, Vânia Coutinho, Dayse C. Nascimento e Graciete S. Marques
<b>VALIDAÇÃO:</b>	Comissão de curativos/CCHUPE, COMPOPE
<b>REVISÃO:</b>	Enf <sup>as</sup> Estomaterapeutas: Dayse C. Nascimento, Graciete S. Marques e Fernanda Rodrigues.

5- Modelo de sinalizador de mudança de decúbito:

Fonte: CCHUPE- formatação de Marques, G.S. e Nascimento, D. C. julho/2014.

RELÓGIO SINALIZADOR DE MUDANÇA DE POSIÇÃO



6- Ilustrações de paciente com variações de decúbito e o uso de travesseiros ou almofadas.

Fonte: Google imagens. Disponível em <mudança de decúbito em pacientes acamados> junho 2014

