

Boletim de Serviço

Nº 106, 14 de agosto de 2017

**EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES - EBSERH
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS – UFGD**

Rua Ivo Alves da Rocha, 558

Altos do Indaiá | CEP: 79823-501 | Dourados-MS |

Telefone: (67) 3410-3000 | Site: huufgd.ebserh.gov.br

JOSÉ MENDONÇA BEZERRA FILHO

Ministro de Estado da Educação

KLEBER DE MELO MORAIS

Presidente da EBSERH

MARIANA TRINIDAD R. C. GARCIA CRODA

Superintendente

PAULO CÉSAR NUNES DA SILVA

Gerente Administrativo

JOSÉ FLÁVIO SETTE DE SOUZA

Gerente de Atenção à Saúde

RENATA MARONNA PRAÇA LONGHI

Gerente de Ensino e Pesquisa

SUMÁRIO

COLEGIADO EXECUTIVO	4
APROVAR	4
*RESOLUÇÃO Nº 49, DE 26 DE JULHO DE 2017	4
RESOLUÇÃO Nº 69, DE 10 DE AGOSTO DE 2017	25
RESOLUÇÃO Nº 70, DE 11 DE AGOSTO DE 2017	30
TRANSFERIR	30
RESOLUÇÃO Nº 68, DE 7 DE AGOSTO DE 2017	30
SUPERINTENDÊNCIA / DIREÇÃO GERAL.....	31
RECOMPOR	31
PORTARIA Nº 168, DE 8 DE AGOSTO DE 2017.....	31
PORTARIA Nº 170, DE 10 DE AGOSTO DE 2017	31
DESIGNAR	32
PORTARIA Nº 169, DE 8 DE AGOSTO DE 2017.....	32

COLEGIADO EXECUTIVO
APROVAR

***RESOLUÇÃO Nº 49, DE 26 DE JULHO DE 2017**

O COLEGIADO EXECUTIVO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS/EBSERH, no uso de suas atribuições legais e regimentais, artigo 6.º da lei 12550 de 15 de dezembro de 2011 e artigos 60, 61 e 62 do Regimento Interno da EBSERH, em reunião ordinária, realizada em 26/07/2017,

RESOLVE:

Aprovar o Procedimento Operacional Padrão (POP) – Assistencial, referente ao **PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO**, do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados – Filial da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH, parte integrante desta resolução.

Mariana Trinidad Ribeiro da Costa Garcia Croda

** Resolução republicada por conter erros na original. BS nº 104 de 31/07/2017.*

Procedimento Operacional Padrão (POP) – ASSISTENCIAL	POP Conjunto nº. 01 NSP/CCP
Protocolo de Prevenção de Lesão por Pressão	Versão: 1.0
Unidade organizacional: Núcleo de Segurança do Paciente e Comissão de Cuidados com a Pele.	
Categoria profissional: Equipe assistencial	
Linha de cuidado: Todas as linhas de cuidado	
Elaborado por: Jaqueline Aparecida dos Santos Sokem e Graciela Mendonça dos Santos Bet	Data de Criação: 15/02/2017

Revisado por: Priscila Tainan Camargo e Fernanda Guimarães Felix Lima	Data de Revisão: 17/07/2017
Aprovado por: Colegiado Executivo do HU-UFGD	Data de Aprovação: 26/07/2017
Responsável pelo POP: Ângela Mendonça de Souza	

OBJETIVO: Promover a prevenção da ocorrência de Lesão por Pressão (LP) e outras Lesões da pele.

SIGLAS E ABREVIATURAS: LP - Lesão por Pressão; DAI - Dermatite Associada à Incontinência; LPTP - Lesão por Pressão Tissular Profunda.

DEFINIÇÃO:

Lesão por Pressão (LP): Lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente, geralmente em região de uma proeminência óssea, decorrente da pressão não aliviada ou da combinação entre pressão e cisalhamento, causado pela fricção. Outros fatores estão associados ao surgimento da LP, mas seu papel ainda não foi completamente esclarecido (EPUAP; NPUAP; PPPIA, 2014).

Cisalhamento: é a deformação que sofre um corpo quando sujeito à ação de forças cortantes. O cisalhamento é causado pela interação da gravidade com a fricção. Geralmente ocorre quando a cabeceira do leito é elevada e o indivíduo desliza no leito. A gravidade puxa o corpo para baixo e a resistência do paciente sobre a superfície do leito ou cadeira através da força de fricção impede que o corpo desça (WOCN, 2003 apud BORGES; FERNANDES, 2014, p. 162).

1. Justificativa

Uma das consequências mais comuns, resultante de longa permanência em hospitais, é o aparecimento de alterações de pele. A incidência aumenta proporcionalmente à combinação de fatores de riscos, dentre eles, idade avançada e restrição ao leito (EPUAP; NPUAP; PPPIA, 2014).

A manutenção da integridade da pele dos pacientes restritos ao leito tem por base o conhecimento embasado em evidências científicas das medidas preventivas adequadas e a compreensão da etiologia e dos fatores de risco que levam à ocorrência da Lesão por Pressão, embora nem todas as lesões possam ser evitadas (CALIRI, 2014).

Diferentemente de boa parte das alterações de pele, a LP tem sido alvo de grande preocupação para os serviços de saúde, pois a sua ocorrência causa impacto tanto para os pacientes e seus familiares, quanto para o próprio sistema de saúde, com o prolongamento do período de internações, riscos de infecção e outros agravos evitáveis (BRASIL, 2013).

2. Abrangência (Âmbito, Ponto de Assistência e Local de Aplicação)

As recomendações para a prevenção devem ser aplicadas a todos os indivíduos vulneráveis em todos os grupos etários. As intervenções devem ser adotadas por todos os profissionais de saúde envolvidos no cuidado de pacientes e de pessoas vulneráveis, que estejam em risco de desenvolver Lesões por Pressão e que se encontrem em ambiente hospitalar, independentemente de seu diagnóstico ou das necessidades de cuidados de saúde.

3. Classificação da LP

O sistema de classificação das úlceras por pressão é utilizado para ajudar a descrever a extensão dos danos na pele e nos tecidos das Lesões por Pressão (EPUAP; NPUAP; PPIA, 2014).

Quando na avaliação forem identificadas Lesões por Pressão já existentes, deve-se classificá-las de acordo com o sistema de classificação para Lesões por Pressão adaptada transculturalmente para a língua portuguesa (NPUAP, 2016; SOBEST; SOBENDE, 2016):

3.1 Lesão por Pressão Estágio 1: Pele íntegra com eritema que não embranquece

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.

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

Perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme. O leito da ferida é viável, de coloração rosa ou vermelha, úmido e pode também apresentar-se 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, incluindo a Dermatite Associada à Incontinência (DAI), a dermatite intertriginosa, a lesão de pele associada a adesivos médicos ou as feridas traumáticas (lesões por fricção, queimaduras, abrasões).

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

Perda da pele em sua espessura total na qual a gordura é visível e, frequentemente, tecido de granulação e epibolia (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. Não há exposição de fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem e/ou osso. Quando o esfacelo ou escara prejudica a identificação da extensão da perda tissular, deve-se classificá-la como Lesão por Pressão Não Classificável.

3.4 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 pode estar visível. Epibolia (lesão com bordas enroladas), descolamento e/ou túneis ocorrem frequentemente. A profundidade varia conforme a localização anatômica. Quando o esfacelo

ou escara prejudica a identificação da extensão da perda tissular, deve-se classificá-la como Lesão por Pressão Não Classificável.

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

3.6 Lesão por Pressão Tissular Profunda: descoloração vermelho escura, marrom ou púrpura, persistente e que não embranquece

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 (LPTP) para descrever condições vasculares, traumáticas, neuropáticas ou dermatológicas.

3.7 Definições adicionais:

3.7.1 Lesão por Pressão Relacionada a Dispositivo Médico

Essa terminologia descreve a etiologia da lesão. 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 Lesão por Pressão.

3.7.2 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.

4. Intervenções

A maioria dos casos de LP pode ser evitada por meio da identificação dos pacientes em risco e da implantação de estratégias de prevenção para todos os pacientes em risco de desenvolvimento de LP (EPUAP; NPUAP; PPIA, 2014).

RESPONSÁVEL PELA PRESCRIÇÃO: Enfermeiros e médicos.

RESPONSÁVEL PELA EXECUÇÃO: Toda a equipe assistencial deve realizar procedimentos que evitem o surgimento de Lesões por Pressão.

INDICAÇÃO: Aplicadas a todos os indivíduos vulneráveis em todos os grupos etários.

CONTRAINDICAÇÃO: Situação clínica que contraindique a realização de procedimentos e intervenções que previnam Lesões por Pressão.

MATERIAIS E EQUIPAMENTOS: Coxins, produtos para cuidados com a pele e/ou banho e outros produtos que forem necessários para as intervenções preventivas.

PROCEDIMENTOS:

As **seis etapas essenciais** para prevenção de LP, conforme BRASIL (2013), são:

Etapa 1: avaliação da LP na admissão de todos os pacientes.

Etapa 2: reavaliação diária do risco de desenvolvimento de LP em todos os pacientes internados.

Etapa 3: inspeção diária da pele (ver protocolo de avaliação da pele).

Etapa 4: manejo da umidade; manutenção do paciente seco e com a pele hidratada.

Etapa 5: otimizar a nutrição e a hidratação.

Etapa 6: minimizar a pressão.

5.1 Etapa 1: Avaliação de Lesão por Pressão na admissão de todos os pacientes

A avaliação de admissão dos pacientes apresenta dois componentes - a avaliação do risco de desenvolvimento de LP através de uma ferramenta preditiva validada denominada Escala de Braden ou Escala de Braden Q, ambas disponíveis no *link*: <intranet.ebserh.gov.br/meu-hospital/hu-ufgd>, e a avaliação da pele. A avaliação da pele tem a finalidade de detectar a existência prévia de LP, verificar a integridade da pele e também a existência de outras lesões de pele já instaladas (BRASIL, 2013). Para saber mais sobre o componente de avaliação da pele, verifique o protocolo de avaliação da pele.

A Escala de Braden ou Escala de Braden Q é a ferramenta mais amplamente utilizada dentre as várias disponíveis e a padronizada em nosso nosocômio. Em casos de pacientes pediátricos, utilizamos a Escala de Braden Q (até 12 anos, 12 meses e 30 dias) (MAIA et al., 2011).

A pronta identificação de pacientes em risco para o desenvolvimento de LP, por meio da utilização da Escala de Braden ou Escala de Braden Q, permite a adoção imediata de medidas preventivas de modo individualizado para as necessidades do cliente (BRASIL, 2013).

5.2. Etapa 2: Reavaliação diária de risco de desenvolvimento de LP de todos os pacientes internados

A complexidade e a gravidade dos pacientes internados resultam na necessidade de reavaliação diária do potencial e do risco de desenvolvimento de LP. A reavaliação diária

permite aos profissionais de saúde ajustar sua estratégia de prevenção conforme as necessidades do paciente.

5.2.1. Procedimento Operacional da Avaliação e Reavaliação de Risco (Etapas 1 e 2)

Todo paciente deverá ser avaliado sistematicamente no período de 8 horas após a admissão (EPUAP; NPUAP; PPIA, 2014). Essa avaliação deve levar em consideração as fragilidades, vulnerabilidades e fatores de risco para o desenvolvimento de alterações de pele. Devem ser realizadas utilizando-se a Escala de Braden ou Escala de Braden Q (até 12 anos, 12 meses e 30 dias) (MAIA et al., 2011). A classificação do risco se dá de maneira inversamente proporcional à pontuação, ou seja, quanto maior o número de pontos, menor é a classificação de risco para a ocorrência dessa lesão (BRASIL, 2013).

As escalas preditivas são, entretanto, um parâmetro que deve ser utilizado em associação à avaliação clínica do Enfermeiro. Assim, independente do score alcançado na escala preditiva, a avaliação clínica deverá ser soberana perante o risco de desenvolver LP. Verificado o risco, um plano de cuidados específico para prevenção de alterações cutâneas, deverá ser implementado, de modo individualizado, atentando-se para as fragilidades do cliente (BRASIL, 2013).

De acordo com BRASIL (2013), a avaliação e prescrição de cuidados com a pele é uma atribuição do Enfermeiro responsável pelo setor e cabe à Equipe de Enfermagem posicionar adequadamente o cliente e realizar os cuidados com a pele prescritos. Todavia, a participação da equipe multiprofissional na prevenção das LPs é fundamental, visto que essa é uma lesão multifatorial, onde o aspecto nutricional e o uso de medicamentos, entre outros fatores influenciam para o seu desenvolvimento (BORGES; FERNANDES, 2014).

Poderão ser necessários ajustes nutricionais, intervenções para auxiliar a mobilização ou mobilidade dos pacientes, entre outras medidas (BRASIL, 2013).

ATENÇÃO: As etapas a seguir (etapas 3 a 6), deverão ser utilizadas em todos os pacientes com risco de desenvolver LP, baseado nas etapas anteriores (1 e 2).

5.3 Etapa 3: Inspeção (avaliação da pele) diária

Pacientes que apresentam risco de desenvolvimento de LP, de acordo com etapas 1 e 2, necessitam que a pele seja inspecionada diariamente, da cabeça aos pés. Estes pacientes podem apresentar deterioração da integridade da pele em questão de horas. Em virtude da rápida mudança de fatores de risco em pacientes críticos, a inspeção diária da pele é fundamental (BRASIL, 2013). Porém, é necessário que seja realizado conjuntamente uma palpação das áreas que possam estar com hiperemia ou edema, principalmente próximo às regiões de proeminências ósseas, desse modo, é necessário que seja realizada a avaliação da pele do cliente, que está descrita no protocolo de avaliação da pele (BORGES; FERNANDES, 2014).

Deve-se atentar também para a realização adequada de diagnóstico diferencial das lesões já existentes, visto que, para o diagnóstico adequado permite que o correto tratamento seja realizado (BORGES; FERNANDES, 2014). É necessária a documentação das avaliações e das alterações encontradas no prontuário do paciente (EPUAP; NPUAP; PPIA, 2014).

Observação: Pode ser necessário o aumento da frequência da avaliação de risco e avaliação da pele caso ocorra piora do estado clínico do cliente (EPUAP; NPUAP; PPIA, 2014).

5.4. Etapa 4: Manejo da Umidade: manutenção do paciente seco e com a pele hidratada

O equilíbrio de água e umidade na pele é fundamental para manter a integridade desse órgão. A exposição prolongada à umidade de qualquer tipo, seja água, urina ou fezes, pode funcionar como um irritante e levar ao surgimento de lesões (CHIMENTÃO; DOMANSKY, 2014). A pele úmida é mais vulnerável e mais propícia ao rompimento da epiderme. A pele deve ser limpa, sempre que apresentar sujidade e em intervalos regulares. O processo de limpeza deve incluir a utilização de um agente de limpeza suave que minimize a irritação e o ressecamento da pele (BRASIL, 2013).

Deve-se tomar cuidado para minimizar a exposição cutânea à umidade decorrente de incontinência, transpiração ou exsudato de feridas. Quando estas fontes de umidade não puderem ser controladas, a utilização de fraldas e absorventes é recomendada, com o objetivo

de minimizar o contato da pele com a umidade. Agentes tópicos que atuam como barreiras contra a umidade e hidratam a pele, como o Cavilon[®], devem ser utilizados quando a umidade for identificada como um fator de risco para o surgimento de LP no cliente. O tratamento da pele ressecada com hidratantes é efetivo para hidratação desta, bem como para a prevenção de LP (BRASIL, 2013).

5.4.1. Procedimento operacional das medidas preventivas para higiene, hidratação e manejo da umidade da pele (Etapa 4)

a) Higienização e hidratação da pele:

Limpe a pele sempre que estiver suja ou sempre que necessário. É recomendada a utilização de água morna e sabão com pH próximo ao da pele (levemente acidificado) para reduzir a irritação e o ressecamento da pele (EPUAP; NPUAP; PPPIA, 2014).

Use hidratantes na pele seca e em áreas ressecadas, principalmente após o banho, pelo menos 1 vez ao dia. A pele seca parece ser um fator de risco importante e independente no desenvolvimento de úlceras por pressão (BRASIL, 2013).

Ao hidratar a pele, não massagear áreas de proeminências ósseas ou áreas hiperemiadas. Aplicar o hidratante com movimentos suaves e circulares (EPUAP; NPUAP; PPPIA, 2014).

A massagem não deverá ser recomendada como uma estratégia de prevenção de lesões por pressão, pois, ao contrário, pode aumentar o risco de desenvolver uma LP (EPUAP; NPUAP; PPPIA, 2014).

Evitar água em temperatura muito elevada durante o banho e/ou higienização do cliente e evitar friccionar a pele (EPUAP; NPUAP; PPPIA, 2014).

Não esfregar a pele em risco de desenvolver LP (EPUAP; NPUAP; PPPIA, 2014).

Utilizar creme barreira para proteger as áreas com risco de exposição à umidade excessiva (EPUAP; NPUAP; PPPIA, 2014).

Limpar e secar suavemente as dobras de pele sem friccionar (BLACK et al., 2011 apud CHIMENTÃO; DOMANSKY, 2014, p. 124).

b) Manejo da umidade:

Proteger a pele da exposição à umidade excessiva através do uso de creme barreira protetor, de forma a reduzir o risco de lesão por pressão, através da redução da umidade (EPUAP; NPUAP; PPPIA, 2014).

Controlar a umidade através da determinação da causa, que pode ser proveniente de feridas, estomas, fezes, urina, entre outros (EPUAP; NPUAP; PPPIA, 2014).

Considerar o uso de uma compressa ou outro tecido absorvente dentro das dobras de pele para absorção do excesso de umidade (BLACK et al., 2011 apud CHIMENTÃO; DOMANSKY, 2014, p. 124).

Usar fraldas absorventes para manter a pele livre da umidade (DOUGHTY et al., 2012 apud CHIMENTÃO; DOMANSKY, 2014, p. 117).

Quando possível, oferecer uma comadre ou papagaio nos horários de mudança de decúbito (EPUAP; NPUAP; PPPIA, 2014).

Manter os lençóis sempre esticados e secos (EPUAP; NPUAP; PPPIA, 2014).

Observação: Além da incontinência urinária e fecal, a Equipe de Enfermagem deve ter atenção à outras fontes de umidade, como extravasamento de débito de drenos sobre a pele, exsudato de feridas, suor, extravasamento de linfa em pacientes com anasarca e até resíduos alimentares que são potencialmente irritantes para a pele (BRASIL, 2013).

5.5 Etapa 5: Otimização da nutrição e da hidratação

A avaliação de pacientes com possível risco de desenvolvimento de LP deve incluir a revisão de fatores nutricionais e de hidratação. Pacientes com déficit nutricional ou desidratação podem ter perda de massa muscular e peso, tornando os ossos salientes e podendo prejudicar a deambulação dos pacientes. No geral, a desnutrição e os desequilíbrios no estado hídrico acarretam em edema e diminuição do fluxo sanguíneo cutâneo que podem resultar em áreas isquêmicas que contribuem para o surgimento das lesões de pele. Pacientes com déficit nutricional apresentam um risco duas vezes maior de desenvolver lesões na pele. Líquidos, proteínas e ingestão calórica e proteica adequada são importantes aspectos para a

manutenção de um estado nutricional adequado. Suplementos nutricionais podem ser necessários caso a ingesta não seja suficiente (BRASIL, 2013). É preconizado que todos os pacientes em risco de desenvolver LP ou em risco nutricional, sejam avaliados e acompanhados por nutricionistas a fim de avaliar e propor intervenções mais apropriadas (EPUAP; NPUAP; PPPIA, 2014).

É recomendado que ocorra um rastreamento do estado nutricional de cada indivíduo em risco de desenvolver LP ou com lesões por pressão já existentes. Esse rastreamento deve ocorrer na admissão hospitalar, na alteração do estado clínico e/ou na vigência de sinais clínicos de atraso no processo de cicatrização (EPUAP; NPUAP; PPPIA, 2014).

5.5.1. Procedimento operacional para Nutrição (Etapa 5)

- a) Usar uma ferramenta de triagem nutricional válida e confiável para determinar o risco nutricional (EPUAP; NPUAP; PPPIA, 2015).
- b) Notificar todos os indivíduos em risco nutricional ou em risco para Lesão por Pressão ao nutricionista, a fim de instituir as medidas nutricionais apropriadas (avaliar a necessidade calórica, vitamínica, minerais e demais nutrientes) (EPUAP; NPUAP; PPPIA, 2014).
- c) O nutricionista deverá avaliar a necessidade de prescrever as medidas específicas nutricionais para a prevenção de LP (BRASIL, 2013).
- d) Desenvolver um plano individualizado de cuidados nutricionais para indivíduos com ou em risco de LP (EPUAP; NPUAP; PPPIA, 2015).
- e) Avaliar e comunicar ao nutricionista e à equipe médica sobre a vigência de sinais clínicos de desnutrição ou que podem predispor alterações no estado nutricional: edema, perda de peso, disfagia, inapetência, desidratação, entre outros (BRASIL, 2013).
- f) Oferecer suplementos nutricionais, com alto teor proteico e calórico, além da dieta habitual, para indivíduos em risco nutricional e risco de desenvolver LP (BRASIL, 2013).
- g) Fornecer 30 a 35 calorias/kg de peso corporal para adultos com LP ou com risco para desenvolver LP que estejam desnutridos ou com risco de desnutrição (EPUAP; NPUAP; PPPIA, 2015).

- h) Revisar e propor modificações/liberações de restrições alimentares à equipe médica, quando as limitações resultam na diminuição da ingestão de alimentos e líquidos (EPUAP; NPUAP; PPPIA, 2015).
- i) Considerar suporte nutricional enteral e parenteral sempre que a ingestão oral for insuficiente (EPUAP; NPUAP; PPPIA, 2014).
- j) Oferecer 1,25-1,5 g de proteína/kg de peso corporal diariamente para adultos com LP ou com risco para desenvolver LP (EPUAP; NPUAP; PPPIA, 2015). Em situações de grande catabolismo pode-se avaliar uma oferta maior que 1,5g/kg/dia podendo chegar a 2,0g/Kg/dia em casos de doenças graves e múltiplas LP (SBNEP; ABN; SBCM, 2011).
- l) Oferecer aporte maior de micronutrientes antioxidantes e de imunomoduladores (SBNEP; ABN; SBCM, 2011).
- m) Recomendar o uso de suplementação contendo arginina e níveis maiores de micronutrientes em portadores de LP Estágios 3 e 4 (EPUAP; NPUAP; PPPIA, 2015).
- n) Promover uma ingestão diária adequada de líquidos para favorecer a hidratação de indivíduos avaliados com risco de desenvolver Lesão por Pressão ou com lesões já existentes. Esse procedimento deve ser compatível com as outras patologias e os objetivos do cuidado do indivíduo (EPUAP; NPUAP; PPPIA, 2014).
- o) Vigiar eventuais sinais e sintomas clínicos de desidratação, incluindo a alteração de peso, o turgor da pele, baixa quantidade de urina e níveis de sódio séricos elevados (EPUAP; NPUAP; PPPIA, 2014).
- p) Providenciar aumento na ingestão de líquidos para indivíduos desidratados, com temperaturas elevadas, êmese, sudorese intensa, diarreias ou feridas altamente exsudativas (EPUAP; NPUAP; PPPIA, 2014).
- q) Incentivar os indivíduos com risco de desenvolver LP a consumir uma dieta adequada sempre que for possível (EPUAP; NPUAP; PPPIA, 2014).

5.6. Etapa 6: Minimizar a Pressão

A redistribuição da pressão muitas vezes conhecida também como mudança de decúbito, é um componente extremamente importante para prevenção de LP (BORGES; FERNANDES,

2014). Pacientes com mobilidade e atividade física limitada apresentam risco maior de desenvolvimento de LP. Deve-se realizar o reposicionamento de todos os pacientes em risco de desenvolver LP a cada duas horas. Caso o reposicionamento não seja indicado, devido a alguma restrição clínica, o alívio da pressão, através da utilização de superfícies de redistribuição da pressão (coxins) deve ser realizado (BRASIL, 2013).

O reposicionamento de pacientes de risco alterna ou alivia a pressão sobre áreas suscetíveis, reduzindo o risco de desenvolvimento de Lesão por Pressão. Travesseiros e coxins podem ser utilizados para tal fim. A pele de pacientes com risco para LP pode romper-se facilmente durante o reposicionamento, portanto, deve-se tomar cuidado ao reposicionar o paciente para evitar lesões por fricção (BRASIL, 2013).

Pacientes cirúrgicos submetidos às cirurgias prolongadas e à anestesia por período prolongado geralmente apresentam risco maior de desenvolver LP, dessa maneira, todos estes pacientes (no momento pré, intra e pós-operatório) devem receber avaliação da pele e estratificação de risco para LP (BRASIL, 2013).

Os profissionais de saúde devem implantar estratégias de prevenção, como garantir o reposicionamento adequado do paciente com o uso de superfícies de redistribuição de pressão, para todos aqueles com risco identificado através de ferramenta preditiva e também através da avaliação clínica (BRASIL, 2013).

5.6.1. Procedimento Operacional para Minimizar a Pressão (Etapa 6)

a) Mudança de decúbito ou reposicionamento:

- i.** A mudança de decúbito é indicada para reduzir a duração e a magnitude da pressão exercida sobre as áreas vulneráveis do corpo (EPUAP; NPUAP; PPPIA, 2014).
- ii.** A frequência de reposicionamento será influenciada por variáveis relacionadas ao indivíduo (tolerância tecidual, nível de atividade e mobilidade, condição clínica global, condição individual da pele, dor e pelas superfícies de redistribuição de pressão em uso) contudo, não se deve exceder a 2 horas e pode ocorrer antes, caso o indivíduo apresente regiões de proeminências ósseas com hiperemia ao implementar a frequência de duas horas (EPUAP; NPUAP; PPPIA, 2014).

- iii.** Avaliar a pele e o conforto individuais. Se o indivíduo não responde ao regime de posicionamentos estipulado conforme o esperado, reconsiderar a frequência, o método e as superfícies de apoio utilizadas para os reposicionamentos (EPUAP; NPUAP; PPIA, 2014).
- iv.** A mudança de decúbito mantém o conforto, a dignidade e a qualidade de vida dos pacientes (EPUAP; NPUAP; PPIA, 2014).
- v.** Reposicionar o paciente de maneira que a pressão seja aliviada. Evitar expor a pele à pressão ou forças de fricção e cisalhamento. Atentar para não posicionar o cliente sobre lençóis dobrados, assim como não posicionar o paciente diretamente sobre sondas, drenos e sobre proeminências ósseas com eritema não branqueável. O rubor indica que o organismo ainda não se recuperou da carga de pressão anterior (EPUAP; NPUAP; PPIA, 2014).
- vi.** O reposicionamento deve ser feito usando uma inclinação de 30º na cabeceira do leito, seja para decúbito dorsal ou lateral (utilizando a sequência a seguir: lado direito, decúbito dorsal e lado esquerdo), se a condição clínica permitir. Evite posturas que aumentem a pressão, tais como a cabeceira do leito elevada acima dos 30º, a posição de decúbito lateral a 90º, ou a posição de semi-deitado, pois aumenta a força de cisalhamento (EPUAP; NPUAP; PPIA, 2014).
- vii.** Se o paciente estiver sentado na cama, evitar elevar a cabeceira em ângulo superior a 30º, evitando o aumento da pressão na região sacrococcígea (EPUAP; NPUAP; PPIA, 2014).
- viii.** Sempre solicitar auxílio para reposicionar o paciente, evitando assim provocar lesões por fricção no cliente. Utilizar forro móvel para realizar os reposicionamentos (EPUAP; NPUAP; PPIA, 2014).
- ix.** Quando sentado, se os pés do cliente não conseguem alcançar o chão, posicione os pés sobre um apoio para os pés, para impedir que o paciente deslize na cadeira, evitando assim o cisalhamento. A altura do apoio para os pés permite que a bacia esteja ligeiramente fletida para frente, com as coxas inclinadas de modo ligeiramente inferior à posição horizontal (EPUAP; NPUAP; PPIA, 2014).
- x.** Restringir o tempo em que o indivíduo passa sentado na cadeira caso tenha perda da mobilidade e atividade sem alívio da pressão. Quando um indivíduo está sentado numa cadeira, o peso do corpo nas tuberosidades isquiáticas aumenta a pressão de tal modo que a

pressão nos capilares se eleva muito acima dos limites suportáveis aos capilares sanguíneos, ocasionando fechamento dos capilares e consequente isquemia local (EPUAP; NPUAP; PPPIA, 2014).

xi. Quando o indivíduo já possui lesão existente e também possui perda da mobilidade e atividade, restringir o tempo em que o mesmo permanece sentado. Posicionar o cliente nessas condições sentado por no máximo 1 hora, três vezes ao dia, ou seja, 1 hora por período (EPUAP; NPUAP; PPPIA, 2014).

xii. Não posicionar um indivíduo diretamente sobre uma Lesão por Pressão, exceto quando não for possível o alívio dessa região (EPUAP; NPUAP; PPPIA, 2014).

xiii. Considerar períodos de repouso no leito para promover a cicatrização das lesões na região sacral e isquiática (EPUAP; NPUAP; PPPIA, 2014).

xiv. Evitar sentar um indivíduo com uma úlcera em região isquiática totalmente ereto (EPUAP; NPUAP; PPPIA, 2014).

xv. Não utilizar almofadas ou dispositivos com orifício no meio, em formato de anel ou argola (EPUAP; NPUAP; PPPIA, 2014).

xvi. Não utilizar os seguintes dispositivos para aliviar a pressão: sacos de fluidos intravenosos ou luvas cheias de água, pois, aumentam a pressão local ao invés de aliviar (EPUAP; NPUAP; PPPIA, 2014).

xvii. Não posicionar o indivíduo sobre uma LP tissular profunda (EPUAP; NPUAP; PPPIA, 2014).

xviii. Ao posicionar o cliente em decúbito lateral, tomar o cuidado de não colocar os maléolos laterais apoiados no coxim, deixando essas proeminências livres (EPUAP; NPUAP; PPPIA, 2014).

xix. Quando posicionar o cliente em decúbito dorsal, colocar um coxim na região das panturrilhas, deixando os calcâneos livres (flutuantes) e os joelhos em ligeira flexão (a hiperextensão do joelho pode causar obstrução da veia poplítea e predispor a uma trombose venosa profunda - TVP). Colocar ainda um coxim na planta do pé, deixando o calcâneo livre para evitar a ocorrência de pé equino. Atentar-se também para não colocar o peso corporal sobre o Tendão de Aquiles (EPUAP; NPUAP; PPPIA, 2014).

b) Medidas preventivas para fricção e cisalhamento:

- i. Elevar a cabeceira da cama até no máximo 30º e evitar pressão direta nos trocânteres quando posicionado em decúbito lateral (EPUAP; NPUAP; PPPIA, 2014).
- ii. A equipe de enfermagem deve usar forro móvel ou dispositivo mecânico de elevação para mover pacientes acamados durante a transferência e as mudanças de decúbito. Utilizar de modo cuidadoso para evitar risco de fricção ou de cisalhamento. Deve-se verificar se nenhum objeto foi esquecido abaixo do corpo do paciente que poderia ocasionar aumento da pressão local e favorecer o surgimento de LP (EPUAP; NPUAP; PPPIA, 2014).
- iii. Utilizar dispositivos que auxiliem o paciente a movimentar-se no leito e a lembrar-se dos horários estabelecidos para os reposicionamentos, quando necessário (EPUAP; NPUAP; PPPIA, 2014).
- iv. Utilizar filme transparente semipermeável não estéril nas regiões de proeminências ósseas para evitar o desenvolvimento de Lesão por Pressão ou de Lesão por Fricção (EPUAP; NPUAP; PPPIA, 2014).
- v. Verificar a existência de lesão por cisalhamento na lesão por pressão já existente e na pele ao redor da lesão nas trocas de curativo. A lesão por cisalhamento pode ter as seguintes características: deterioração das bordas da lesão, presença de cavitação na lesão e/ou aumento da inflamação na lesão ou na pele ao redor desta (EPUAP; NPUAP; PPPIA, 2014).

Observação: as recomendações para prevenção de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV) em pacientes em uso desta e traqueostomizados, orientam a manutenção da cabeceira elevada entre 30 a 45º, porém, alguns estudos sugerem que há indícios de incidência menor de PAV com a cabeceira em 45º, dessa forma, pesar os benefícios para o cliente para a tomada de decisão (SILVA; NASCIMENTO; SALLES, 2012).

c) Materiais e equipamentos para redistribuição de pressão:

- i. Uso de colchões e camas na prevenção de LP.

Utilizar colchões de espuma altamente específica (espuma viscoelástica) ao invés de colchões hospitalares padrão, em todos os indivíduos com risco de desenvolver LP (EPUAP; NPUAP; PPPIA, 2014).

A seleção de uma superfície de apoio adequada deve levar em consideração alguns fatores como: o nível de mobilidade na cama, o conforto, o controle do microclima, assim como as circunstâncias da prestação de cuidados. Todos os pacientes classificados como “em risco” deverão estar posicionados em uma superfície de redistribuição de pressão (EPUAP; NPUAP; PPPIA, 2014).

Não utilizar colchões de ar ou sobreposições de colchões de ar de células pequenas de alternância de pressão ou com o diâmetro inferior a 10 cm (EPUAP; NPUAP; PPPIA, 2014).

Sobreposições ativas de alternância de pressão, assim como colchões de redistribuição de pressão têm uma eficácia semelhante em relação a incidência de Lesões por Pressão (EPUAP; NPUAP; PPPIA, 2014).

ii. Uso de superfície de apoio para prevenir Lesões por Pressão na posição sentada.

Utilizar um assento para a redistribuição da pressão em clientes com mobilidade reduzida e que apresentam risco de desenvolvimento de Lesões por Pressão quando estiverem sentados na cadeira. O assento deve ser feito com espuma altamente específica (espuma viscoelástica). Não utilizar almofada com orifício no meio (em formato de anel ou donuts) (EPUAP; NPUAP; PPPIA, 2014).

iii. Cuidados para a prevenção de Lesões por Pressão por dispositivos médicos.

Considerar todos os pacientes em uso de dispositivos médicos como estando em risco de desenvolver Lesões por Pressão (EPUAP; NPUAP; PPPIA, 2014).

Atentar-se para fixar cuidadosamente os dispositivos para mantê-los no local adequado, evitando tracionamento dos dispositivos que poderiam levar ao surgimento de Lesões por Pressão por dispositivos médicos e/ou LP em membranas mucosas (EPUAP; NPUAP; PPPIA, 2014).

Garantir que os dispositivos médicos estejam corretamente dimensionados e ajustados para evitar uma pressão local excessiva.

Utilizar um produto na pele sob o dispositivo para facilitar sua fixação e impedir seu tracionamento, não lesionando a pele ao redor, como o filme transparente semipermeável ou a placa de hidrocolóide (EPUAP; NPUAP; PPPIA, 2014).

Quando for utilizar um produto na pele sob o dispositivo, em regiões onde há umidade constante devido ao dispositivo, adotar uma cobertura que seja capaz de absorver a umidade de modo adequado, como a Espuma de Poliuretano ou a Placa de Hidrocolóide (EPUAP; NPUAP; PPPIA, 2014).

Inspeccionar a pele sob e ao redor dos dispositivos médicos, no mínimo duas vezes por dia, para identificar sinais de Lesões por Pressão no tecido ao redor do dispositivo (EPUAP; NPUAP; PPPIA, 2014).

Realizar avaliações da pele com maior frequência (acima de duas vezes ao dia) na pele sob o dispositivo, quando utilizados em indivíduos vulneráveis, com desequilíbrio hidroeletrolítico e/ou indivíduos com sinais de edema localizado ou generalizado (EPUAP; NPUAP; PPPIA, 2014).

Classificar as Lesões por Pressão relacionadas com dispositivos médicos utilizando o Sistema de Classificação Internacional da EPUAP/NPUAP/PPPIA, com exceção para as Lesões por Pressão em membranas mucosas (EPUAP; NPUAP; PPPIA, 2014).

Assim que for possível, remover os dispositivos médicos tendo em vista que estes são potenciais causadores de pressão local e alguns também podem ser fornecedores de umidade (EPUAP; NPUAP; PPPIA, 2014).

Manter a pele limpa e seca ao redor dos dispositivos médicos (EPUAP; NPUAP; PPPIA, 2014).

Não posicionar o indivíduo diretamente em cima de um dispositivo médico a menos que tal ação não possa ser evitada (EPUAP; NPUAP; PPPIA, 2014).

Reposicionar os dispositivos médicos (mudar o local de inserção) sempre que possível (EPUAP; NPUAP; PPPIA, 2014).

5.7. Medidas preventivas para a Lesão por Pressão conforme a classificação de risco

Os fatores de risco identificados na fase de avaliação fornecem informações para o desenvolvimento do plano de cuidados. Adotar as medidas preventivas de cuidado individualmente para o paciente, de acordo com as necessidades encontradas na avaliação da pele e na estratificação do risco através da Escala de Braden ou Escala de Braden Q.

Para pacientes em risco, seja pela avaliação clínica ou pelo score na Escala de Braden ou Escala de Braden Q, adotar todas as medidas preventivas descritas neste protocolo anteriormente, independente do seu risco ser baixo, moderado, alto ou muito alto, com vistas a reduzir drasticamente as falhas na implementação das medidas preventivas em nossa instituição.

6. Estratégias de monitoramento e indicadores

Conforme BRASIL (2013), sugerem-se que as instituições adotem 3 indicadores de processo (6.1 a 6.3) e um indicador de resultado (6.4) para a prevenção da LP:

6.1. Percentual (%) de pacientes submetidos a avaliação de risco para LP na admissão.

6.2. Percentual (%) de pacientes de risco recebendo cuidado preventivo apropriado para LP.

6.3. Percentual (%) de pacientes recebendo avaliação diária para risco de LP.

6.4. Incidência de LP.

RESULTADOS ESPERADOS: Realização dos procedimentos sem intercorrências; manutenção da saúde do cliente e redução de complicações potenciais ao cliente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTOMATERAPIA (SOBEST); ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM EM DERMATOLOGIA (SOBENDE). CALIRI, M. H. L.; SANTOS, V. L. C. G.; MANDELBAUM, M. H. S.; COSTA, I. G. **Adaptação cultural, tradução e validação para a língua portuguesa do documento do NPUAP: NPUAP anuncia mudança na terminologia de úlcera por pressão para lesão por pressão e atualização da nomenclatura dos estágios do sistema**

de classificação. Disponível em: <http://sobest.org.br/textod/35>>. Acesso em: 17 jan. 2017.

BORGES, E. L.; FERNANDES, F. P. Prevenção de úlcera por pressão. In: DOMANSKY, R. C.; BORGES, E. L. **Manual para prevenção de lesões de pele. Recomendações baseadas em evidências.** 2ª Edição. Rio de Janeiro: Rubio, 2014, p. 151-218.

BRASIL. Ministério da Saúde. Anvisa. Fiocruz. **Anexo 02: Protocolo para prevenção de úlcera por pressão.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/ulcera-por-pressao>>. Acesso em: 06 fev. 2017.

CALIRI, M. H. L. Ações recomendadas para diminuição do risco para úlcera em pacientes restritos ao leito ou cadeira. In: In: BLANES, L.; FERREIRA, L. M. **Prevenção e tratamento de úlcera por pressão.** São Paulo: Editora Atheneu, 2014, p. 133-139.

CHIMENTÃO, D. M. N.; DOMANSKY, R. C. Prevenção de lesões de pele associadas à umidade. In: DOMANSKY, R. C.; BORGES, E. L. **Manual para prevenção de lesões de pele. Recomendações baseadas em evidências.** 2ª Edição. Rio de Janeiro: Rubio, 2014, p. 93-150.

EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (EPUAP); NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (NPUAP); PAN PACIFIC PRESSURE INJURY ALLIANCE (PPPIA). **Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide.** Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Australia, 2014.

EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (EPUAP); NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (NPUAP); PAN PACIFIC PRESSURE INJURY ALLIANCE (PPPIA). **The Role of Nutrition for Pressure Ulcer Management.** Mary Ellen Posthauer (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Australia, 2015.

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. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 406-414, set. 2011.

SILVA, S. G.; NASCIMENTO, E. R. P.; SALLES, R. K. Bundle de prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica: uma construção coletiva. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 4, p. 837-844, Out./Dez. 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO PARENTERAL E ENTERAL (SBNEP); ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NUTROLOGIA (ABN); SOCIEDADE BRASILEIRA DE CLÍNICA MÉDICA (SBCM). **Projeto Diretrizes: terapia nutricional para portadores de úlcera por pressão**. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina (Ed.). Brasil, 2011.

RESOLUÇÃO Nº 69, DE 10 DE AGOSTO DE 2017

O COLEGIADO EXECUTIVO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS/EBSERH, no uso de suas atribuições legais e regimentais, artigo 6.º da lei 12550 de 15 de dezembro de 2011 e artigos 60, 61 e 62 do Regimento Interno da EBSERH, em reunião ordinária, realizada em 26/07/2017,

RESOLVE:

Aprovar a utilização das ESCALAS DE BRADEN ADULTO E BRADEN Q PEDIÁTRICA para avaliar o risco de desenvolvimento de lesão por pressão, no Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados – Filial da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH, parte integrante desta resolução.

Mariana Trinidad Ribeiro da Costa Garcia Croda

ESCALA DE BRADEN – ADULTOS - Adaptada e validada para língua portuguesa por PARANHOS; SANTOS, 1999.				
PERFUSÃO TISSULAR: Capacidade de reagir significativamente à pressão relacionada ao desconforto	1 - TOTALMENTE LIMITADO: Não reage (não geme, não se segura a nada, não se esquivava) a estímulo doloroso, devido ao nível de consciência diminuído ou devido à sedação ou capacidade limitada de sentir dor na maior parte do corpo.	2 - MUITO LIMITADO: Somente reage a estímulo doloroso. 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 de metade do corpo.	3 - LEVEMENTE LIMITADO: Responde a comando verbal, mas nem sempre é capaz de comunicar o desconforto ou expressar necessidade de ser mudado de posição ou tem 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 a pele é exposta a umidade	1- COMPLETAMENTE MOLHADA: A pele é mantida molhada quase constantemente por transpiração, urina etc. Umidade é detectada às movimentações do paciente.	2 - MUITO MOLHADA: A pele está frequentemente, mas nem sempre, molhada. A roupa de cama deve ser trocada pelo menos uma vez por turno.	3 - OCASIONALMENTE MOLHADA: A pele fica ocasionalmente molhada requerendo uma troca extra de roupa de cama por dia.	4 - RARAMENTE MOLHADA: A pele geralmente está seca, a troca de roupa de cama é necessária somente nos intervalos de rotina.
ATIVIDADE: Grau de atividade física	1- ACAMADO: Confinado a cama.	2 - CONFINADO À CADEIRA: Capacidade de andar está severamente limitada ou nula. Não é capaz de sustentar o próprio peso e/ou precisa ser ajudado a se sentar	3 - ANDA OCASIONALMENTE: Anda ocasionalmente durante o dia, embora distâncias muito curtas, com ou sem ajuda. Passa a maior parte de cada turno na cama ou na cadeira.	4 - ANDA FREQUENTEMENTE: Anda fora do quarto pelo menos 2 vezes por dia e dentro do quarto pelo menos uma vez a cada 2 horas durante as horas em que está acordado.
MOBILIDADE: Capacidade de mudar e controlar a posição do corpo	1 - TOTALMENTE IMÓVEL: Não faz nem mesmo pequenas mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda.	2 - BASTANTE LIMITADO: Faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou extremidades, mas é incapaz de fazer mudanças frequentes	3 - LEVEMENTE LIMITADO: Faz frequente, embora pequenas, mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda	4. NÃO APRESENTA LIMITAÇÕES: Faz importantes e frequentes mudanças sem auxílio.

		ou significantes sozinho.		
NUTRIÇÃO: Padrão usual de consumo alimentar	1 - MUITO POBRE: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 do alimento oferecido. Come 2 porções ou menos de proteína (carne ou laticínios) por dia. Ingere pouco líquido. Não aceita suplemento alimentar líquido. Ou é mantido em jejum e/ou mantido com dieta líquida ou IV por mais de cinco dias.	2 - PROVAVELMENTE INADEQUADO: Raramente come uma refeição completa e geralmente come cerca de metade do alimento oferecido. Ingestão de proteína inclui somente 3 porções de carne ou laticínios por dia. Ocasionalmente aceitará um suplemento alimentar, ou recebe abaixo da quantidade satisfatória de dieta líquida ou alimentação por sonda.	3 - ADEQUADO: Come mais de metade da maioria das refeições. Come um total de 4 porções de alimento rico em proteína (carne ou laticínio) todo dia. Ocasionalmente recusará uma refeição, mas geralmente aceitará um complemento oferecido, ou é alimentado por sonda ou regime de nutrição Parenteral Total o qual provavelmente satisfaz a maior parte das necessidades nutricionais.	4 - EXCELENTE: Come a maior parte de cada refeição. Nunca recusa uma refeição. Geralmente ingere um total de 4 ou mais porções de carne e laticínios. Ocasionalmente come entre as refeições. Não requer suplemento alimentar.
FRICÇÃO E CISALHAMENTO	1 - PROBLEMA: Requer assistência moderada a máxima para se mover. É impossível levantá-lo ou erguê-lo completamente sem que haja atrito da pele como lençol. Frequentemente escorrega na cama ou cadeira, necessitando frequentes ajustes de posição com máximo de assistência. Espasticidade, contratura ou agitação leva a quase constante fricção.	2 - PROBLEMA EM POTENCIAL: Move-se, mas, sem vigor ou requer mínima assistência. Durante o movimento provavelmente ocorre certo atrito da pele com o lençol, cadeira ou outros. Na maior parte do tempo mantém posição relativamente boa na cama ou cadeira, mas ocasionalmente escorrega.	3 - NENHUM PROBLEMA: Move-se sozinho na cama ou cadeira e tem força muscular suficiente para erguer-se completamente durante o movimento. Sempre mantém boa posição na cama ou na cadeira.	
Score máximo: 23 pontos; Score de Risco para LP: 18 pontos ou menos; > de 19 pontos = sem risco				PONTUAÇÃO TOTAL

ESCALA DE BRADEN Q PEDIÁTRICA Adaptada e validada para língua portuguesa por MAIA et al., 2011.				
MOBILIDADE: Capacidade de mudar e controlar a posição do corpo	1 – Completamente imóvel: Não faz mudanças, nem pequenas, na posição do corpo ou das extremidades, sem ajuda.	2 – Muito limitado: Faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou das extremidades, mas é incapaz de fazer mudanças completamente sozinho.	3 – Levemente limitado: Faz mudanças frequentes, embora pequenas, na posição do corpo ou das extremidades, sem ajuda.	4 – Nenhuma limitação: Faz mudanças importantes e frequentes na posição do corpo, sem ajuda.
ATIVIDADE: Grau de atividade física	1 – Acamado: permanece no leito o tempo todo.	2 – 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.	3 – Deambula ocasionalmente: Deambula ocasionalmente durante o dia, porém, por distâncias bem curtas, com ou sem ajuda. Passa a maior parte do turno no leito ou na cadeira.	4 – Todas as crianças que são jovens demais para deambular ou deambulam frequentemente: Deambula fora do quarto pelo menos duas vezes por dia e dentro do quarto pelo uma vez a cada duas horas, durante as horas em que está acordado.
PERCEPÇÃO SENSORIAL: Capacidade de reagir significativamente à pressão relacionada ao desconforto	1 – Completamente 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 corporal.	2 – Muito limitado: 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.	3 – Levemente limitado: 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.	4 – Nenhuma alteração: Responde aos comandos verbais. Não apresenta déficit sensorial que limite a capacidade de sentir ou comunicar dor ou desconforto.
Umidade: Grau de exposição da pele à umidade.	1. 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.	2. Frequentemente úmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre úmida. A roupa de cama precisa ser trocada pelo menos a cada oito horas.	3. Ocasionalmente úmida: A pele está ocasionalmente úmida, necessitando de troca de roupa de cama a cada 12 horas.	4. Raramente úmida: A pele geralmente está seca, as trocas de fralda são feitas de rotina e as roupas de cama necessitam ser trocadas apenas a cada 24 horas.
Fricção e Cisalhamento	1. Problema importante: a	2. Problema: necessita de ajuda moderada a	3. Problema potencial: movimenta-se com	4. Nenhum problema: capaz de levantar-se

	espasticidade, a contratura, o prurido ou a agitação levam a criança a debater-se no leito e há fricção quase constante.	máxima para se mover. É impossível se levantar completamente sem deslizar sobre os lençóis do leito ou cadeira, necessitando de reposicionamento frequente com o máximo de assistência.	dificuldade ou necessita de mínima assistência. Durante o movimento, provavelmente ocorre atrito entre a pele e os lençóis, cadeira, coxins e outros dispositivos. A maior parte do tempo está bem posicionado no leito, mas ocasionalmente escorrega	completamente durante uma mudança de posição. Movimenta-se sozinho na 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.
Nutrição: padrão habitual de consumo alimentar	1. 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 suplemento dietético líquido.	2. Inadequada: dieta líquida por sonda ou NPP que fornece calorias e minerais suficientes 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 3 porções de carne ou derivados do leite por dia. Ocasionalmente ingere suplemento dietético.	3. 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 por dia. Ocasionalmente recusa uma refeição, mas geralmente toma suplemento dietético, se oferecido.	4. 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 do leite. Ocasionalmente, come entre as refeições. Não necessita de suplementação.
Perfusão tissular e oxigenação	1. Extremamente comprometida: hipotenso (PAM <50 mmHg; <40mmHg em RNs) ou o paciente não tolera as mudanças de posição.	2. Comprometida: normotenso. Apresenta saturação de O ₂ <95% ou a hemoglobina <10 mg/dl ou o tempo de enchimento capilar > 2 segundos. O pH sérico <7,40.	3. Adequada: normotenso. Apresenta saturação de O ₂ <95% ou a hemoglobina <10 mg/dl ou o tempo de enchimento capilar >2 segundos. O pH sérico é normal.	4. Excelente: normotenso. Apresenta saturação de O ₂ >95%, a hemoglobina normal e o tempo de enchimento capilar < 2 segundos.
Escore máximo: 28 pontos; Escore de Risco para LP: 25 pontos ou menor; > de 26 pontos = sem risco				PONTUAÇÃO TOTAL

Disponíveis no link: <http://intranet.ebserh.gov.br/meu-hospital/hu-ufgd>

RESOLUÇÃO Nº 70, DE 11 DE AGOSTO DE 2017

A PRESIDENTE DO COLEGIADO EXECUTIVO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS/EBSERH, no uso de suas atribuições legais e regimentais, artigo 6.º da lei 12550 de 15 de dezembro de 2011 e artigos 60, 61 e 62 do Regimento Interno da EBSERH, resolve *ad referendum*:

Aprovar a alteração do Plano Plurianual de Capacitação Técnico-Administrativo 2014-2017 do Hospital Universitário HU-UFGD/EBSERH, da servidora **MICHELI GUARDIANO TORRES FONTES**, cargo Farmacêutica, matrícula SIAPE nº 1801849, para cursar Doutorado em Ciências da Saúde, na Universidade Federal da Grande Dourados – UFGD, com 12 meses de afastamento integral e 30 meses de afastamento parcial.

Mariana Trinidad Ribeiro da Costa Garcia Croda

TRANSFERIR

RESOLUÇÃO Nº 68, DE 7 DE AGOSTO DE 2017

A PRESIDENTE DO COLEGIADO EXECUTIVO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS/EBSERH, no uso de suas atribuições legais e regimentais, artigo 6.º da lei 12550 de 15 de dezembro de 2011 e artigos 60, 61 e 62 do Regimento Interno da EBSERH, resolve *ad referendum*:

Transferir para o dia 15/08/2017 a Reunião Ordinária do Colegiado Executivo do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados, filial da EBSERH, prevista para o dia 16/08/2017.

Mariana Trinidad Ribeiro da Costa Garcia Croda

SUPERINTENDÊNCIA / DIREÇÃO GERAL

RECOMPOR

PORTARIA Nº 168, DE 8 DE AGOSTO DE 2017

A SUPERINTENDENTE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS, no uso das atribuições que lhe foram conferidas pela Portaria nº. 125/2012, revisada em 30 de julho de 2015 e Portaria nº. 735, de 20 de julho de 2015, publicada no Diário Oficial da União nº. 140, de 24 de julho de 2015, seção 2, p. 12,

RESOLVE:

I. **RECOMPOR** o Comitê Gestor da Tecnologia da Informação – CGTI, do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados, filial da Ebserh, com os membros a seguir:

Leandro Marcel Freitas e Santos – **Presidente**

Marcos Alexandre Matos Marques – **Secretário**

Membros

José Flávio Sette de Souza

Mariana Trinidad Ribeiro Garcia da Costa Croda

Paulo Cesar Nunes da Silva

Renata Maronna Praça Longhi

II. Esta portaria entra em vigor na data de sua assinatura.

Mariana Trinidad Ribeiro da Costa Garcia Croda

PORTARIA Nº 170, DE 10 DE AGOSTO DE 2017

A SUPERINTENDENTE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS, no uso das atribuições que lhe foram conferidas pela Portaria nº. 125/2012, revisada em 30 de julho de 2015 e Portaria nº. 735, de 20 de julho de 2015, publicada no Diário Oficial da União nº. 140, de 24 de julho de 2015, seção 2, p. 12, e considerando o edital nº. 01/2017 de seleção pública de vagas de estágio para o Hospital Universitário da UFGD.

RESOLVE:

Art. 1º **RECOMPOR** a Comissão Especial de Seleção para a elaboração das provas escritas.

Bruna de Oliveira Parenti Cenci, matrícula Siape nº. 2129091;

Danielly Vieira Capoano, matrícula nº. 2821403;
Jonathas Torraca Junior, matrícula Siape nº. 1791396;
Paulo César Nunes da Silva, matrícula Siape nº. 1859415;
Ricardo França de Brito, matrícula Siape nº. 2752787; e
Rosalina Dantas da Silva, matrícula Siape nº. 2798665.

Art. 2º Esta Portaria entrará em vigor a partir da data da sua publicação.

Mariana Trinidad Ribeiro da Costa Garcia Croda

DESIGNAR

PORTARIA Nº 169, DE 8 DE AGOSTO DE 2017

A SUPERINTENDENTE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS, no uso das atribuições que lhe foram conferidas pela Portaria nº. 125/2012, revisada em 30 de julho de 2015 e Portaria nº. 735, de 20 de julho de 2015, publicada no Diário Oficial da União nº. 140, de 24 de julho de 2015, seção 2, p. 12, **RESOLVE:**

I - **Designar** a servidora **FLÁVIA LEFORT LAMANNA**, Engenheira Clínica, CPF nº. 010.629.811-97, SIAPE nº 2173487, para realizar a gestão do contrato 10/2017, celebrado entre o Hospital Universitário da UFGD/EBSERH e empresa **SOLAB CIENTÍFICA EQUIPAMENTOS PARA LABORATÓRIOS EIRELI**, inscrita no CNPJ sob o nº 11.232.743/0001-03, referente a aquisição de aparelho de banho maria, conforme as especificações técnicas e de quantidades previstas no respectivo Termo de Referência do processo administrativo nº 23005.000081/2017-50, para atender as necessidades do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados.

II – Esta Portaria entra em vigor na data de sua assinatura.

Mariana Trinidad Ribeiro da Costa Garcia Croda