

 <p>Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago do HU/UFSC</p>	<p>Procedimento Operacional Padrão (POP)</p> <p><u>Assistência de Enfermagem</u></p>	 <hr/> <p>NUVISA/HU e GICPF/DE/HU</p>	
	<p>Título: Mecanismos para prevenção de lesões por pressão.</p>	<p>Versão: 03</p>	<p>Próxima revisão: 2018</p>
<p>Elaborado por: Luizita Henckemaier, Jeane Wechi e Taise R. Klein</p>		<p>Data da criação: 16/07/2014</p>	
<p>Revisado por: Luizita Henckemaier, Isabel Machado Canabarro, Ivete Ioshiko Masukawa, Janeide Freitas de Mello, Jeane Wechi, Nádia Chiodelli Salum.</p>		<p>Data da revisão: 25/07/2014</p>	
<p>Revisado por: Luizita Henckemaier, Jeane Wechi, Taise Ribeiro Klein e Grupo Interdisciplinar no Cuidado de Pessoas com Feridas (GICPF/HU).</p>		<p>Data da revisão: 21/07/2016</p>	
<p>Aprovado por: Membros do Comitê de Segurança do Paciente (COSEP) e GICPF/HU.</p>		<p>Data da aprovação: 04/10/2017</p>	
<p>Local de guarda do documento: Rede/obelix/POP</p>			
<p>Responsável pelo POP e pela atualização: GICPF/HU.</p>			
<p>Objetivo: Reduzir o risco de lesão por pressão em pacientes internados de forma segura durante a permanência dentro da instituição hospitalar, visando a prevenção deste evento adverso. Atender a meta internacional de Reduzir o Risco de lesão por pressão respaldada pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).</p>			
<p>Setor: Serviços Assistenciais</p>		<p>Agente (s): Equipe multiprofissional</p>	

1. CONCEITO E CLASSIFICAÇÃO

Consiste no procedimento que busca prevenir a ocorrência de lesão por pressão nos pacientes internados em todos os setores do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago – HU.

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). O sistema de classificação atualizado inclui as seguintes definições:

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

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

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

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

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

Lesão por Pressão Tissular Profunda: descoloração vermelho escura, marrom ou púrpura, persistente e que não embranquece (NPUAP, 2016).

2. MATERIAIS NECESSÁRIOS

Escala de Braden (EB) para pacientes de cinco (5) anos ou mais;

Escala de Braden Q para pacientes de um (1) a cinco (5) anos (a ser implantada);

Relógio de parede contendo as cores relativas a mudança de decúbito a cada 3 horas;

Clampes de Identificação de Risco na cor Amarela na pulseira de identificação (em implantação).

3. ETAPAS DO PROCEDIMENTO

3.1 **AVALIAÇÃO DO RISCO** para lesão por pressão de pacientes internados nas Emergências, Unidades de Internação (UI), Unidade de Terapia Intensiva (UTI), Centro Cirúrgico (CC) e Centro Obstétrico (CO).

Avaliar o risco do paciente para o desenvolvimento das lesões por pressão, utilizando a escala de Braden (EB) (Anexo A) com suas seis subescalas, (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013) pontuando cada fator conforme avaliação.

Percepção sensorial 1 - 2 - 3 - 4

Umidade 1 - 2 - 3 - 4

Atividade 1 - 2 - 3 - 4

Mobilidade 1 - 2 - 3 - 4

Nutrição 1 - 2 - 3 - 4

Fricção e Cisalhamento 1 - 2 - 3

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

Classificar os pacientes quanto ao grau de dependência: Independentes, Semi-dependentes e Dependentes:

Classificação	Definição	Avaliação
Paciente Independente	São aqueles que não necessitam de auxílio para suas atividades rotineiras.	a cada 7 dias
Paciente Semi-dependentes	São aqueles que necessitam de ajuda para as atividades rotineiras, tais como banhar-se, vestir-se, alimentar-se e deambular.	a cada 48 horas
Paciente Dependente	São aqueles que apresentam impedimento para realizar todas as atividades rotineiras da sua vida diária.	a cada 24 horas

1. Aplicar a escala de Braden (Anexo A) para pacientes acima de 05 (cinco) anos;
2. Aplicar a escala de Braden Q (Anexo B) para pacientes de 01 (um) a 05 (cinco) anos; (*a ser implantada*);
3. Ao identificar o risco colocar o clampe amarelo de identificação de risco relacionado à lesão por pressão na pulseira branca de identificação em todos os pacientes que apresentarem

riscos para lesão por pressão. A colocação do clampe amarelo deverá ser feito pela enfermeira que fez a admissão do paciente ou a enfermeira do setor de internação, Unidade de Terapia Intensiva (UTI), Centro Cirúrgico (CC) e Centro Obstétrico (CO).

4. Registrar nas evoluções o motivo da colocação do clampe amarelo;

5. Realizar a checagem, junto ao paciente, antes de qualquer atendimento ou procedimento, garantindo ser o paciente para o qual se destina o procedimento.

6. Planejar e prescrever os cuidados com a pele – ação a ser realizada pelo enfermeiro;

7. Executar os cuidados de enfermagem – ação a ser realizada pela equipe de enfermagem; 8. Reavaliar todos os pacientes, independente do tempo determinado, se estes apresentarem fatores de risco para o desenvolvimento de lesão por pressão (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

a. Indicadores Nutricionais: anemia, hemoglobina, e albumina sérica, medidas sobre o aporte nutricional e peso;

b. Fatores que afetam a perfusão e a oxigenação: diabetes, instabilidade cardiovascular/uso de epinefrina, pressão arterial baixa, índice de pressão e uso de oxigênio;

c. Umidade da pele: Ambas a pele seca e excessivamente úmida são fatores de risco;

d. Idade avançada;

3.2 Manejo da PERCEPÇÃO SENSORIAL E UMIDADE da pele durante o tempo de internação nas Emergências, Unidades de Internação (UI), Unidade de Terapia Intensiva (UTI), Centro Cirúrgico (CC) e Centro Obstétrico (CO)

Planejamento e prescrição de cuidados:

1 - Avaliar a pele, atentando para as áreas de pressão e proeminências ósseas;

2- Observar características da percepção sensorial e umidade da pele;

3 - Estar atento a sinais de hiperemia reativa e não reativa;

4 - Atentar para queixas de dor ou desconforto;

5- Reposicionar o paciente conforme relógio afixado na parede (3 em 3 horas);

6 - Realizar troca de fraldas/absorvente sempre que necessário;

7- Manter os lençóis esticados, limpos e secos, assim como as roupas de uso pessoal;

8 - Observar dobras nas roupas de cama;

9 - Utilizar colchão com espuma específica ou pneumático e aliviadores de pressão;

10 - Aplicar barreiras de proteção, como cremes ou compressas que absorvam umidade;

3.3 Manejo da MOBILIDADE E ATIVIDADE do paciente durante o tempo de internação nas Emergências, Unidades de Internação (UI), Unidade de Terapia Intensiva (UTI), Centro Cirúrgico (CC) e Centro Obstétrico (CO).

Planejamento e prescrição de cuidados:

1- Determinar a frequência do reposicionamento levando em consideração as variáveis relacionadas ao paciente, tais como: tolerância tecidual, nível de atividade e mobilidade, condição clínica global (presença de comorbidades), dor, idade;

2 - Reposicionar o paciente conforme relógio afixado na parede (3 em 3 horas);

3 - Manter cuidados durante a mobilização: evitar posicioná-lo sobre proeminências ósseas, reposicioná-lo de forma a aliviar ou redistribuir a pressão, evitar reposioná-lo em contato direto com dispositivos médicos;

4 - Utilizar lençol móvel ou passante para a mobilização do paciente, erguer o paciente e não arrastá-lo;

5 - Manter cabeceira elevada em no máximo 30°;

6 - Utilizar a posição inclinada 30° para posição lateral;

7 - Utilizar colchão com espuma específica ou pneumático e aliviadores de pressão;

8 - Utilizar travesseiros ou almofadas de espuma para manter as proeminências ósseas fora do contato direto com a cama ou com outra proeminência;

9 - Manter os lençóis esticados, limpos e secos, assim como as roupas de uso pessoal;

10 - Solicitar avaliação e acompanhamento da fisioterapia, sempre que se julgar necessário;

11- Atentar para o alívio da pressão em áreas críticas;

10 - Orientar, e colocar aliviadores de pressão (almofada) antes de colocar paciente na poltrona;

12 - Estimular e orientar sempre que possível movimentos ativos e passivos do paciente no leito/cadeira.

13- Manter apoio para os pés, a fim de manter os joelhos a 90°, ao colocar o paciente na posição sentada.

14 - Uso de superfícies de apoio para a prevenção de lesões por pressão nos calcâneos;

15 - Distribuir o peso da perna ao longo da região posterior, sem colocar pressão sobre o tendão de Aquiles, mantendo o joelho com ligeira flexão;

3.4 Manejo da **NUTRIÇÃO** do paciente durante o tempo de internação nas Emergências, Unidades de Internação (UI), Unidade de Terapia Intensiva (UTI), Centro Cirúrgico (CC) e Centro Obstétrico (CO).

Planejamento e prescrição de cuidados:

1 - Informar ao nutricionista os pacientes que apresentam item 1 e 2, na subescala nutrição da EB a fim de instituir medidas nutricionais específicas;

2 - Avaliar e discutir junto com o nutricionista e a equipe médica sobre a presença de sinais clínicos de desnutrição ou que possam predispor alterações no estado nutricional (edema, perda de peso, disfagia, inapetência, desidratação);

3 - Avaliar junto com o nutricionista e a equipe médica a necessidade de implementar terapia nutricional aos pacientes com Lesão por pressão Estágio 4 e Lesão por Pressão Não Classificável - o nutricionista deverá avaliar a necessidade de instituir medidas específicas de nutrição para prevenção e tratamento de lesão por pressão.

4 - Estimular e/ou auxiliar na ingesta hídrica e alimentar do paciente registrando aceitação;

5- Manter cabeceira elevada durante as refeições;

6- Incentivar e registrar aceitação alimentar, bem como, atentar para problemas na cavidade oral como: ausência de dentes, dor, carie, lesões, infecção, e problemas na mastigação e/ou deglutição, comunicando a equipe multiprofissional;

7. Observar e registrar ganho ou perda de peso do paciente;

3.5 Manejo para **PREVENÇÃO da FRICÇÃO E CISALHAMENTO** para os pacientes durante o tempo de internação nas Emergências, Unidades de Internação (UI), Unidade de Terapia Intensiva (UTI), Centro Cirúrgico (CC) e Centro Obstétrico (CO).

Planejamento e prescrição de cuidados:

- 1 - Manter lençóis limpos, secos e esticados, assim como as roupas de uso pessoal;
- 2 - Erguer o paciente e não arrastar durante o reposicionamento;
- 3 - Aliviar a pressão em articulações e extremidades com o uso de aliviadores de pressão (protetor de calcâneo, coxins, travesseiros e outros).
- 4 - Avaliar a pele diariamente atentando para características das áreas de proeminências ósseas;
- 5- Avaliar a necessidade da aplicação de hidratante corporal;
- 6- Evitar a elevação da cabeceira acima de 30°;
- 7 - Utilizar colchão com espuma específica ou pneumático.

4. SEQUENCIA OPERACIONAL DA ROTINA

1º Enfermeiro:

- Identificar situações de risco de lesão por pressão para pacientes internados com aplicação da escala de Braden;
- Colocar o clampe amarelo na pulseira de identificação nos pacientes internados com riscos de lesão por pressão (em implantação);
- Registrar em prontuário os fatores predisponentes para os riscos de lesão por pressão;
- Definir intervenções/prescrição de acordo com risco identificado;
- Reavaliar o risco de desenvolvimento de lesão por pressão diariamente;
- Quando necessário, solicitar avaliação multiprofissional (nutrição, fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, odontologia).

2º Auxiliar e/ou Técnico de enfermagem:

- Identificar e comunicar situações de risco de lesão por pressão para pacientes internados;
- Conferir o clampe amarelo na pulseira de identificação nos pacientes internados com riscos de lesão por pressão;
- Executar prescrição de enfermagem comunicando efetividade do cuidado;
- Registrar em observações complementares os cuidados realizados.

5. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Segurança do Paciente: protocolo para prevenção de úlcera por pressão. PROQUALIS. Maio de 2013. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Mai/06/protocolos_CP_n6_2013.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2014.

NPUAP - National Pressure Ulcer Advisory Panel. Pressure Injury Stages. Staging Consensus Conference, 2016, Rosemont (Chicago), IL. Disponível em: <<http://www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/npuap-pressure-injury-stages/>>. Acesso em: 15 jul. 2016.

ANEXO A ESCALA DE BRADEN

Nome do Paciente: _____ Idade: _____ Leito: _____ Unidade: _____

Nome do Avaliador: _____ Data da Avaliação: __/__/__

PERCEPÇÃO SENSORIAL Capacidade de reação significativa ao desconforto.	1. Completamente limitada: Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai ou se agarra), devido a um nível reduzido de consciência, ou à sedação ou limitação da capacidade de sentir dor na maior parte da superfície corporal.	2. Muito limitada: Responde apenas ao estímulo doloroso. Não consegue comunicar o desconforto, exceto por gemido ou inquietação; ou tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais da metade do corpo.	3. Ligeiramente limitada: Obedece as instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, ou tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou mais extremidades.	4. Nenhuma limitação: Obedece as instruções verbais. Não apresenta déficit sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.
UMIDADE Nível de exposição da pele à umidade.	1. Pele constantemente úmida: A pele mantém-se sempre úmida devido a sudorese, urina, etc. É detectada a umidade sempre que o paciente é movimentado ou mudado de posição.	2. Pele muito úmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, úmida. Os lençóis devem ser trocados pelo menos uma vez por turno.	3. Pele ocasionalmente úmida: A pele está ocasionalmente úmida, necessitando de troca de lençóis a cada 12 horas.	4. Pele raramente úmida: A pele geralmente está seca, os lençóis necessitam ser trocados apenas a cada 24h.
ATIVIDADE Nível de atividade física.	1. Acamado: O paciente permanece no leito o tempo todo.	2. Sentado: Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não consegue sustentar o próprio peso e/ou precisa de ajuda para sentar-se em cadeira ou cadeira de rodas.	3. Anda ocasionalmente: Deambula ocasionalmente durante o dia, mas apenas distâncias curtas, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.	4. Anda frequentemente: Deambula fora do quarto pelo menos 2 vezes por dia e dentro do quarto pelo menos de 2 em 2 horas durante o período que está acordado.

MOBILIDADE Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo.	1. Completamente Imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou das extremidades, sem ajuda.	2. Muito limitada: Faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou extremidades, mas é incapaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	3. Ligeiramente limitado: Faz pequenas e frequentes alterações na posição do corpo e das extremidades, sem ajuda.	4. Nenhuma limitação: Faz mudanças importantes e frequentes na posição do corpo, sem ajuda.
NUTRIÇÃO Alimentação habitual.	1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 2/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente 2 refeições, ou menos, de proteínas (carne ou derivados de leite). Ingere pouco líquido. Não ingere suplemento dietético líquido, ou está em jejum e/ou dieta líquida ou soros por mais de 5 dias.	2. Provavelmente Inadequada: Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas (carne ou derivados de leite) consiste apenas em 3 refeições diárias. Ocasionalmente ingere um suplemento dietético ou recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	3. Adequada: Come mais da metade da maior parte das refeições. Faz 4 refeições diárias de proteínas (carne, peixe, derivados de leite). Ocasionalmente recusa uma refeição, mas geralmente toma suplemento dietético, se oferecido. Ou é alimentado por sonda ou um regime de nutrição parenteral satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.	4. Excelente: Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de 4 ou mais refeições (carne, peixe, derivados de leite). Ocasionalmente, come entre as refeições. Não necessita de suplementação.
FRICÇÃO E CISCALHAMENTO ão: a pele se move contra as estruturas de suporte. amento: a pele e a superfície óssea adjacente deslizam uma sobre a outra.	problema: requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o paciente completamente sem deslocar contra os lençóis. Escorrega frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contratura ou aplicação leva a fricção quase constante.	2. Problema Potencial: Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer ajuda mínima. Durante o movimento, 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 cama e na cadeira, mas ocasionalmente escorrega.	3. Nenhum problema: Movimenta-se na cama e na cadeira sem ajuda, e tem força muscular suficiente para levantar-se completamente durante o movimento. Mantém uma posição adequada na cama e na cadeira o tempo todo.	

ANEXO B ESCALA DE BRADEN Q

Nome do Paciente: _____ Idade: _____ Leito: _____ Unidade: _____

Nome do Avaliador: _____ Data da Avaliação: __/__/__

PERCEPÇÃO SENSORIAL Capacidade de responder de maneira apropriada ao desconforto relacionado à pressão.	1. 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.	2. 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.	3. 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.	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 fraldas são feitas de rotina e as roupas de cama necessitam ser trocadas apenas a cada 24h.

<p>ATIVIDADE Grau de atividade física.</p>	<p>1. Acamado: Permanece no leito o tempo todo.</p>	<p>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.</p>	<p>3. Deambulação ocasional: 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.</p>	<p>4. 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 durante as horas está acordado.</p>
<p>MOBILIDADE Capacidade de mudar e controlar a posição do corpo.</p>	<p>1. Completamente Imóvel: Não faz mudanças, nem mesmo pequenas, na posição do corpo ou das extremidades, sem ajuda.</p>	<p>2. Muito limitado: Faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou extremidades, mas é incapaz de fazer mudanças completamente sozinho.</p>	<p>3. Levemente limitado: Faz mudanças frequentes, embora pequenas, na posição do corpo ou das extremidades, sem ajuda.</p>	<p>4. Nenhuma limitação: Faz mudanças importantes e frequentes na posição do corpo, sem ajuda.</p>
<p>NUTRIÇÃO Padrão habitual de consumo alimentar.</p>	<p>1. Muito pobre: Em jejum e/ou mantido com ingesta hídrica ou hidratação IV por mais de 5 dias ou albumina <2,5mg/dl ou nunca come uma refeição completa. Raramente come mais da metade de algum alimento oferecido. O consumo de proteínas inclui apenas 2 porções de carne ou derivados de leite por dia. Ingere pouco líquido. Não ingere suplemento dietético líquido.</p>	<p>2. 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>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 (carne, derivados de leite) por dia. Ocasionalmente recusa uma refeição, mas geralmente toma suplemento dietético, se oferecido.</p>	<p>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 de leite. Ocasionalmente, come entre as refeições. Não necessita de suplementação.</p>
<p>FRICÇÃO E CISALHAMENTO a pele se move contra as estruturas de suporte. a pele e a superfície óssea adjacente deslizam uma sobre a outra.</p>	<p>Problema importante: spasticidade, a contratatura, o prurido ou a agitação levam a criança debater-se no leito e há fricção quase constante.</p>	<p>2. Problema: Necessita de ajuda moderada a 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.</p>	<p>3. Problema Potencial: Movimenta-se com dificuldade ou necessita de mínima assistência. Durante o movimento, 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>4. Nenhum problema aparente: Capaz de levantar-se completamente durante uma mudança de posição. Movimenta-se sozinho na cadeira e no leito, e tem força muscular suficiente para levantar-se completamente durante o movimento. Mantém uma posição adequada no leito e na cadeira o tempo todo.</p>
<p>PERFUSÃO TECIDUAL E OXIGENAÇÃO</p>	<p>1. Extremamente comprometida: Hipotenso (PAM <50 mmHg; <40 mmHg em recém-nascido) ou o paciente não tolera as mudanças de posição.</p>	<p>2. 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.</p>	<p>3. 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.</p>	<p>4. Excelente: Normotenso. Apresenta saturação de oxigênio >95%, a hemoglobina normal e o tempo de enchimento capilar <2 segundos.</p>