



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
DIRETORIA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE – REDE DE URGÊNCIAS  
NÚCLEO DE GOVERNANÇA CLÍNICA**

**Plano de Segurança do Paciente da Secretaria Municipal de Saúde de Aparecida de Goiânia**

**1. INTRODUÇÃO:**

O **Plano de Segurança do Paciente (PSP)** constitui-se em um “documento que aponta situações de risco e descreve as estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde para a gestão de risco visando à prevenção e a mitigação dos incidentes, desde a admissão até a transferência, a alta ou o óbito do paciente no serviço de saúde”.

A implantação do PSP deve reduzir a probabilidade de ocorrência de eventos adversos (EA) resultantes da exposição aos cuidados em saúde, devendo ser focado na melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde, na disseminação sistemática da cultura de segurança, na articulação e integração dos processos de gestão de risco e na garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde.

A Portaria do Ministério da Saúde 529/2013 institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) com objetivo de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional. Regulamentada pela RDC 36/2013, a qual institui as Ações Para a Segurança do Paciente em Serviços de Saúde, possui foco em promoção de ações voltadas à segurança do paciente em âmbito hospitalar. As ações incluem promoção, execução e monitorização de medidas intra-hospitalares com foco na segurança do paciente.

O serviço de urgência e emergências do município de Aparecida de Goiânia é constituído pelas seguintes unidades: UPA Brasicom, UPA Buriti Sereno, UPA Flamboyant, CAIS Colina Azul e CAIS Nova Era. Este plano é comum a todas estas unidades, visto que até o momento dispomos de um único Núcleo de Segurança do Paciente em todo o serviço de urgências. Este PSP é constituído de ações de orientação técnico administrativas com foco primordial em prevenir a ocorrência de incidentes e

eventos adversos relacionados à assistência ao paciente e aos profissionais da instituição.

O PSP prevê ações que garantam a comunicação efetiva entre profissionais do serviço de saúde e entre serviços de saúde, estimulem a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada e promovam um ambiente de assistência seguro.

## **2. OBJETIVOS:**

### **2.1 - Objetivo Geral**

Implementar estratégias para disseminação da cultura de segurança do paciente de forma coordenada e sistemática para o alcance de boas práticas, e contribuir para a qualidade da assistência em saúde de acordo com as normatizações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, proporcionando segurança ao paciente, ao profissional e ao meio ambiente.

### **2.2 – Objetivos Específicos:**

- Identificar e estabelecer os riscos assistenciais associados aos processos de trabalho nas UPAS e CAIS;
- Promover e implementar programas voltados à segurança do paciente nas diferentes áreas de atuação;
- Sistematizar, difundir conhecimentos e informações relativas à segurança do paciente dentro da Instituição;
- Envolver os pacientes e familiares nas ações de segurança do paciente;
- Identificar os eventos adversos relacionados a produtos para a saúde, medicamentos, e assistência prestada, classificando e notificando ao sistema NOTIVISA;
- Identificar e classificar os riscos clínicos e não clínicos de acordo com probabilidade e gravidade, elaborando os planos de contenção e contingência para cada risco;
- Elaborar, implementar e acompanhar os protocolos de segurança do paciente;
- Acompanhar os indicadores do gerenciamento dos protocolos de segurança com vistas à melhoria da qualidade da assistência prestada.



### 3. TERMOS E DEFINIÇÕES:

Para o correto entendimento dos termos utilizados no PSP, as definições abaixo devem ser consideradas, com base na Resolução 36/2013 e Relatório Técnico OMS 2009 (Classificação Internacional sobre Segurança do Paciente).

- **Incidente:** evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente.
- **Evento Adverso:** incidente que resulta em dano ao paciente.
- **Evento Sentinela:** ocorrência inesperada ou variação do processo envolvendo óbito, qualquer lesão física grave (perda de membro ou função) ou psicológica, ou risco dos mesmos. Assinalam necessidade de investigação imediata bem como sua resposta.
- **Segurança do Paciente:** redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde.
- **Gestão de Risco:** aplicação sistêmica e contínua de iniciativas, procedimentos, condutas e recursos na avaliação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional.
- **Dano:** comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico.
- **Cultura de Segurança:** conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde.
- **Farmacovigilância:** é o trabalho de acompanhamento do desempenho dos medicamentos que já estão no mercado. As suas ações são realizadas de forma compartilhada pelas vigilâncias sanitárias dos estados, municípios e pela ANVISA.
- **Tecnovigilância:** é o sistema de vigilância de eventos adversos e queixas técnicas de produtos para a saúde (equipamentos, Materiais, Artigos Médico-Hospitalares, Implantes e Produtos para Diagnóstico de Uso "in-vitro"), com



vistas a recomendar a adoção de medidas que garantam a proteção e a promoção da saúde da população.

- **Hemovigilância:** é um conjunto de procedimentos para o monitoramento das reações transfusionais resultantes do uso terapêutico de sangue e seus componentes, visando melhorar a qualidade dos produtos e processos em hemoterapia e aumentar a segurança do paciente.

#### **4. NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE:**

O Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) tem como finalidade assessorar o Gerenciamento de Risco, estabelecendo políticas e diretrizes de trabalho, a fim de promover uma cultura ambulatorial voltada para a segurança dos pacientes, através do planejamento, desenvolvimento, controle e avaliação de programas, que visem garantir a qualidade dos processos na UPA. Assim, são atribuições deste:

- Identificar pontos críticos para a segurança dos pacientes;
- Estabelecer sistemas de detecção, notificação e análise dos eventos adversos;
- Estabelecer e monitorar resultados do programa de metas e plano de ação para instituir sistemas seguros;
- Promover a participação dos diversos profissionais, usuários e seus familiares na formulação e implementação de programas de segurança do paciente;
- Capacitar recursos humanos sobre o tema segurança do paciente;
- Estabelecer políticas de incentivo à notificação.

Como já citado anteriormente, o NSP é comum às 5 unidades que integram o serviço de urgência e emergência do município. São elas: UPA Brasicom, UPA Buriti Sereno, UPA Flamboyant, CAIS Colina Azul e CAIS Nova Era. O núcleo conta com sede a nível central situada na Coordenação de Urgências e Emergências da Secretaria Municipal de Saúde e é integrado por, no mínimo, 02 colaboradores de cada unidade de saúde supracitada.

#### **5. GERENCIAMENTO DE RISCOS:**

O NSP em conformidade com a Portaria 529/2013 que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente e a RDC 36/2013, que institui as Ações para Segurança do Paciente, adota como escopo de atuação para os eventos associados à

assistência à saúde, as Seis Metas da Organização Mundial da Saúde. Estas metas estão traduzidas nos 6 Protocolos de Segurança do Paciente publicados nas Portarias 1377/2013 e 2095/2013. Após adaptação a realidade do serviço ao qual este núcleo se destina, usaremos as seguintes metas como base para a criação dos protocolos (ANEXO I a V):

1. Identificar os pacientes corretamente;
2. Melhorar a efetividade da comunicação entre os profissionais;
3. Melhorar a segurança na prescrição e administração de medicamentos;
4. Reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde por meio da higienização das mãos;
5. Reduzir o risco de danos aos pacientes decorrentes de lesão por pressão e quedas.

Além destas metas, princípios de segurança também são implementados:

- Prevenção e controle de eventos adversos em serviços de saúde, incluindo as infecções relacionadas à assistência à saúde;
- Segurança nas terapias nutricionais enteral e parenteral;
- Comunicação efetiva entre profissionais do serviço de saúde e entre serviços de saúde;
- Estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada;
- Promoção do ambiente seguro;
- Promoção da cultura de segurança do paciente.

O Processo de Gerenciamento de Riscos envolve:

**Mapeamento e identificação:**

Será realizada a identificação, o mapeamento e a descrição dos riscos à segurança do paciente, considerando as especificidades de cada área das unidades supracitadas. Este mapeamento deve ser realizado em conjunto com os gestores e equipe, através de construção do Mapa de Riscos de cada setor/área.

**Notificação e avaliação:**



A notificação dos eventos adversos (EA) acontecidos na unidade poderá acontecer de duas maneiras principais:

- **Notificação espontânea:** Nessa modalidade, o próprio profissional notifica o evento ocorrido. Para isto, estará disponível em todos os setores, uma ficha de notificação de eventos adversos, que será desenvolvida em conjunto com os gestores e a equipe. Esta ficha deverá ser preenchida no momento em que o EA acontecer, ou no momento em que o profissional for informado do mesmo. As fichas preenchidas ficarão armazenadas em local pré-definido em cada setor, e serão recolhidas diariamente pelo profissional responsável pelo NSP. Estarão disponíveis também em toda a unidade, o QR Code para direcionamento à realização da notificação online informatizada.
- **Busca ativa:** Nessa modalidade, o NSP acompanhará os pacientes através de visitas e rondas diárias aos setores de cada unidade de saúde, a fim de detectar possíveis reações e eventos adversos que estejam ocorrendo ou que venham a ocorrer devido ao uso das tecnologias ou falhas nos processos de assistência.

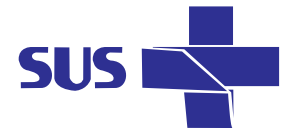
Após notificados, os EA's serão avaliados e classificados segundo à sua natureza, de acordo com os protocolos publicados pelo Ministério da Saúde, protocolos operacionais padrão e normas e rotinas das unidades. Após avaliação e classificação dos EA's, serão decididas em conjunto, pelo núcleo, as ações para controle e mitigação destes, e os mesmos serão comunicados à unidade e ao Ministério da Saúde/ANVISA.

#### **Ações para controle:**

Através da notificação e avaliação dos EA's ocorridos na unidade, será possível através de análise crítica, desenvolver planos de ação para minimizar os riscos à segurança do paciente, relacionados à assistência em saúde.

Por meio de conhecimentos epidemiológicos do EA's da instituição é possível construir sistemas mais seguros, e quanto maior for o número de notificações, maior será a possibilidade de a instituição formular planos de ação, com prevenção e contenção de danos.

#### **Comunicação dos riscos no serviço de saúde:**



Internamente, a comunicação dos eventos adversos será divulgada mensalmente, a cada reunião, ou sempre que necessário, às lideranças, chefias e profissionais envolvidos para o estabelecimento de medidas corretivas e preventivas de novos casos. Os casos também serão notificados no sistema interno de informação da prefeitura (EPIMED).

Externamente, a comunicação será realizada pela notificação do evento à autoridade sanitária até o 15º (décimo quinto) dia útil do mês subsequente por meio de ferramentas eletrônicas disponibilizadas pela ANVISA (NOTIVISA).

## **6. EDUCAÇÃO PERMANENTE**

Serão implementadas atividades de educação permanente com foco na manutenção e na ampliação da cultura de segurança com conceitos gerais e específicos na segurança do paciente e gerenciamento de riscos. Serão realizadas em diferentes momentos e de forma sistemática para todos profissionais das unidades, conforme cronograma de educação permanente, previamente definido e divulgado.

## **7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

PORTARIA Nº 529, DE 1º DE ABRIL DE 2013. - **Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).**

Resolução de Diretoria Colegiada, RDC 36 de 25 de julho de 2013. **Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.**

Relatório Técnico OMS 2009. **Classificação Internacional sobre Segurança do Paciente.**

ANEXO I

<b>Tipo do documento</b>	<b>Protocolo de Segurança do Paciente</b>	<b>PSP/IP</b>	<b>Versão: 01</b>
		<b>Nº01</b>	
<b>Título do documento</b>	<b>PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>	<b>Data de emissão:</b> <b>05/06/2024</b>	
		<b>Revisão: Sob Demanda</b>	

**1. FINALIDADE**

A finalidade deste protocolo é garantir a correta identificação do paciente, a fim de reduzir a ocorrência de incidentes. O processo de identificação do paciente deve assegurar que o cuidado seja prestado à pessoa para a qual se destina.

**2. JUSTIFICATIVA**

A identificação correta do paciente é o processo pelo qual se assegura ao paciente que a ele é destinado determinado tipo de procedimento ou tratamento, prevenindo a ocorrência de erros e enganos que o possam lesar. Erros de identificação do paciente podem ocorrer, desde a admissão até a alta do serviço, em todas as fases do diagnóstico e do tratamento. Alguns fatores podem potencializar os riscos na identificação do paciente como: estado de consciência do paciente, mudanças de leito, setor ou profissional dentro da instituição e outras circunstâncias no ambiente.

Entre 2003 e 2005, The United Kingdom National Patient Safety Agency apresentou 236 incidentes relacionados a pulseiras com informações incorretas. A má identificação do paciente foi citada em mais de 100 análises de causa raiz realizadas pelo The United States Department of Veterans Affairs (VA) National Center for Patient Safety entre 2000 e 2003.

Anualmente, cerca de 850 pacientes nos Estados Unidos são transfundidos com sangue destinados a outros pacientes e aproximadamente 3% desses pacientes evoluem para óbito. Em cada 1.000 pacientes que recebem transfusões de sangue ou de





hemocomponentes, um indivíduo recebe a destinada a outra pessoa. Em dois terços dos casos, o motivo é a identificação errada da bolsa.

O último Relatório Anual de Incidentes relacionados à Assistência em Saúde da ANVISA, referente ao ano de 2022-2023 evidencia que no estado de Goiás, as falhas relacionadas à identificação do paciente aparecem como a segunda maior causa de eventos adversos, totalizando 2417 notificações no período de julho de 2022 a julho de 2023. Importante ressaltar que os números de eventos adversos ainda são muito subnotificados, sendo assim, esse número provavelmente é maior.

Muitas instituições fazem uso das pulseiras para identificar seus pacientes. Em pesquisa relacionada à aceitabilidade dos pacientes com relação a esta prática, foi demonstrado que a maior parte dos pacientes era favorável e que considerava importante a necessidade de utilização de algum método de identificação pelos hospitais, principalmente após explicação sobre as consequências de uma identificação incorreta. Segundo os autores, cerca de 84% dos pacientes consideravam que o hospital deveria utilizar as pulseiras e 90% afirmaram que concordariam em utilizá-las.

Estudos sobre o processo de identificação de pacientes com a utilização de pulseiras demonstraram que existem altos níveis de consciência profissional da equipe e evidenciaram a importância da tomada de decisão de aplicação do dispositivo no momento mais precoce possível, especialmente em pacientes de emergência. Ressaltaram a importância da participação do paciente para minimizar o risco de dados errôneos e a preocupação com o uso do dispositivo em algumas circunstâncias clínicas especiais, como transfusão de sangue e administração de medicamentos.

Consensos e relatórios de especialistas indicam reduções significativas na ocorrência de erros após a implementação de processos de identificação do paciente.

### **3. INTERVENÇÕES**

Este protocolo de identificação do paciente inclui as seguintes intervenções:

#### **3.1. Identificação do paciente:**

A identificação dos pacientes deverá ser feita por meio de pulseira branca, de fácil ajuste, colocação e limpeza, além de conter informações com escrita legível, durável, impermeável e inviolável.



A pulseira deve ser colocada preferencialmente no pulso direito do paciente, havendo a impossibilidade de ser colocada neste membro, deve-se seguir o sentido horário, tendo o pulso esquerdo, tornozelo esquerdo e tornozelo direito como segunda, terceira e quarta opções, respectivamente.

Em recém-nascidos, o local de primeira escolha deve ser o tornozelo direito, seguido do esquerdo na impossibilidade. Caso os membros inferiores estejam impossibilitados de receber a identificação, pode-se optar pelos pulsos direito e esquerdo.

### **3.2. Educação do paciente/acompanhante/cuidador:**

Tanto o paciente, quanto seu acompanhante/cuidador devem atuar ativamente no processo de identificação correta. Para que isso aconteça, é necessário que sejam explicados os propósitos dos 2 identificadores da pulseira e que a conferência da identificação seja obrigatória antes do cuidado.

### **3.3. Confirmação de identificação:**

A confirmação da identificação do paciente deve ser realizada antes de todo cuidado ou assistência prestado ao paciente. Inclui a orientação da administração de medicamentos, do sangue e de hemoderivados, da coleta de material para exame, da entrega da dieta e da realização de procedimentos invasivos.

## **4. PROCEDIMENTO OPERACIONAL**

Seguem abaixo, orientações quanto ao procedimento operacional que deve ser adotado na identificação de pacientes usuários dos serviços de urgência e emergência do município de Aparecida de Goiânia.

- Todos os pacientes (internados, em observação ou atendidos na emergência) devem ser identificados por meio de pulseira branca padronizada no momento da admissão no serviço, ao abrirem a ficha na recepção;
- As pulseiras devem conter os seguintes indicadores: nome completo sem abreviações e data de nascimento no formato curto (dd/mm/aaaa);



- A pulseira deve ser colocada prioritariamente no pulso direito do paciente, seguida do pulso esquerdo, tornozelo esquerdo e tornozelo direito, no caso de impossibilidade de colocação na primeira opção;
- Nos casos de pacientes que não puderem ser identificados, por falta de documento ou estado de consciência, deve-se utilizar a expressão “Não Identificado” juntamente com o sexo do paciente. Nestes casos, o serviço social deve ser imediatamente comunicado para iniciar procedimento de identificação desse paciente;
- Os dados podem ser impressos de forma digital, ou manuscritos. No segundo casos, a letra deve ser legível e com marcado permanente;
- Independentemente do método adotado, as informações devem ser legíveis, duráveis e invioláveis;
- O paciente deve permanecer identificado até o momento da alta;
- Caso haja necessidade devido a desgaste, apagamento de dados ou outro imprevisto, a identificação deve ser trocada;
- A identidade do paciente deve ser confirmada, pelo profissional responsável pelo cuidado, antes de cada procedimento realizado, incluindo administração de medicamentos, sangue e hemoderivados, coleta de material para exame, entrega e administração de dietas, realização de consultas e procedimentos invasivos.

## **5. MONITORAMENTO**

Todos os incidentes envolvendo identificação incorreta do paciente devem ser notificados de acordo com a legislação vigente ao Núcleo de Segurança do Paciente e órgãos competentes, e investigados pelo serviço, a fim de desenvolver planos de ação para mitigação desses eventos.

## **6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente/Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária; - Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

ANEXO II

Tipo do documento	Protocolo de Segurança do Paciente	PSP/MS	Versão: 01
		Nº02	
Título do documento	PROTOCOLO DE MEDICAÇÃO SEGURA	Data de emissão: 05/06/2024	
		Revisão: Sob Demanda	

**1. FINALIDADE**

A finalidade deste protocolo é garantir e promover práticas seguras na prescrição e no uso de medicamentos nas unidades de urgência e emergência do município de Aparecida de Goiânia.

**2. JUSTIFICATIVA**

Em todo o mundo, os eventos adversos no processo de assistência à saúde são frequentes. Em resposta a esse preocupante quadro, a Organização Mundial de Saúde – OMS lançou, em 2004, o programa Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, que conclama todos os países-membros a adotarem medidas para assegurar a qualidade e segurança da assistência prestada nas unidades de saúde.

Os eventos adversos relacionados a medicamentos podem levar a importantes agravos à saúde dos pacientes, com repercussões sociais e econômicas relevantes. Dentre eles, os erros de medicação são ocorrências comuns e podem assumir dimensões clinicamente significativas e impor custos relevantes ao sistema de saúde.

A nível mundial, os erros em procedimentos relacionados a medicação acontecem em 5,7% das administrações de medicamentos a pacientes hospitalizados, podendo chegar a 56% nos estudos que monitoram mais cuidadosamente os pacientes acompanhados.

No Brasil ainda existem poucos estudos relacionados ao tema, mas dentre os existentes, um que foi realizado em 5 hospitais públicos espalhados pelo país, afirma que ocorreram 1500 erros de medicação, cerca de 30% do total de doses administradas, relacionados à administração de medicamentos.



Diante do exposto, percebe-se a necessidade de identificar a natureza e determinantes dos erros, como forma de dirigir ações para a prevenção de falhas e erros relacionados à medicação.

### 3. PRÁTICAS SEGURAS PARA PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS:

#### 3.1. Tipos de prescrições:

- **Urgência/Emergência:** Quando indica a necessidade do início imediato de tratamento. Geralmente possui dose única;
- **Caso necessário (SN OU SOS):** Quando o tratamento prescrito deve ser administrado de acordo com uma necessidade específica do paciente, considerando-se o tempo mínimo entre as administrações e a dose máxima;
- **Padrão:** Aquela que inicia um tratamento até que o prescritor o interrompa;
- **Padrão com data de fechamento:** Quando indica o início e fim do tratamento, sendo amplamente usada para prescrição de antimicrobianos em meio ambulatorial;
- **Verbal:** utilizada SOMENTE em situações de extrema emergência, devendo ser escrita imediatamente após cessada a intercorrência.

#### 3.2. Itens de verificação para a prescrição segura de medicamentos:

- **Identificação do paciente:** A identificação do paciente na prescrição medicamentosa deve conter, no mínimo, as seguintes informações: nome completo do paciente e data de nascimento;
- **Identificação do prescritor:** A identificação do profissional prescrito deve estar legível, contendo nome completo e número de registro profissional. Este registro deve ser feito, preferencialmente, por meio de carimbo contendo as informações, mas podem ser manuscritos em caso de necessidade;
- **Identificação da instituição:** Na prescrição, que deve estar em formulário institucional, deve constar a identificação da instituição na qual o paciente



está internado ou recebendo cuidados ambulatoriais, bem como os dados completos do paciente e prescritor;

- **Identificação da data de prescrição:** A data da prescrição é imprescindível para conferir validade à mesma, para a dispensação e administração dos medicamentos, assegurando-se de que o que foi indicado está baseado na avaliação médica do dia em que foi emitida a prescrição;
- **Legibilidade:** Problemas na legibilidade da prescrição podem comprometer a compreensão dos profissionais envolvidos no cuidado ao paciente e ocasionar erros graves de medicação. Para que haja menor probabilidade de erros por legibilidade, deve-se dar preferência a prescrição eletrônica ou digitada. A prescrição manuscrita deve ser utilizada apenas em casos extraordinários e com atenção especial a legibilidade da mesma;
- **Uso de abreviaturas:** Recomenda-se que a prescrição seja realizada sem o uso de abreviaturas, uma vez que seu uso aumenta a chance de erros de medicação. Caso seja indispensável, deve-se elaborar formalizar e divulgar uma lista de abreviaturas padronizadas, de modo a promover a adequada comunicação entre os membros da equipe de saúde;
- **Dosagem:** O sistema métrico é adotado para expressar as doses desejadas. A utilização das formas farmacêuticas (ampola, frasco, comprimido e outros) na prescrição é acompanhada de todas as informações necessárias para a dispensação e administração segura. A unidade de medida deve ser claramente indicada. Quando tratar-se de prescrição manual ao prescrever doses ou volumes com números fracionados, observar nas duas vias da prescrição se a vírgula está bem posicionada e clara, para evitar erro de dose. Não utilizar “ponto” em substituição à vírgula, pois aumenta o risco de erro. Para definir a concentração de um medicamento, o uso do zero antes da vírgula ou ponto deve ser evitado, pois pode gerar confusão e erro de 10 vezes na dose prescrita;
- **Prescrição de medicamentos com nomes semelhantes:** Medicamentos cujos nomes são reconhecidamente semelhantes a outros de uso corrente na instituição devem ser prescritos com destaque na escrita da parte do nome que os diferencia 6,25, e pode ser utilizada letra maiúscula ou negrita.



Exemplos de nomes semelhantes:

- **DOP**amina e **DOBU**tamina;
- Clorpro**PAMIDA** e Clorpro**MAZINA**;
- Vim**BLAST**ina e Vin**CRIS**tina.

### **3.3. Indicação, cálculos de doses e quantidades dos medicamentos:**

- **Alergias:** Devem ser registradas com destaque todas as alergias relatadas pelo paciente, familiar ou cuidador, principalmente alergias medicamentosas, para reduzir a chance de dispensação e administração do medicamento ao qual o paciente é alérgico;
- **Informações importantes:** O prescritor deverá registrar na prescrição qualquer informação que considere relevante para que a assistência ao paciente seja segura e efetiva, considerando-se os múltiplos atores no processo assistencial e a necessidade de informação completa, clara e precisa;
- **Doses:** O cálculo das doses de medicamentos é fonte importante de erros graves e este problema pode ser minimizado com a familiaridade do prescritor com o medicamento e com a conferência do cálculo. Recomenda-se que as doses prescritas sejam conferidas pelo prescritor antes da assinatura da prescrição, tendo como referência o melhor nível de evidência científica disponível. Para medicamentos cujas doses são dependentes de peso, superfície corporal e *clearance* de creatinina, recomenda-se que o prescritor anote tais informações na prescrição, para facilitar a análise farmacêutica e a assistência de enfermagem.

### **3.4. Duração do tratamento:**

A prescrição deve conter a duração exata do tratamento, procurando evitar, dessa maneira, que os medicamentos possam ser consumidos continuamente sem indicação. A expressão “**uso contínuo**”, sem prazo para reavaliação, NÃO deve ser utilizada.

### **3.5. Utilização de expressões vagas:**



Expressões vagas como “**usar como de costume**”, “**usar como habitual**”, “**a critério médico**”, “**se necessário**” (sem indicação de dose máxima, posologia e condição de uso), “uso contínuo” e “não parar” devem ser abolidas das prescrições.

Quando for preciso utilizar a expressão “se necessário”, deve-se obrigatoriamente definir: dose, posologia, dose máxima diária e condição que determina o uso ou a interrupção do uso do mesmo.

*Ex.: Paracetamol comprimido de 500mg uso oral. Administrar 500mg de 6 em 6h, se temperatura igual ou acima de 37,5°C. Dose máxima diária 2 gramas (quatro comprimidos de 500mg).*

### **3.6. Posologia, diluição, velocidade, tempo de infusão e via de administração:**

- **Posologia:** Na prescrição deve-se observar as doses máximas preconizadas e o conforto do paciente. Sempre que possível, recomenda-se a prescrição do menor número de doses diárias possíveis, o que diminui o risco de erros de administração e aumenta a adesão do paciente ao tratamento;
- **Diluição:** Para medicamentos de uso endovenoso, intramuscular, subcutâneo e em neuroeixo e plexos nervosos, a prescrição deverá conter informações sobre diluente (tipo e volume), velocidade e tempo de infusão (para endovenosos);
- **Velocidade de infusão:** É indispensável a definição da velocidade de infusão na prescrição, considerando-se a melhor evidência científica disponível, assim como as recomendações do fabricante do medicamento, evitando-se a ocorrência de eventos adversos passíveis de prevenção;
- **Via de administração:** A via de administração deve ser prescrita de forma clara, observando-se a via de administração recomendada pelo fabricante, para o medicamento. O uso de abreviaturas para expressar a via de administração deverá ser restrito somente às padronizadas no estabelecimento de saúde.

### **3.7. Modificação de prescrição vigente:**



Quando houver necessidade de serem feitas alterações na prescrição vigente, essas devem ser feitas de forma clara, legível e sem rasuras. Se a prescrição tiver duas vias, as duas vias devem ser alteradas.

**3.8. Prescrições verbais:**

- A prescrição verbal NÃO DEVE SER ADOTADA COMO ROTINA;
- Seu uso deve ser restrito a situações de extrema urgência/necessidade, e esta deve ser imediatamente descrita na prescrição após na administração do medicamento, e validada pelo prescritor assim que possível;
- Quando a ordem verbal for absolutamente necessária, o prescritor deve falar o nome, a dose e a via de administração do medicamento de forma clara;
- Quem recebeu a ordem verbal deve repetir de volta o que foi dito e ser confirmado pelo prescritor antes de administrar o medicamento.

**3.9. Pontos de transição do paciente:**

- Na admissão do paciente em unidades de saúde deverão ser relacionados quais medicamentos o paciente estava usando antes da internação, objetivando-se avaliar a necessidade da continuidade ou suspensão do uso dos mesmos;
- O paciente deve ser orientado a não permanecer com sua própria medicação na unidade, pelo risco de duplicação de doses, a não ser nos casos em que o medicamento usado pelo paciente não for disponibilizado pela unidade. Nesses casos deve estar descrito no prontuário que aquela determinada medicação está com o paciente;
- Na transferência do paciente entre leitos ou setores da mesma unidade, deve-se atentar a entrega do prontuário completo do paciente, atualizado com todos os relatórios e checagem de medicação, para que não haja o risco de doses duplicadas ou supressão de doses.

**3.10. Procedimento operacional padrão da prescrição:**



- Para o adequado cumprimento da prescrição, todas as informações devem estar claras e completas, em cada item prescrito. Recomenda-se que os medicamentos estejam prescritos conforme estrutura abaixo:

<b>ESTRUTURA DA PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS</b>
<b>USO ORAL</b>
Nome do medicamento + concentração + forma farmacêutica + dose + posologia + via de administração + orientações de uso
<b>USO ENDOVENOSO (EV)</b>
Nome do medicamento + concentração + forma farmacêutica + dose + diluente + volume + via de administração + velocidade de infusão + posologia + orientações de administração e uso
<b>USO INTRAMUSCULAR</b>
Nome do medicamento + concentração + forma farmacêutica + dose + diluente + volume + via de administração + posologia + orientações de administração e uso
<b>USO SUBCUTÂNEO</b>
Nome do medicamento + concentração + forma farmacêutica + dose + volume + via de administração + posologia + orientações de administração e uso
<b>USO INALATÓRIO</b>
Nome do medicamento + concentração + forma farmacêutica + via + dose (medicamento e diluente) + posologia + orientação de uso.
<b>USO TÓPICO</b>
Nome do medicamento + concentração + forma farmacêutica + via de administração + posologia + orientações de uso

#### 4. PRÁTICAS SEGURAS PARA DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS:

Atualmente, nas unidades de saúde da rede de urgências e emergências do município de Aparecida de Goiânia é adotado o sistema **coletivo** de distribuição de medicamentos, sendo adotado o sistema de **dose unitária** apenas nos casos de medicamentos de alta vigilância, como os psicotrópicos.

O sistema coletivo é caracterizado pela distribuição dos medicamentos por unidade de internação ou serviço, mediante solicitação da enfermagem para todos os pacientes da unidade. Implica a formação de subestoques de medicamentos nas unidades, os quais ficam sob responsabilidade da equipe de enfermagem. A reposição é feita periodicamente, em nome da unidade, por meio de requisições enviadas à farmácia. Este sistema é considerado relativamente inseguro, dito isto, algumas práticas

devem ser adotadas para diminuir a incidência de eventos adversos relacionados a distribuição de medicamentos.

#### **4.1. Procedimento operacional padrão para dispensação de medicamentos:**

Para a dispensação segura de medicamentos deve-se seguir os seguintes procedimentos:

- O farmacêutico deve analisar as prescrições antes do início da separação dos medicamentos, conferindo se todos os elementos de identificação da instituição, do paciente, do prescritor e a data estão disponíveis;
- Analisar os medicamentos prescritos, evitando que possíveis erros de prescrição se tornem erros de dispensação;
- Solucionar todas as dúvidas, porventura existentes, diretamente com o prescritor, especialmente aquelas relacionadas à grafia médica, eliminando interpretação ou dedução do que está escrito;
- Analisar os medicamentos prescritos considerando-se os seguintes aspectos: dose, forma farmacêutica, concentração, via de administração, posologia, diluente, velocidade de infusão, tempo de infusão, indicação, contraindicação, duplicidade terapêutica, interação medicamento-medicamento e medicamento-alimento e possíveis alergias;
- O auxiliar de farmácia não deverá separar simultaneamente prescrições diferentes;
- Realizar a conferência dos medicamentos separados para dispensação, verificando se as informações disponíveis no rótulo dos medicamentos são iguais às da prescrição;
- Identificar os medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância e fazer meticulosa revisão da prescrição e dispensação deles;
- Os medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância devem ser identificados de forma diferenciada dos medicamentos em geral no armazenamento e dispensação.

A dupla checagem dos medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância dispensados deve ser feita na farmácia estabelecimento de saúde.



5. **PRÁTICAS SEGURAS NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS:**

5.1. **Itens de verificação para a administração segura de medicamentos:**

- **Paciente certo:** Conferir a identificação do paciente verbalmente (perguntando o nome completo do paciente) e também visualmente através da pulseira de identificação. Evitar que pacientes homônimos fiquem internados juntos;
- **Medicamento certo:** Conferir o nome do medicamento prescrito com o nome do medicamento em mãos; checar alergias e possíveis reações medicamentosas;
- **Via certa:** Conferir se a via de administração prescrita é a mesma tecnicamente indicada para determinado medicamento; esclarecer quaisquer dúvidas quanto a via com a equipe ou com o prescritor;
- **Hora certa:** Preparar o medicamento de modo que sua administração seja feita no horário correto, a antecipação ou atraso da dose deve ser comunicada ao enfermeiro responsável pelo setor e autorizada pelo mesma e/ou prescritor;
- **Dose certa:** Conferir atentamente a dose prescrita para o paciente, com atenção especial para as prescrições que contenham ponto ou vírgula, checando, se necessário com o prescritor, pois podem redundar em doses muito superiores à desejada;
- **Registro certo:** Registrar e checar em prontuário o horário correto da administração da medicação; registrar em prontuário todas as ocorrências relacionadas a medicação, com cancelamentos, falta na unidade, recusa do paciente, adiamentos e etc;
- **Orientação correta:** Orientar e instruir o paciente quanto ao medicamento a ser administrados, suas indicações e possíveis reações;
- **Forma certa:** Conferir se o medicamento a ser administrado possui a forma e via de administração prescrita e se estas estão adequadas a condição clínica do paciente;



- **Resposta certa:** Observar atentamente se o medicamento teve o efeito desejado; registrar em prontuário e informar ao enfermeiro e ao prescritor qualquer efeito diferente do esperado para aquele medicamento.

**5.2. Procedimento operacional padrão para administração de medicamentos:**

- Implementar a prática de verificação dos nove certos da terapia medicamentosa;
- Certificar-se de que as informações sobre o processo de medicação estejam documentadas corretamente;
- Somente administrar medicamento se as dúvidas forem esclarecidas;
- Utilizar materiais e técnicas assépticas para administrar medicamentos por via intravenosa e para outras vias que exijam esse tipo de técnica;
- Registrar, conforme protocolo da instituição, todas as ações imediatamente após a administração do medicamento;
- Em casos de preparo de pacientes para exames ou jejum, não administrar nem adiar a administração de doses sem discutir conduta com o prescritor;
- Registrar adequadamente a omissão de dose e comunicar ao enfermeiro;
- Adequar os horários de administração dos medicamentos à rotina de uso já estabelecida pelo paciente antes da internação, sempre que possível;
- Evitar, dentro do possível, interações medicamento-medimento e medicamento-alimento quando realizar o aprazamento de medicamentos;
- Discutir a prevenção das interações medicamentosas com a equipe multiprofissional (médico, farmacêutico e nutricionista);
- Padronizar o armazenamento adequado e a identificação completa e clara de todos os medicamentos que estão sob a guarda da equipe de enfermagem;
- Organizar local adequado para o preparo de medicamentos, preferencialmente sem fontes de distração e que permita ao profissional concentrar-se na atividade que está realizando;



- Solicitar revisão por um colega sempre que calcular doses para medicamentos potencialmente perigosos ou medicamentos de alta vigilância;
- Seguir os sistemas de identificação do paciente e do leito ou sala de medicação estabelecidos nos protocolos institucionais;
- Preparar o medicamento imediatamente antes da administração, a não ser que haja recomendação especial do fabricante para procedimento diferente;
- Administrar medicamento por ordem verbal somente em caso de emergência, utilizando método de dupla checagem para administração com registro por escrito da ordem verbal;
- Registrar corretamente a administração do medicamento prescrito no prontuário do paciente, certificando que foi administrado ao paciente e evitando a duplicação da administração do medicamento por outro profissional.

#### **6. MONITORAMENTO E INDICADORES:**

Todos os incidentes envolvendo a prescrição, a distribuição e a administração de medicamentos devem ser notificados de acordo com a legislação vigente ao Núcleo de Segurança do Paciente e órgãos competentes, e investigados pelo serviço, a fim de desenvolver planos de ação para mitigação desses eventos.

#### **7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente/Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária; - Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

**ANEXO III**

<b>Tipo do documento</b>	<b>Protocolo de Segurança do Paciente</b>	<b>PSP/HM</b>	<b>Versão: 01</b>
		<b>Nº03</b>	
<b>Título do documento</b>	<b>PROTOCOLO DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS</b>	<b>Data de emissão: 05/06/2024</b>	
		<b>Revisão: Sob Demanda</b>	

**1. FINALIDADE:**

A finalidade deste protocolo é garantir e promover práticas adequadas de higienização das mãos nas unidades de urgência e emergência do município de Aparecida de Goiânia.

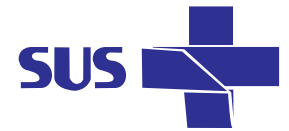
**2. JUSTIFICATIVA:**

Higiene das mãos é um termo que se refere a qualquer ação de higienizar as mãos para prevenir a transmissão de microrganismos e consequentemente evitar que pacientes e profissionais de saúde adquiram infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS). O termo engloba a higienização simples, a higienização antisséptica, a fricção antisséptica e a antissepsia cirúrgica das mãos.

A higienização das mãos é a medida individual mais simples e menos dispendiosa para prevenir a propagação das infecções relacionadas à assistência à saúde.

As mãos constituem a principal via de transmissão de micro-organismos durante a assistência prestada aos clientes, pois a pele é um possível reservatório de diversos micro-organismos que podem ser transferidos de superfícies por meio de contato direto (pele com pele) ou indireto, através de objetos e superfícies contaminados. A pele das mãos alberga, principalmente, duas populações de microrganismos: os pertencentes à microbiota residente e os pertencentes à microbiota transitória.

A microbiota residente é constituída por microrganismos de baixa virulência, como estafilococos, corinebactérias e micrococos, pouco associados às infecções veiculadas pelas mãos. É mais difícil de ser removida pela higienização das mãos com



água e sabão, uma vez que coloniza as camadas mais internas da pele. A microbiota transitória coloniza a camada mais superficial da pele, o que permite sua remoção mecânica pela higienização das mãos com água e sabão, sendo eliminada com mais facilidade quando se utiliza uma solução antisséptica (Ex: álcool a 70% em gel). É representada, tipicamente, pelas bactérias Gram-negativas, como enterobactérias (Ex: Escherichia coli), bactérias não fermentadoras (Ex: Pseudomonas aeruginosa), além de fungos e vírus.

Diante do exposto destaca-se a importância de incorporar a higienização das mãos eficaz e eficiente em todos os processos de prestação de cuidados e na prevenção de IRAS no âmbito da segurança na assistência ao paciente.

### 3. INTERVENÇÕES:

#### 3.1. Momentos de Higienização das Mãos:

- **Antes do contato com o paciente:** higienize as mãos antes de entrar em contato com o paciente, para a proteção do paciente, evitando a transmissão de microrganismos presentes nas mãos do profissional e que podem causar infecções;
- **Antes da realização de procedimento asséptico:** higienize as mãos imediatamente antes da realização de qualquer procedimento asséptico, para a proteção do paciente, evitando a transmissão de microrganismos das mãos do profissional para o paciente, incluindo os microrganismos do próprio paciente;
- **Após risco de exposição a fluidos corporais:** higienize as mãos imediatamente após risco de exposição a fluidos corporais (e após a remoção de luvas), para a proteção do profissional e do ambiente de assistência imediatamente próximo ao paciente, evitando a transmissão de microrganismos do paciente a outros profissionais ou pacientes;
- **Após o contato com o paciente:** higienize as mãos após contato com o paciente, com as superfícies e objetos próximos a ele e ao sair do ambiente de assistência ao paciente, para a proteção do profissional e do ambiente de assistência à saúde, incluindo as superfícies e os objetos próximos ao paciente, evitando a transmissão de microrganismos do próprio paciente.





Após contato com as áreas próximas ao paciente: higienize as mãos após tocar qualquer objeto, mobília e outras superfícies nas proximidades do paciente – mesmo sem ter tido contato com o paciente, para a proteção do profissional e do ambiente de assistência à saúde, incluindo superfícies e objetos imediatamente próximos ao paciente, evitando a transmissão de microrganismos do paciente a outros profissionais ou pacientes.

### 3.2. Produtos utilizados:

- **Água e sabão:** Quando as mãos estiverem visivelmente sujas ou contaminadas com sangue e outros fluidos corporais; ao iniciar e terminar o turno de trabalho; antes e após ir ao banheiro; antes e depois das refeições; antes de preparo de alimentos; antes de preparo e manipulação de medicamentos;
- **Preparações alcóolicas:** Antes de contato com o paciente; após contato com o paciente; antes de realizar procedimentos assistenciais e manipular dispositivos invasivos; antes de calçar luvas para inserção de dispositivos invasivos que não requeiram preparo cirúrgico; após risco de exposição a fluidos corporais; ao mudar de um sítio corporal contaminado para outro, limpo, durante o cuidado ao paciente; após contato com objetos inanimados e superfícies imediatamente próximas ao paciente; após a remoção de luvas;
- **Agentes antissépticos:** Nos casos de precaução de contato recomendados para pacientes portadores de microrganismos multirresistentes; antes da realização de procedimentos invasivos (e.g., inserção de cateter intravascular central, punções, drenagens de cavidades, instalação de diálise, pequenas suturas, endoscopias e outros).

## 4. PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS:

### 4.1. Higienização simples das mãos:

- Abrir a torneira e lavar as mãos, evitando encostar na pia;
- Aplicar na palma da mão quantidade suficiente de sabonete líquido para cobrir todas as superfícies das mãos;
- Ensaboar as palmas das mãos, friccionando as entre si;



- Esfregar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa;
- Entrelaçar os dedos e friccionar os espaços interdigitais;
- Esfregar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento de vai-e-vem e vice-versa;
- Esfregar o polegar direito, com o auxílio da palma da mão esquerda, utilizando-se movimento circular e vice-versa;
- Friccionar as polpas digitais e unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fechada em concha, fazendo movimento circular e vice-versa;
- Esfregar o punho esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita, utilizando movimento circular e vice-versa;
- Enxaguar as mãos, retirando os resíduos de sabonete. Evitar contato direto das mãos ensaboadas com a torneira;
- Secar as mãos com papel toalha descartável, iniciando pelas mãos e seguindo pelos punhos. No caso de torneiras com contato manual para fechamento, sempre utilize papel toalha;
- Desprezar o papel toalha na lixeira.

#### **4.2. Fricção antisséptica das mãos:**

- Aplicar uma quantidade suficiente de preparação alcoólica em uma mão em forma de concha para cobrir toda a superfície das mãos;
- Friccionar as palmas das mãos entre si;
- Friccionar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa;
- Friccionar a palma das mãos entre si com os dedos entrelaçados;
- Friccionar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos e vice-versa;
- Friccionar o polegar direito, com o auxílio da palma da mão esquerda, utilizando-se movimento circular e vice-versa;
- Friccionar as polpas digitais e unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fazendo um movimento circular e vice-versa;



- Friccionar os punhos com movimentos circulares;
- Deixar secar naturalmente (é proibido secar com papel toalha); quando estiverem secas, as mãos estarão seguras.

#### **5. MONITORAMENTO:**

Todos os incidentes envolvendo a falta de adesão da prática de higienização das mãos como medida para evitar a disseminação de IRAS devem ser notificados de acordo com a legislação vigente ao Núcleo de Segurança do Paciente e órgãos competentes, e investigados pelo serviço, a fim de desenvolver planos de ação para mitigação desses eventos.

#### **6. REFERÊNCIAS:**

Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente/Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária; - Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

**ANEXO IV**

<b>Tipo do documento</b>	<b>Protocolo de Segurança do Paciente</b>	<b>PSP/PQ</b>	<b>Versão: 01</b>
		<b>Nº04</b>	
<b>Título do documento</b>	<b>PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE QUEDAS</b>	<b>Data de emissão:</b> <b>05/06/2024</b>	
		<b>Revisão: Sob Demanda</b>	

**1. FINALIDADE:**

Reduzir a ocorrência de queda de pacientes nos pontos de assistência e o dano dela decorrente, por meio da implantação/implementação de medidas que contemplem a avaliação de risco do paciente, garantam o cuidado multiprofissional em um ambiente seguro, e promovam a educação do paciente, familiares e profissionais.

**2. JUSTIFICATIVA:**

É conhecido que, no geral, o processo de assistência à saúde pode aumentar o risco de queda, uma vez que os pacientes se encontram em ambientes diferentes aos que estão acostumados, muitas vezes são portadores de algum agravo que predispõe a queda e podem ser submetidos a procedimentos terapêuticos como as múltiplas medicações que os tornam mais propensos a queda.

As quedas contribuem para um maior tempo de permanência hospitalar e maiores custos assistenciais, além de gerarem problemas na credibilidade das instituições, podendo também repercutir em questões de ordem legal.

Diante do exposto destaca-se a importância de incorporar ações referentes a prevenção de quedas em todos os processos de prestação de cuidados no âmbito da segurança na assistência ao paciente.

**3. INTERVENÇÕES**

**3.1. Avaliação do risco de queda:**



- Deve ser feita no momento da admissão do paciente através da *Escala de Morse*;
- Avaliar os fatores de risco para queda:
  - Demográfico (crianças e idosos);
  - Psico-cognitivo;
  - Condições de saúde e presença de doenças crônicas;
  - Funcionalidade;
  - Comprometimento sensorial;
  - Equilíbrio corporal (marcha alterada);
  - Uso de medicamentos;
  - Obesidade severa;
  - História de queda anterior.

### **3.2. Ações de prevenção:**

- Criação de um ambiente seguro (pisos, iluminação, mobiliários adequados e etc.);
- Uso de vestuário e calçados adequados para a movimentação segura de pacientes e profissionais;
- Criação de estratégias de educação dos pacientes e familiares quanto ao risco e a prevenção de quedas;
- Assegurar a comunicação efetiva entre os profissionais para ações de prevenção de risco de queda, e para os pacientes detentores deste risco;
- Avaliação do risco de queda e prescrição de medidas de prevenção específicas para os pacientes detentores desse risco;
- Reavaliação do risco de queda quando houver mudança de quadro de saúde ou setor da unidade.

### **4. PROCEDIMENTO OPERACIONAL:**

- Avaliar no momento da admissão, o risco de queda do paciente (pacientes internados, pacientes no serviço de emergência e pacientes externos);



- Orientar pacientes e familiares sobre as medidas preventivas individuais, e entregar material educativo específico quando disponível;
- Implementar medidas específicas para a prevenção de queda conforme o(s) risco(s) identificado(s);
- Reavaliar o risco diariamente, e também sempre que houver transferências de setor, mudança do quadro clínico, episódio de queda durante a internação; ajustando as medidas preventivas implantadas;
- Colocar sinalização visual para identificação de risco de queda, a fim de alertar toda equipe de cuidado. Anotar no prontuário do paciente todos os procedimentos realizados;
- Prestar pronto atendimento ao paciente sempre que este solicitar ou necessitar;
- Avaliar e tratar pacientes que sofreram queda e investigar o evento.

#### **5. MONITORAMENTO:**

Todos os incidentes envolvendo a ocorrência de quedas devem ser notificados de acordo com a legislação vigente ao Núcleo de Segurança do Paciente e órgãos competentes, e investigados pelo serviço, a fim de desenvolver planos de ação para mitigação desses eventos.

#### **6. REFERÊNCIAS:**

Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente/Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária; - Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

**ANEXO V**

<b>Tipo do documento</b>	<b>Protocolo de Segurança do Paciente</b>	<b>PSP/PLP</b>	<b>Versão: 01</b>
		<b>Nº05</b>	
<b>Título do documento</b>	<b>PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO</b>	<b>Data de emissão: 05/06/2024</b>	
		<b>Revisão: Sob Demanda</b>	

**1. FINALIDADE:**

Promover a prevenção da ocorrência de lesão por pressão (LPP) e outras lesões da pele, seguindo as normas preconizadas pela Anvisa e Ministério da Saúde.

**2. 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.

A manutenção da integridade da pele dos pacientes restritos ao leito tem por base o conhecimento e a aplicação de medidas de cuidado relativamente simples. A maioria das recomendações para avaliação da pele e as medidas preventivas podem ser utilizadas de maneira universal, ou seja, tem validade tanto para a prevenção de lesão por pressão (LPP) como para quaisquer outras lesões da pele.

Diferentemente de boa parte das alterações de pele, a LPP 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 de internações, riscos de infecção e outros agravos evitáveis.

As taxas de incidência e prevalência na literatura apresentam variações que se devem às características dos pacientes e ao nível de cuidado, diferenciando-se em cuidados de longa permanência, cuidados agudos e atenção domiciliar:

- Cuidados de longa permanência: as taxas de prevalência variam entre 2,3% a 28% e as taxas de incidência entre 2,2 % a 23,9%;



- Cuidados agudos: as taxas de a prevalência estão em torno de 10 a 18% e de incidência variam entre 0,4% a 38%;
- Atenção Domiciliar: as taxas de prevalência variam entre 0% e 29% e as de incidência variam entre 0% e 17%.

Lesões por pressão causam danos consideráveis aos pacientes, dificultando o processo de recuperação funcional, frequentemente causando dor e levando ao desenvolvimento de infecções graves, também têm sido associadas a internações prolongadas, sepse e mortalidade.

### 3. DEFINIÇÃO:

Para fins deste protocolo, consideram-se as seguintes definições:

- **Lesão por pressão (LPP):** lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente, geralmente sobre uma proeminência óssea, resultante da pressão ou da combinação entre pressão e cisalhamento, causado pela fricção;
- **Cisalhamento:** deformação que sofre um corpo quando sujeito à ação de forças cortantes;
- **Estadiamento de LPP:** classificação da UPP, que auxilia na descrição clínica da profundidade observável de destruição tecidual.
  - Estágio I: Eritema não branqueável- Pele intacta, com rubor não branqueável, numa área localizada, normalmente sobre uma proeminência óssea;
  - Estágio II: Perda parcial da espessura da pele- Perda parcial da espessura da derme, que se apresenta como uma ferida superficial (rasa) com leito vermelho – rosa sem esfacelo. Pode também se apresentar como flictena fechada ou aberta, preenchida por líquido seroso ou sero-hemático. Apresenta-se ainda, como uma úlcera brilhante ou seca, sem crosta ou equimose (um indicador de lesão profunda);
  - Estágio III: Perda total de espessura da pele- Perda total da espessura tecidual. Neste caso, o tecido adiposo subcutâneo pode ser visível, mas não estão expostos os ossos, tendões ou músculos. Pode estar presente algum tecido desvitalizado (fibrina úmida), mas este não oculta a profundidade da perda tecidual. Pode incluir lesão cavitária e encapsulamento;





- Estágio IV: Perda total de espessura dos tecidos- Perda total da espessura dos tecidos com exposição dos ossos, tendões ou músculos. Neste caso, o tecido desvitalizado (fibrina úmida) e/ou tecido necrótico podem estar presentes. A profundidade de uma úlcera por pressão de estágio IV varia com a localização anatômica. Frequentemente são cavitadas e fistulizadas. A asa do nariz, orelhas, região occipital e maléolos não têm tecido subcutâneo (adiposo) e estas úlceras podem ser superficiais. Uma úlcera de estágio IV pode atingir o músculo e/ou estruturas de suporte (i.e. fáscia, tendão ou cápsula articular), tornando a osteomielite e a osteíte prováveis de acontecer. Existe osso ou músculo visível ou diretamente palpável.

#### 4. INTERVENÇÕES:

A maioria dos casos de UPP pode ser evitada por meio da identificação dos pacientes em risco e da implantação de estratégias de prevenção confiáveis para todos os pacientes identificados como de risco. As estratégias de prevenção de LPP podem ser divididas em 6 etapas:

- **Etapa I:** Avaliação de úlcera por pressão na admissão de todos os pacientes (*Escala de Braden*);
- **Etapa II:** Reavaliação diária de risco de desenvolvimento de UPP de todos os pacientes internados (*Escala de Braden*);
- **Etapa III:** Inspeção diária da pele;
- **Etapa IV:** Manejo da Umidade: manutenção do paciente seco e com a pele hidratada;
- **Etapa V:** Otimização da nutrição e da hidratação;
- **Etapa VI:** Minimizar a pressão.

#### 5. PROCEDIMENTO OPERACIONAL PARA PREVENÇÃO DE LPP:

- Avaliar todos os pacientes, sistematicamente, no momento da admissão através da *Escala de Braden*;
- Reavaliar diariamente todos os pacientes internados;
- Examinar a pele do paciente, na admissão, cuidadosamente para identificar alterações da integridade cutânea e úlceras por pressão existentes, com atenção



especial a áreas com maior propensão a LPP (sacral, calcâneo, ísquio, trocanter, occipital, escapular, maleolar);

- Inspeccionar a pele em intervalos pré-definidos pelo NSP, com periodicidade proporcional ao risco identificado;
- Manter a pele do paciente limpa, hidratada e seca (atenção a áreas íntimas e áreas com extravasamento de secreções, como drenos e etc.);
- Notificar todos os indivíduos em risco nutricional ou em risco para úlcera por pressão ao nutricionista a fim de instituir as medidas nutricionais específicas (avaliar a necessidade calórica, vitamínica, minerais e demais nutrientes) para a prevenção de LPP;
- Realizar mudança de decúbito de acordo com as necessidades específicas de cada paciente;
- Realizar medidas preventivas para fricção e cisalhamento de acordo com as necessidades específicas de cada paciente;
- Utilizar, dentro do possível, materiais, equipamentos e medidas para redistribuição de pressão (colchões, almofadas, coxinhos, superfícies de apoio e etc.).

#### 6. MONITORAMENTO:

Todos os incidentes envolvendo o surgimento de novas LPP ou o agravamento de LPP preexistentes devem ser notificados de acordo com a legislação vigente ao Núcleo de Segurança do Paciente e órgãos competentes, em até 48 horas, e investigados pelo serviço, a fim de desenvolver planos de ação para mitigação desses eventos.

#### 7. REFERÊNCIAS:

Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente/Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária; - Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

	Nome	Cargo	Área de Atuação
Elaboração	Lara Dayse de Paula Limiro	Enfermeira	NSP
Revisão	Diego Marins de Castro	Apoiador	NGC
	Thais de Souza Kato	Enfermeira	NGC
Aprovação	Loanny Moreira Barbosa	Diretora	SAS
	Carlos Eduardo de Paula Itacaramby	Superintendente	Superintendência Executiva